

2 Aprile-Giugno 2015

# L'OSPEDALE

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

## LE PAROLE DELLA SANITÀ

Riflessioni per un vocabolario  
del Sistema Sanitario

Il Direttore Sanitario e  
le parole.  
"Lettera ad un Direttore  
che sarà"

Le parole deperute  
della sanità

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

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

Verso un sistema sanitario  
europeo: opportunità e sfide  
per i Paesi comunitari

Morbillo in Ospedale:  
non si "vive" solo di  
Multy-Drug Resistant  
Organisms (MDROs)

Attività trasfusionale e  
business intelligence:  
vantaggi della piattaforma  
QlikView in  
un'Azienda Ospedaliera  
di rilievo nazionale e  
di alta specializzazione

ORIZZONTI



RAINIERI DESIGN

# SANIKILL



**TI AFFIDERESTI AD UNO STRUMENTO COSÌ INVASIVO?**

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

**SANIKILL produce direttamente monochlorammia 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.



# Microfibra monouso ad alta efficienza



MicroOne è il nuovo panno in microfibra ad alte prestazioni di Vileda Professional, ideale quando il sistema monouso è l'alternativa più valida. Come risulta dai test di laboratorio MicroOne ha la capacità di ridurre la carica batterica dalle superfici del 99,9% ed è compatibile con disinfettanti a base cloro. Il panno è ideale con il metodo pre-impregnato, ma è adatto anche al metodo con secchio o spray. Confezionato con pratico sacchetto di plastica, inseribile comodamente nel secchio da 6 litri, garantisce massimo livello di igiene. Il codice colore permette di evitare la contaminazione incrociata.

## Vileda Professional

Via dei Valtorta, 48 - 20127 Milano  
Tel. 02.2886.1 - Fax 02.26821780  
[www.vileda-professional.it](http://www.vileda-professional.it)

Società del Gruppo



# LA NOSTRA ESPERIENZA AL SERVIZIO DI

- ▶ OSPEDALI
- ▶ CASE DI RIPOSO
- ▶ CLINICHE PRIVATE
- ▶ STRUTTURE SANITARIE

**Per soluzioni qualificate di**  
**PULIZIA e SANIFICAZIONE AMBIENTALE**  
**DISINFEZIONE**  
**TRATTAMENTO RIFIUTI OSPEDALIERI**  
**SERVIZI LOGISTICI A SUPPORTO**



Dal 1951

**cooperativa**  
**L'OPEROSA**

## L'ALVEARE DEI SERVIZI

SOLUZIONI SPECIFICHE DI GLOBAL SERVICE E SERVIZI INTEGRATI

- Pulizie civili e industriali
- Gestione e manutenzione patrimonio verde
- Gestione parcheggi e controllo sosta su strada
- Energy and Facility Management
- Gestione rifiuti e servizi di Igiene ambientale
- Servizi di facchinaggio
- Logistica



## LE PAROLE DELLA SANITÀ

### Riflessioni per un vocabolario del Sistema Sanitario

*Ottavio Nicastro*

6

### Il Direttore Sanitario e le parole. "Lettera ad un Direttore che sarà"

*Clemente Ponzetti*

8

### Le parole depauperate della sanità

*Gianluca Serafini*

10

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

16

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

36

### Verso un sistema sanitario europeo: opportunità e sfide per i Paesi comunitari

*Karl Kob*

52

### Morbillo in Ospedale: non si "vive" solo di Multy-Drug Resistant Organisms (MDROs)

*Emnio Ricchi, Vittorio Lodi, Guido Govoni, Constantia Vrabulaki, Francesco Saverio Violante*

58

### Attività trasfusioneale e business intelligence: vantaggi della piattaforma QlikView in un'Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione

*Giustina De Silvestro, Maria Vicarioto, Marco Biasio, Paolo De Nardi, Alberto Marotti, Piero Marson, Maria Luisa Tenderini, Antonio Breda*

62

## ORIZZONTI

69

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale  
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici  
Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz  
Anno 68 - Numero 2 - aprile-giugno 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. Aparo

**Comitato di direzione:** U.L. Aparo, A. Appicciafuoco,  
A. Battista, F. Bisetto, S. Brusafarro, 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. Aparo, 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 Amoroso 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 Editoriale 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.**  
ASSOCIATO NAZIONALE  
EDITORIALE PERIODICA SPECIALIZZATA

EDICOM



In questi mesi ANMDO ha lanciato una riflessione pubblica sul senso delle Parole in Sanità.

Riteniamo infatti che le parole possiedono un profondo valore e, se portano in sé un pensiero forte, possono rappresentare, in momenti di grande incertezza, le fondamenta su cui costruire un futuro che in molti faticano a intravedere. In un'epoca in cui le parole paiono essere "smarrite", svuotate del loro significato, e in particolare quelle che riguardano la sanità sono scomparse da ogni "agenda", abbiamo voluto discutere insieme a professionisti e cittadini su quali parole possano guidare lo sviluppo del nostro sistema sanitario nei prossimi anni.

Nel corso di un primo incontro che si è svolto a Bologna nel giugno del 2014 si sono sviluppate riflessioni su alcune "parole della sanità", un primo passo per contribuire alla costruzione di un nuovo "vocabolario" del sistema sanitario.

L'interesse riscontrato dall'iniziativa, ci ha convinto a proseguire in questo percorso e abbiamo pensato di dedicare uno spazio della nostra rivista "L'Ospedale" a questa tematica.

Di seguito sono pubblicati un articolo di presentazione dell'iniziativa e alcune riflessioni che alcuni associati ci hanno fatto pervenire

**Dott. Gianfranco Finzi**

*Presidente Nazionale ANMDO*

**Dott. Ottavio Nicastro**

*Segretario Scientifico ANMDO Regione Emilia Romagna*

# LE PAROLE DELLA SANITÀ

## Riflessioni per un vocabolario del Sistema Sanitario

"Le parole sono pietre" è il titolo che Carlo Levi scelse per il suo racconto di viaggi in Sicilia nei primi anni Cinquanta; dentro questa espressione si può cogliere un profondo significato se si intende che le parole hanno un loro peso, una loro forza intrinseca. Se si pensa ad esempio alla nostra Costituzione, per nessuno degli altri diritti viene usato l'aggettivo "fondamentale", tranne che per definire, all'articolo 32, il diritto alla salute. Ed è inoltre decisivo che lo stesso diritto alla salute non venga legato alla cittadinanza ma si consideri come diritto dell'individuo, e quindi della persona umana, come pure interesse di tutta la collettività. E' su queste fondamenta che sono stati edificati i pilastri del nostro Sistema Sanitario. Tutto questo ci conferma che l'utilizzo di determinate parole è profondamente legato ai valori e alle finalità che caratterizzano un Sistema Sanitario. Se

cambia la società, la politica sociale e la politica sanitaria (sostanziale prima ancora che formale), cambia anche il linguaggio della sanità. Il tipo di linguaggio che si adotta è dunque correlato agli obiettivi del Sistema Sanitario ed è anche strumento potente per perseguirli.

Dalle parole discende anche il potere di cambiare la realtà che ci circonda, di mutare un orizzonte di senso. E' ormai associato come l'introduzione del termine azienda, ed il relativo processo di aziendalizzazione, abbia inciso non solo sulle strutture organizzative, ma anche sul pensiero e sull'agito dei professionisti della sanità.

Questo esempio ci fa riflettere su quanto straordinario sia il potere delle parole e quanto il potere abbia un grande interesse a servirsene. E nel mondo della sanità, che ruota attorno ad un bene primario come la salute, convivono e interagiscono

una molteplicità di poteri, da quelli strettamente professionali a quelli politici e sociali.

Si comprende facilmente, quindi, come sulle parole e sulla scelta di queste si inneschino anche stridenti contrasti. Le parole possono unire come invece possono essere motivo di divisione se non di conflitto. Si pensi ad esempio all'acceso dibattito che si è innescato intorno alle parole scelte nell'ambito del nuovo codice deontologico dei medici. Una delle questioni che ha fatto più discutere è quella che ruota attorno alla definizione del malato come "paziente, persona o persona assistita". Come alcuni autori hanno sottolineato, il problema di come definire il malato, non è banalmente nominalistico, ma chiama in causa i rapporti complessi tra semantica, deontologia e realtà.

La questione che si è posta è corretta; le parole, per non risuonare vuote,

non solo dovrebbero essere correlate ad un pensiero, ad un'idea, ma anche avere una corrispondenza con la realtà, cioè con comportamenti coerenti e obiettivi concreti da realizzare. Come afferma il filosofo austriaco Johann Wittgenstein "le parole sono azioni": se la parola è, come si diceva all'inizio, una pietra, se ha un suo valore (nel significato intrinseco che deriva da "valere", nel senso di "avere pregio" o anche "essere forte"), acquista tutto il suo peso, tutta la sua efficacia e prende vitalità nella traduzione operativa. Come accade quando si scaglia una pietra, la parola colpisce e può lasciare il segno, nelle menti degli individui e nell'agire collettivo delle organizzazioni, anche quelle sanitarie. In una intervista rilasciata in occasione del conferimento della laurea ad honorem in Filologia Classica da parte dell'Università di Bologna, il prof. Massimo Cacciari affermava che in questo ultimo periodo stiamo assistendo ad un sistematico massacro del linguaggio e che si è perduto il significato delle parole. "Non solo in politica, il linguaggio è sottoposto ad una costante usura - afferma Cacciari - . Pensiamo all'interno di una dimensione linguistica e perdere il senso ed il rigore della parola significa o pensare male o non sapere più esprimere le nostre idee. Dietro c'è l'impovertimento del pensiero". Crediamo che occorra reagire a tutti i livelli a tale impoverimento, e soprattutto nell'ambito della Sanità, le parole che possiedono un profondo valore e che portano in sé un pensiero forte, possono rappresentare, in momenti di grande incertezza come quelli che stiamo vivendo, le fondamenta su cui costruire un futuro che in molti faticano a intravedere. "Words are all we have", le parole sono tutto quello che abbiamo, diceva lo scrittore e poeta statunitense Raymond Carver, che aggiungeva "perciò è meglio che siano quelle giuste".

In un'epoca in cui le parole sembrano essere "smarrite", svuotate del loro significato, e in particolare quelle che

riguardano la sanità sono scomparse da ogni "agenda", l'Associazione dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO) sta promuovendo delle iniziative di discussione e riflessione sulle "Parole della Sanità": su quali possano essere le "parole giuste" per un Sistema Sanitario che deve affrontare le difficoltà del presente e che possano indirizzarne lo sviluppo nei prossimi anni. Parole diverse, parole nuove ma anche antiche. Nel Gargantua di Rabelais le parole si erano congelate per il freddo, ma appena tornato il sereno e il tepore del tempo buono, si scioglievano e venivano all'orecchio. E quando l'uomo afferrava un pezzo di ghiaccio, subito per il calore le parole si liberavano. Ma gli uomini, quelle parole antiche, non le intendevano, perché erano in "lingua

barbarica". Il significato delle parole può cambiare infatti nel tempo, in relazione ai contesti in cui queste trovano espressione e in base alle sollecitazioni che le circostanze pongono. Parole anche per noi quindi da recuperare, da ritrovare e ricordare, da rivisitare e reinterpretare e a cui attribuire nuovo significato in un contesto mutato, da cui trarre e a cui dare nuova energia. Ci auguriamo che le parole del vocabolario che vorremmo comporre, ci raccontino del passato, ci aiutino a comprendere il presente e contribuiscano a dare forza per immaginare il percorso futuro del nostro Sistema Sanitario.

### Ottavio Nicastro

Segretario Scientifico ANMDO Regione Emilia-Romagna



*"Le parole e le grida degli uomini e delle donne...  
gelarono allora nell'aria. Adesso che torna il se-  
reno e il tepore del tempo buono, si sciolgono e  
vengono all'orecchio"*

(F. Rabelais)

## LE PAROLE DELLA SANITA'

*Riflessioni per un vocabolario del  
Sistema Sanitario*

**9 GIUGNO 2014**

ore 14,30

Sala delle Adunanze - Palazzo dell'Archiginnasio  
Piazza Galvani, 1 - Bologna

# Il Direttore Sanitario e le parole. “Lettera ad un Direttore che sarà”

**Clemente Ponzetti\***

*\* Coordinatore sanitario Gruppo Policlinico di Monza, componente Segreteria Scientifica Nazionale ANMDO*

Come diceva Gabriel Garcia Marquez, “La vita non è quella che si è vissuta ma quella che si ricorda e come la si ricorda per raccontarla”, così, volendo fare un bilancio della nostra professione, ho voluto giocare con le parole addentrandomi in un particolare genere letterario che è la narrazione medica. Quotidianamente il nostro passato, ma anche le nostre aspettative, il nostro auspicato futuro sono oggetto della narrazione che utilizziamo nel ricercare un rapporto empatico con chi ci sta intorno ed interagisce con noi.

Stanti gli eccezionali traguardi raggiunti dalla medicina e gli altrettanto pervasivi risultati della medicina basata sulle evidenze, si sente sempre più, a mio avviso, l'esigenza di recuperare l'essenza delle professioni sanitarie che è il rapporto medico-paziente; in esso la narrazione della patologia del paziente al medico è considerata al pari dei segni

e dei sintomi clinici della malattia stessa, ma la Medicina Narrativa si riferisce non solo al vissuto del paziente ma anche alle esperienze del medico ed alla loro relazione.

Come il paziente racconta al medico la propria “storia di malattia”, e questa è la descrizione più vera e completa del suo malessere, allo stesso modo tutti i giorni il medico vive la sua “storia di cura” scontrandosi con la fragilità della complessità, la responsabilità della vita, le difficoltà del presente, le incognite per il futuro.

L'Ospedale è il Paziente che tutti i giorni curiamo con continuità, impegno ed entusiasmo; in questa narrazione ho voluto che la figura del Medico e del Paziente, così intesi, interagissero per dar modo a tutti noi di riflettere su chi siamo, chi è il nostro quotidiano interlocutore, quali sono i nostri ed i suoi bisogni, quali siano (togliendo la bi) i nostri ed i suoi sogni.

## LETTERA AD UN DIRETTORE CHE SARÀ

Caro Direttore,  
Scrivo queste righe, molto per far affiorare i miei pensieri di vecchio cultore di questa professione e poco per darti dei consigli di cui sicuramente non avrai bisogno perché nascerai in epoca in cui, spero, saremo riusciti a far di te una figura limpida al servizio di nostro Paziente, l'Ospedale.

L'Ospedale, devi sapere, è un piccolo-grande cosmo dove, in una frazione infinitesima di tempo, tutto accade e tutto si trasforma. In Ospedale trovi la gioia e la disperazione, la nascita e la morte, la tragedia, l'amore e l'odio, gli amori, lo sconforto, la gioia, i tradimenti, la grande tecnologia ed i bisogni primari, la passione e l'invidia, il coraggio la semplicità di un sorriso e la complessità di una decisione, la solitudine e la coesione, la cultura e l'aberrazione, le culture, la ricerca e l'ignoranza, la pigrizia e l'entusiasmo, l'impegno, la dedizione, la costanza, la passione, la vocazione, la certezza, la disaffezione, la frustrazione, l'insicurezza, la paura, il disinteresse, la noia, l'abbandono.

Questa sua complessità ne condiziona fortemente la vita, perché la sua forza e le sue abilità dipendono

dalla capacità di aggiornare quotidianamente la sua organizzazione e di adeguare le attività alle necessità della Gente.

L'Ospedale si ammala spesso: non grandi cose, per fortuna, ma se non curate potrebbero degenerare in un qualcosa di più grave;

è necessario essere vigili e capire i piccoli segni di malessere che spesso manifesta e che bisogna saper cogliere, garantendogli una presenza continua, fatta di tanto ascolto ed assidue camminate per i suoi meandri più nascosti.

L'Ospedale è un grande olmo esposto a tanti venti che a volte lo accarezzano lusingandolo come fa la politica prima delle elezioni, a volte lo sferzano con brutali folate dettate dalla necessità di trovare sempre un responsabile quando spesso un responsabile non c'è; per fortuna ha radici forti che si approfondano in un terreno reso solido dall'impegno e dalla dedizione di molti che vivono per lui e per i suoi bisogni.

L'Ospedale pretende molto e da di più.

Ti toglie notti, domeniche, festività, estati, natali, capodanni, pasque, ramadan, compleanni, feste scolastiche, appuntamenti, partite con gli amici, passeggiate con



il cane, ti toglie, spesso, i figli e gli amori, ma sa darti il sorriso adorante di un bambino, la carezza di un anziano, il bacio di una mamma, la stretta di mano di un padre, la complicità di una guarigione, la pacca di un collega, il "cinque" di un collaboratore, lo sguardo interessato di uno studente, la forza di un risultato epidemiologico o di un'osservazione.

L'Ospedale ha bisogno di molti che gli vogliano bene e Tu, caro Direttore, devi essere tra quelli che più lo conoscono, lo seguono, lo amano.

La cultura della nostra professione deve essere sempre riferita alla complessità del nostro Paziente; devi aggiornare sia gli strumenti diagnostici che quelli terapeutici non solo seguendo l'evoluzione delle scienze dell'organizzazione, ma anche interessandoti agli sviluppi della clinica che ti serviranno per capire meglio i bisogni reali dell'Ospedale.

Convinciti che più è alta la complessità, più la semplicità è fattore vincente: le scelte più semplici spesso sono le più efficaci.

Regala Tempo al tuo Ospedale: nulla è più gratificante per un Operatore sanitario di poter dedicare attimi all'ammalato; questo obiettivo sarà raggiunto solo se saprai mettere in atto soluzioni coraggiose ed innovative che, tralasciando la solita corsa alle prestazioni, passino attraverso la collaborazione tra i Professionisti, la semplificazione organizzativa, la comunicazione reale.

Usa il Tempo per il tuo Ospedale: non vi è nulla di peggio di una decisione affrettata ma anche di una tardiva risposta.

Rammenta che l'Ospedale è fatto di Persone a cui devi il rispetto per una professione lunga, faticosa, sudata e pericolosa ma da cui devi pretendere l'onestà intellettuale di una scelta, fatta liberamente, che riguarda il bene più sentito dal genere umano che è la Salute; mi piace ancora il termine, che molti criticano, di "missione", non nella sua accezione fideistica ma in quella di prioritario e laico impegno per il bene comune, singolo e collettivo.

Ascolta le tante voci dell'Ospedale e, prima di scegliere, chiediti se non ci sia ancora qualcuno che possa arricchire il quadro conoscitivo su di un determinato problema; spesso siamo portati a decidere sul bisogno dei singoli dimenticando che l'organizzazione è fatta da molti.

*"La Medicina - fa dire Platone, nel Simposio, al medico Erissimaco - è proporzione: un pensiero armonico in grado di cogliere la struttura complessivamente ordinata del corpo, analizzandola sia come proporzione delle parti in sé stesse che come equilibrio morfologico e funzionale delle parti tra loro"*; sforzati di saper cogliere le particolarità mantenendo la misura della complessità.

Ricordati di spronare il tuo Ospedale a scrivere, non tanto per autoreferenzialità e con fini di ricerca, che spetta principalmente all'Università, ma per confrontare esperienze e descrivere situazioni e buone pratiche; sicuramente ne trarranno vantaggio i singoli ma soprattutto l'intero mondo sanitario.

Assegna obiettivi che siano frutto di programmi attuabili, pretendi tutta la qualità possibile, sapendo discernere quali sono gli alibi e quali le reali difficoltà; per far questo chiediti sempre dove sia il razionale delle scelte fatte dai professionisti, utilizzando, per la risposta, il loro sapere e la loro esperienza al fine di comprendere meglio i processi, le attività ed i risultati.

Sappi trarre esperienza e forza dagli errori che inevitabilmente farai e faranno i tuoi Operatori, ben sapendo come sia inefficace dare la colpa a chi ha sbagliato perché è, quasi sempre, colui che ha effettuato un'azione negativa generata da cause profonde lontane ed indipendenti da lui; queste ultime sono le vere criticità che devi saper riconoscere per evitare il ripetersi dei tristi accadimenti.

Frequentemente nella mia vita professionale mi ha aiutato quello che Sir R.J. Hutchinson scrisse alla fine dell'Ottocento nel suo esalogo:

*"Signore liberaci dal troppo zelo per le novità, dall'anteporre la cultura alla saggezza, la scienza all'arte, l'intelligenza al buon senso, dal curare i malati come se fossero malattie, dal rendere la guarigione più penosa del persistere del morbo"*.

Impegnati strenuamente per avere degli Allievi che sappiano rendere il momento del tuo abbandono indifferente per l'Ospedale, questo sarò il tuo ultimo regalo a lui ed ai suoi pazienti e sarà segno che hai vissuto.

E tardi ormai, l'alba si intravede tra le pesanti nuvole d'autunno e devo dire alle mie dita di smettere di arrampicarsi sulla tastiera; non bisogna abusare delle parole per dar loro la leggerezza del significato voluto.

Ti saluto ricordandoti, in ultimo, che dirigerai una delle più complesse e complicate opere dell'Uomo, meritatelo con la certezza della cultura, la solidità dell'esperienza, il coraggio delle azioni perché il giusto non è il comodo e non è il facile e richiede mani salde cui aggrapparsi, come le Tue.

Ciao Direttore di domani,  
buona vita a Te che sei il nostro migliore futuro.

*Ivrea, una notte piovosa del novembre 2014*

# Le parole depauperate della sanità

## Riassunto

Le parole assumono nella comunicazione una funzione che va oltre la semplice trasmissione di messaggi o della narrazione. Esse hanno la forza di influenzare il pensiero delle persone, e conseguentemente anche la realtà che ci circonda. Esse hanno un potere creativo. E proprio per questo che la parola necessita di un profondo senso di stima e di vigilanza perché le parole non siano consumate, impoverite, e svuotate del loro significato originario. Le parole depauperate si prestano alla manipolazione del senso comune e alla strumentalizzazione del potere. Nel presente lavoro ci si sofferma su alcuni termini in uso nel mondo sanitario quali APPROPRIATEZZA, RELAZIONE e SOSTENIBILITÀ che sembrano aver imboccato tale deriva, per reintrodurre in ognuno di essi i significati reconditi e trascurati che danno spessore e complessità a tali parole perché il linguaggio sia più ricco e conseguentemente sia possibile nella dialettica e nel ragionamento cogliere gli aspetti compositi della realtà e contrastare una visione debole ad una dimensione della sanità

**Gianluca Serafini**

Direttore sanitario ospedaliero Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" ANCONA

## PREMESSA

La *parola* si definisce in un comune dizionario come "insieme organico di suoni o di segni grafici con cui l'uomo riesce, parlando o scrivendo, a comunicare dei concetti mentali". ( Zanichelli et al. ). Essa è innanzitutto un suono o un segno che sta per qualcosa che si vuole comunicare (una cosa, uno stato d'animo, un'idea ecc...) e che ha bisogno di trovarsi nell'insieme di una frase per essere precisato e determinato.

Il significato che la parola assume nella comunicazione, tuttavia, come sottolineava Wittgenstein nelle *Ricerche filosofiche* (1), non è soltanto denotativo, ma anche connotativo in quanto dipende anche dall'uso che si fa di essa e dal contesto in cui

è usata. È importante, ad esempio, l'aspetto pragmatico del linguaggio verbale: con la parola si possono dare ordini, esprimere intenzioni o desideri, persuadere, pregare, reinterpretare la realtà e così via, e possono essere anche differenti gli effetti sul ricevente della comunicazione.

Il senso della parola sta, quindi, nel realizzare la comunicazione fra due soggetti.

A questo proposito, P.A. Florenskij, filosofo, matematico e religioso russo vissuto all'inizio del secolo scorso, spiegava con molta forza come l'atto di pronunciare una parola fosse un momento estremamente importante della conoscenza, di quel qualcosa cioè, che in filosofia viene definito come "unione gno-seologica". Egli descriveva così il

processo cognitivo (2):

*"Due energie, quella della realtà e quella del conoscente, sono prossime l'una all'altra, e forse si mescolano, ma tale mescolanza fluttuante non rappresenta un'unità e suscita, a seguito della lotta dei suoi elementi nel nostro intero organismo, un forte desiderio di equilibrio. La tensione cresce, e sempre più forte si percepisce il contrasto tra colui che conosce e ciò che deve essere conosciuto. È come prima del temporale: la parola è il lampo che straccia il cielo e rivela il senso incarnato; nella parola vengono compensate e unite le energie accumulate. La parola è un lampo, non è l'una o l'altra energia, ma un nuovo fenomeno energetico, costituito da due unità, una nuova realtà del mondo: un canale di collegamento tra ciò che finora era separato".*

Le parole come fenomeno energetico, dotate di un loro proprio potere come sottolineava la scrittrice regina del giallo all'inglese P.D. James (3): *"Le parole hanno un potere enorme. Le grandi armi non durano, hanno il potere di distruggere ma non di creare. Le parole creano, le parole durano... per me la scrittura è uno strumento di battaglia".* ..e ancora *"La parola è l'esercizio di un potere. ... Le parole sono dei corpi attraverso cui passa il potere."*

Le parole, quindi, sono importanti, sono cariche di significato e di forza, nascondono in sé un potere che supera di gran lunga quello della semplice trasmissione di messaggi, del raccontare storie.

Ma proprio l'idea che le parole abbiano il potere di produrre trasformazioni, e che possano essere, letteralmente, lo strumento per cambiare il mondo, rende estrema-

mente importante acquisire lucida consapevolezza dei sistemi che ne determinano il funzionamento, e delle ragioni che ne producono il deterioramento

Spesso, infatti, le nostre parole perdono significato perché le abbiamo consumate con usi impropri, eccessivi o anche solo inconsapevoli. *“Oltre la sciatteria, la banalizzazione, l'uso meccanico della lingua esiste, come ci spiega bene Gianrico Carofiglio nel suo saggio “la manomissione delle parole” (4), un fenomeno più grave, inquietante e pericoloso: un processo patologico di vera e propria conversione del linguaggio all'ideologia dominante. Un processo che si realizza attraverso l'occupazione della lingua, la manipolazione e l'abusivo impossessamento di parole chiave del lessico politico civile. E' un fenomeno riscontrabile nei media nella produzione letteraria, e soprattutto nella vita civile e politica, sempre più segnata da stilemi e contenuti che richiamano alla mente le pagine del romanzo di Orwell.”*

C'è da chiedersi se il mondo della sanità, grande contenitore della scienza medica ma anche specchio poliedrico del mondo civile contemporaneo, possa rappresentare una eccezione alle considerazioni del scrittore-magistrato Carofiglio. Probabilmente no! Se non altro, perché una delle possibili metafore/realtà della sanità, come delle organizzazioni in genere, è quello dell'arena politica dove si coagulano interessi, conflitti e si esercita il potere.

Ecco perché l'utilizzo delle parole, anche e soprattutto in sanità, necessita di un profondo senso di responsabilità e di vigilanza rispetto al loro senso originario e utilizzo nei vari contesti e quindi anche, perché no, di manutenzione. Spesso è necessario un lavoro da artigiani per restituire verginità, senso, dignità e vita alle parole. È necessario smontarle e controllare cosa non funziona, cosa si è rot-

to, cosa ha trasformato meccanismi delicati e vitali in materiali inerti. E dopo bisogna rimontarle di nuovo, per ripensarle libere dalle convenzioni verbali e dai non significati, dai significati manomessi o alterati, perché ci diano una nuova comprensione della nostra esperienza e del nostro mondo.

TRE PAROLE CHIAVE DELLA SANITÀ: APPROPRIATEZZA, RELAZIONE, SOSTENIBILITÀ.

Una delle parole simbolo della sanità dei nostri giorni è APPROPRIATEZZA ed è su questa parola che vorrei soffermarmi nell'analisi.

Innanzitutto la parola Appropriatezza nella maggior parte dei dizionari non si trova; bisogna andare a cercare l'aggettivo “appropriato”, che è sinonimo di “adatto, conveniente, giusto, calzante, opportuno”: tutti aggettivi qualificativi che sottolineano il carattere relazionale del termine (appropriato rispetto a qualcos'altro ad un certo ambito o contesto) ma non lo definiscono in sé.

Si tratta di parola legittimata dall'uso abbastanza diffuso che specie negli ultimi anni si è fatto in Sanità anche se è attestata nell'italiano scritto relativamente da poco tempo e questo può spiegare il motivo dell'esclusione dal lemmario di diversi dizionari.

Su Wikipedia troviamo la seguente definizione che guarda caso si riferisce esclusivamente al contesto sanitario: *In Sanità il termine **appropriatezza** è la misura di quanto una scelta o un intervento diagnostico o terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze del paziente e al contesto sanitario. Un intervento diagnostico o terapeutico risulta appropriato nel momento in cui risponde il più possibile, relativamente al contesto in cui si colloca, ai criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza.*

Quindi il primo punto è che il termine appropriatezza è una parola asintotica come una funzione ma-

tematica che tende all'infinito. Si è sempre in difetto perché il margine di miglioramento è infinito e si può sempre migliorare anche quando si è bravi.

Il secondo punto è che appropriatezza è un neologismo, un termine recente, probabilmente commutato dall'inglese “appropriateness” che nella letteratura anglosassone assume un significato diverso da quello che stiamo discutendo, dal momento che esso si rifà ad un rapporto benefici/rischi ma che ha anche una valenza morale.

Le regole della “appropriateness”, in medicina, dovrebbero essere quelle che definiscono il comportamento giusto tra medico e malato. Esse sono, in definitiva, regole di reciprocità che ispirano il comportamento di un medico in modo congruo rispetto alle tante necessità di un malato.

Cosa diversa è la nostra “appropriatezza”, quella che, come dice Federpil, è applicata ad un procedimento clinico e valutata in rapporto ai suoi costi e alla sua efficacia.

In questa formulazione emerge un'evidente riduzionismo: il medico come soggetto appropriato è sostituito dalla procedura e il malato, come l'altro soggetto appropriato, è sostituito dai “numeri” sui benefici e sui costi. In pratica al di là dei suoi significati teorici, nella pratica, lo scopo dell'appropriatezza è quello di valutare gli atti professionali in relazione ai costi, alle risorse disponibili, ai risultati auspicabili.

In Italia, il termine “appropriatezza” ha acquistato una rilevanza normativa con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, divenendo uno dei criteri per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (D.Lgs 229/99). Due sono state le dimensioni dell'appropriatezza esplorate nei documenti ministeriali e nella normativa. Ma soprattutto, l'attenzione si è focalizzata sull'appropriatezza organizzativa, *in primis* dell'assistenza ospedaliera, di cui



le liste di DRG a rischio di inapproprietezza rappresentano una delle principali traduzioni operative. L'approprietezza clinica è stata invece oggetto di una specifica attività da parte del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

G. Federspil nel suo saggio *le cinque dimensioni dell'approprietezza* (5) affronta in maniera sistematica l'approprietezza in medicina, in particolare, egli ritiene che essendo ormai la pratica clinica diventata un'opera complessa, difficile e variegata che investe competenze diverse e che non può prescindere dalla variabilità individuale dei singoli casi clinici, una valutazione completa della approprietezza non può limitarsi ad uno o al massimo a due singoli aspetti dell'attività medica, ma soprattutto l'enfasi non può riguardare solo il dato economico. Federspil invita a considerare tutte i diversi aspetti dell'approprietezza: dal punto di vista della conoscenza, si dovranno valutare un **approprietezza metodologica ed una approprietezza scientifica**;

se si considera l'aspetto della medicina come un'attività che comporta la relazione tra persone, si considererà un **approprietezza etico-deontologica**, dal punto di vista, invece, del setting erogativo, un **approprietezza organizzativa** e infine sotto il profilo dei costi si dovrà certamente ricercare anche **ed una approprietezza economica**.

Oggi purtroppo l'idea di approprietezza, almeno nel nostro paese è di fatto riducibile ad una sola dimensione, quella economica che ha spinto sullo sfondo e subordinato tutti gli altri aspetti.

Decidere sull'approprietezza vuol dire decidere sulle necessità e se queste, come è giusto che sia, sono inquadrabili nella logica a "molte dimensioni", approprietezza significa decidere in modo multidimensionale. Questo è il senso delle distinzioni che fa Federspil tra "ap-

proprietezze" diverse (metodologica, scientifica, etico-deontologica, organizzativa ed economica) ma questo è anche il senso della complessità e della delicatezza e strategicità di concetti quali appunto l'approprietezza.

La seconda parola il cui significato viene spesso minimizzato è RELAZIONE

Che cosa è una *relazione*?

Un esempio di definizione semplificata si ha quando, in medicina, si intende la relazione con il paziente essenzialmente come un'idea di umanizzazione e di amabilità, di buona educazione. I codici deontologici delle professioni medico-sanitarie sono intrisi di amabilità e di retorica sul rispetto e sulla dignità del malato.

Questo modo di definire la relazione rappresenta un grave impoverimento del senso di tale termine in quanto sacrifica troppi aspetti importanti di un significato che in realtà è molto articolato.

La relazione è tutto ciò che *intercorre tra due cose o persone diverse* o ciò che *non intercorre* perché la realtà è fatta *comunque* di relazioni. Essere *relativo a...* vuol dire che aspetti come organizzazione, conoscenza, rapporti personali *dipendono* dalla *forma* della relazione, sono cioè *relativi* ad essa. La *relatività* è la caratteristica fondamentale della relazione.

Gli argomenti sono i *relati*, ossia i termini della relazione. La relazione che intercorre è relativa ai suoi relati. Ieri i principali *relati* in medicina erano gli *oggetti*, le malattie, i sintomi, la scienza medica. Oggi gli argomenti obbligati di una relazione in campo sanitario sono i *soggetti*: le persone, l'organizzazione, la conoscenza, l'economia.

*Il relativismo* come forma di conoscenza ammette l'impossibilità di conoscere una cosa in sé indipendentemente da ogni relazione con essa. La medicina preferisce una conoscenza di tipo probabilistico.

Una conoscenza cioè che può fare a meno della relazione perché si basa su un grado di certezza statistico che esula dal soggetto.

Ma in realtà le cose sono un po' diverse: il malato va conosciuto attraverso le relazioni, senza che per questo la conoscenza della sua malattia possa perdere i punti di vista scientifici.

Perché è necessaria in medicina una conoscenza che si basa sulla relazione? Sostanzialmente perché la conoscenza medica è "ontologicamente" relativa, i quanto essa consiste nello stabilire relazioni tra dati, credenze, vissuti, esperienze, nozioni ecc., che riguardano comunque due persone. Quindi è assolutamente corretto insistere sull'importanza della relazione medico-malato senza per questo ignorare gli aspetti scientifici tradizionali.

Quindi la relazione con il malato non è solo e soltanto amabilità, educazione, buone maniere - questo ne banalizzerebbe il significato - ma uno strumento di conoscenza necessario all'arte ragionativa della medicina. Le informazioni che ci si scambia nella relazione medico-paziente non sono solo informazioni ma linguaggi dotati di grammatica, e la forma e la funzione del linguaggio non sono solo domande e risposte ma sono forma e funzione con messaggi denotativi ma anche connotativi. Tutto ciò è costruttivo di una relazione che ha lo scopo principale di capire la malattia nella sua complessità e specificità.

L'ultima parola il cui significato viene, nel mondo sanitario, parzialmente svuotato o alterato è SOSTENIBILITÀ:

Il termine SOSTENIBILITÀ' viene spesso usato, anche nei documenti ufficiali della sanità, indifferentemente come sinonimo del termine COMPATIBILITÀ'. La qual cosa non è affatto di poco conto i quanto i due concetti sono molto distanti.

Già la parola stessa COMPATIBILITÀ' che etimologicamente deriva

dal latino COMPATI, commiserare, composta da CUM PATI cioè “soffrire insieme” e che si evolve fino al compatire cioè “tollerare con benigna indulgenza” è una parola che descrive un rapporto fra due entità non paritario : qualcosa o qualcuno è subordinato a qualcos'altro. E' una parola, inoltre che porta con sé un sentimento di dolore.

Con la parola COMPATIBILITA' in effetti, si intende un rapporto in cui c'è sempre qualcosa o qualcuno che si adatta a qualcosa di altro o a qualcun altro che viene ritenuto prioritario, ad es. nel rapporto tra diritti e economia nel quale i diritti si adattano all'economia. Nella SOSTENIBILITÀ invece, la ratio è quella di risolvere le contraddizioni insite nei sistemi complessi e che una volta rimosse permettono la coesistenza di cose diverse.

La parola SOSTENIBILITA' da voce ad un'idea che si afferma nella cultura ambientalista e che ha dato luogo a una branca dell'economia, detta per l'appunto «della sostenibilità» che si occupa dell'accrescimento della ricchezza in senso ampio comprendendo anche lo sviluppo delle risorse naturali come la salute.

Entrando nello specifico, l'idea di fondo della sostenibilità non è quella dell'economia classica secondo la quale se una risorsa naturale, come la salute, scarseggia occorre aumentare il numero dei servizi con aumento conseguente dei costi per il sistema ma è quella che si preoccupa di produrre più salute come risorsa e ricchezza complessiva di una società e quindi definire un rapporto **sostenibile** tra salute, sanità, società ed economia.

L'idea della sostenibilità, come sottolinea I. Cavicchi (6), poggia sulla necessità di rimuovere le contraddizioni dei sistemi e sulla necessità di risolvere i problemi di prospettiva soprattutto finanziari.

Ed in effetti una delle grandi contraddizioni di fondo dell'organizza-

zione della sanità è che predomina un modello di governo fortemente sbilanciato sulla cura della malattia, piuttosto che sulla tutela della salute.

Abbiamo detto che la salute è un capitale naturale che ha a che fare con la ricchezza di una popolazione, ma quale spazio hanno le politiche di produzione della salute nelle politiche sanitarie? Praticamente residuale.

Ci si dovrebbe orientare maggiormente sulle politiche di prevenzione per la tutela della salute, ma la prevenzione continua ad essere la cenerentola degli investimenti in sanità.

Le ragioni della marginalità della prevenzione sono in parte storiche, in parte hanno a che fare con i problemi finanziari del sistema sanitario e con alcune scelte di politica sanitaria degli ultimi decenni.

È senso comune dire che la prevenzione, nel medio e lungo periodo, impedendo le malattie fa risparmiare. Ma il problema di questi anni è stato quello di risparmiare soprattutto nel breve periodo, cioè di finanziaria in finanziaria, la politica ha investito in prevenzione sempre meno.

I fautori della sostenibilità sanitaria, in fin dei conti, ribadiscono una cosa ovvia: produrre più salute significa avere meno malattie e quindi meno costi; ma ci dicono anche due cose nuove: se produciamo più capitale naturale metteremo al riparo il sistema sanitario pubblico dai rischi dell'antieconomicità.

Ben diverse sono le soluzioni imposte dalla compatibilità che ignora le contraddizioni e con un pensiero semplificato cerca di far tornare i conti principalmente con i tagli alla spesa sanitaria o con formule di cofinanziamento con aumento dei ticket a carico dei cittadini o con la privatizzazione del servizio pubblico.

E allora usare l'uno o l'altro termine non è affatto indifferente.

## CONCLUSIONI

Scegliere le parole è un atto fondamentale; esse sono dotate di una potenza che produce inesorabilmente effetti sulle nostre menti e sul nostro sentire e questa potenza deriva dalla storia delle parole, dal loro significato e di come si sono stratificate nella cultura della comunità a cui apparteniamo e conseguentemente di come sono ancora operanti più o meno consapevolmente nelle coscienze dei singoli individui.

Pertanto più le parole sono corrette, più la loro capacità di indicare e comunicare con precisione le idee è efficace, e ancora, più il linguaggio è ricco e più è possibile, nella dialettica e nel ragionamento, cogliere aspetti diversificati della realtà e conseguentemente elaborare un pensiero forte e multidimensionale per una maggiore comprensione della realtà perché, citando nuovamente Wittgenstein, “*I limiti del mio linguaggio significano i limiti del mio mondo*”.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Ludwing Wittgenstein Ricerche Filosofiche Einaudi 1993*
2. *Pavel A. Florenskij Il valore Magico delle parole Feltrinelli 2001*
3. *P. D. James A proposito del giallo Mondadori 2013*
4. *Gianrico Carofiglio La manomissione delle parole Rizzoli, 2010*
5. *Giovanni Federspil, Le cinque dimensioni dell'appropriatezza. Keiron 2 2000*
6. *Ivan Cavicchi Il pensiero debole della sanità Dedalo 2008*

# 41° Congresso Nazionale ANMDO



## EVENTO PRECONGRESSUALE MERCOLEDÌ 30 SETTEMBRE 2015

Ore 14,00 - 17,00

### **Diventare Direttore Sanitario: contributi di riflessione ed esperienze di medici in formazione specialistica**

Presentazione Sessione

*Gianfranco Finzi*

*Carlo Signorelli*

Introduzione: *Gaetano Maria Fara*

Moderatori: *Giovanni Pieroni - Michelangelo Salemi*

Relazione Introduttiva

### **Il futuro Direttore Sanitario: un igienista manager in Sanità**

*Francesco Soncini*

Interventi tematici

### **L'evidence based medicine per il governo delle or- ganizzazioni sanitarie**

*Marco Di Marco*

### **Promuovere la cultura della vaccinazione in ospedale**

*Benedetto Arru*

### **Il ruolo del Direttore Sanitario per la valorizzazio- ne dei pazienti nei processi assistenziali**

*Valentina Mecchi*

### **Il Safety walkround: una pratica antica per un nuo- vo strumento del medico di direzione sanitaria**

*Cristina Giliberti*

### **La Direzione Igienico-Organizzativa: le competenze del medico igienista per il contrasto alle infezioni cor- relate all'assistenza**

*Giorgio Graziano*

**PARMA - AUDITORIUM PAGANINI  
30 SETTEMBRE - 01 - 02 OTTOBRE 2015**

## **CERIMONIA INAUGURALE MERCOLEDÌ 30 SETTEMBRE 2015**

Ore 17,30 - 19,00

### **Cerimonia Inaugurale del Congresso**

**Apertura dei lavori**

*Paola Antonioli*

**Saluto delle autorità**

### **Presentazione del Congresso**

*Gianfranco Finzi*

**Lettura magistrale**

*Massimo Cacciari*

Presentazione della ricerca ANMDO

**L'auto-percezione del direttore sanitario**

*Gianfranco Finzi*

**Presentazione del progetto ANMDO**

**Down Five in Igiene Ospedaliera**

*Ottavio Nicasro - Cesira Pasquarella*

**Cocktail di benvenuto**

## **PROGRAMMA SESSIONI PLENARIE GIOVEDÌ 01 OTTOBRE 2015**

Ore 8,30 - 10,30 **Sessione Plenaria I**

**I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) vanno in scena**

*Moderatori: Ugo Luigi Aparo - Ida Mura*

### **I Livelli Essenziali di Assistenza**

*Roberta Siliquini*

**Impatto economico e sostenibilità**

*Francesco Longo*

**I riflessi dei LEA sull'ospitalità pubblica**

*Antonio Scarmozzino*

**I riflessi dei LEA sui Servizi Territoriali**

*Francesco Bisetto*

**I riflessi dei LEA sull'ospitalità privata**

*Filippo Leonardi*

Ore 13,00 - 14,30 **Sessione**

**Presentazione Comunicazioni**

Ore 13,00 - 14,30 **Sessione**

**Presentazione Poster**



**PROGRAMMA SESSIONI PLENARIE  
GIOVEDÌ 01 OTTOBRE 2015**

Ore 16,30 - 18,30 **Sessione Plenaria II**

**Le riforme sanitarie regionali:  
una rivoluzione silenziosa?**

*Introduzione: Gianfranco Finzi*

*Moderatori: Giuseppe Matarazzo - Gabriele Pelissero*

**La Riforma della Costituzione in tema di Competenza  
Stato Regioni e Province autonome**

*Federico Gelli*

**Nuovi obiettivi di qualità della vita  
con il Patto della Salute**

*Vito de Filippo*

Interventi *Paolo Cantaro*

*Gaetano Cosenza*

*Massimo Fabi*

*Enzo Lucchini*

*Joseph Polimeni*

Discussant *Antonio Battista*

*Marta Branca*

*Maria Teresa Cuppone*

*Franco Ripa*

*Laura Tattini*

Ore 19,30

**Premiazioni e Cocktail**

**PROGRAMMA SESSIONI PLENARIE  
VENERDÌ 02 OTTOBRE 2015**

Ore 8,30 - 10,30 **Sessione Plenaria III**

**Alimentazione e Ospedale**

*Moderatori: Silvio Brusaferrò - Carlo Signorelli*

**La Neurogastronomia oggi**

*Gianfranco Marchesi*

**Ruoli e responsabilità della direzione sanitaria**

*Rita Finotto*

**Ripensare l'alimentazione ospedaliera**

*Luigi Buonafede*

**L'alimentazione in ospedale: lo stato dell'arte**

*Carlo Pedrolli*

**Il Progetto ANMDO-IQC per il benessere  
del paziente attraverso**

**la valorizzazione della catena di fornitura  
del pasto in ospedale**

*Rodolfo Trippodo*

**PROGRAMMA SEMINARI  
GIOVEDÌ 01 OTTOBRE 2015**

Ore 11,00 - 13,00 **LEA: limiti ed opportunità  
per Innovazione e Ricerca**

Ore 11,00 - 13,00 **Il Programma Patient Blood  
Management**

Ore 11,00 - 12,00 **I Costi standard come strumento  
di programmazione e controllo nel governo  
delle Aziende Sanitarie**

Ore 12,30 - 14,30 **Sostenibilità in onco-ematologia:  
Garantire la qualità delle prestazioni ottimizzando  
la gestione delle risorse. Esperienze Italiane**

Ore 14,30 - 15,30 **Clean & Green:**

**il servizio di pulizie a impatto zero**

Ore 14,30 - 15,30 **Silos Budget: un problema per una  
corretta gestione delle strutture ospedaliere.**

**Idee proposte, integrazioni**

Ore 14,30 - 16,30 **Il controllo dei patogeni ambien-  
tali per la riduzione del rischio infettivo**

**Risultati di una ricerca**

**PROGRAMMA SEMINARI  
VENERDÌ 02 OTTOBRE 2015**

Ore 11,00 - 13,00 **Alimentazione e ospedale  
Qualità e Sicurezza**

Ore 11,00 - 13,00 **La Casa della Salute:  
moda o modernità?**

Ore 11,00 - 13,00 **Scegliere saggiamente e promu-  
overe l'appropriatezza: come ridurre le pratiche  
inutili ed inappropriate in ospedale**

Ore 11,00 - 12,00 **Se sei "Speciale" devi validare.**

**La convalida dei processi speciali EN ISO 14937**

Ore 11,00 - 13,00 **Dalla cronicità alla cura dell'epa-  
tite C: quali cambiamenti nell'offerta sanitaria?**

**Quando l'innovazione diventa un valore per la col-  
lettività**

Ore 11,00 - 12,00 **Ruolo e responsabilità del Diret-  
tore Sanitario nella gestione del farmaco**

Ore 11,00 - 13,00 **Farmaci ad alto costo, Prescrizio-  
ni, Registri AIFA, Gestione dei processi e Flessibi-  
lità del budget**

Ore 11,00 - 13,00 **Strumenti per il Clinical  
Risk management**

Ore 11,00 - 13,00 **Seminario in collaborazione  
con SIAIS. Le competenze Ingegneristiche sono  
indispensabili per decidere?**

## PAPD dedicati alla continuità di cure ed al follow up del paziente nefropatico: l'esperienza del PO Incurabili – ASL NA 1 Centro.

Lanzetta R.<sup>\*</sup>, Giordano V.<sup>\*\*</sup>, Russo A.<sup>\*\*\*</sup>, Savoia F.<sup>°</sup>, Palladino R.<sup>°</sup>, Bellopede R.<sup>°</sup>, Porciello ME<sup>°</sup>, Papa M<sup>°</sup>, Conte G.<sup>^</sup>, Tassinario S.<sup>^^</sup>, Moretta S.<sup>^^^</sup>

*\*Direttore D.A.O. ASL Napoli 1 Centro; \*\*Resp.UOSD Pianificazione Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; \*\*\*Assistente Amministrativo D.A.O ASL Napoli 1 Centro; °Medico in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli; °°Direttore UOC Programmazione e Pianificazione Aziendale ASL Napoli 1 Centro, ^Direttore UOC Nefrologia SUN; ^^Direttore ff UOC Medicina PO Incurabili, ^^ Servizio Qualità e Rischio Clinico ASL Caserta.*

**Parole chiave:** percorso assistenziale, setting nefrologici, comorbidità

### INTRODUZIONE

La complessità dei pazienti seguiti in Unità Operativa Complessa (UOC) di Nefrologia e in UOC di Medicina Interna ha reso necessaria la predisposizione di un percorso assistenziale protetto al fine di garantire le cure adeguate ai pazienti già presi in carico con precedenti ricoveri che sviluppino complicanze. Si propone pertanto di poter far afferire specifiche categorie di pazienti in precedenza già ricoverati e dimessi presso la UOC di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero (PO) "Incurabili" con modalità di percorso assistenziale post dimissione (PAPD), al fine di assicurare la continuità assistenziale a tali pazienti nefropatici fragili ed alto rischio, evitando così ricoveri in altri PO che comporterebbero costi sanitari eccessivi. Specificamente ci si riferisce al setting clinico assistenziale con attività nefrologiche esclusivamente per pazienti affetti da IRC in trattamento dialitico e non, già ricoverati in precedenza, che necessitano di riaccesso in UOC per comorbidità in tempi brevi (entro 7 giorni) rispetto alla dimissione ordinaria e in tempi medio lunghi (1 - 3 mesi) secondo specifiche caratteristiche cliniche. In particolare i setting nefrologici che necessitano di riaccesso precoce e/o temporizzato

a 3 mesi su evidenze cliniche di contesto in PAPD sono i seguenti come individuato secondo EBM:

1. Trapiantati renali;
2. Pazienti con sindrome nefrosica e/o nefritica con note cliniche di Insufficienza Renale;
3. Pazienti con Insufficienza Renale in trattamento conservativo o dialitico.

Tali percorsi per la specificità dei pazienti si rendono necessari in quanto presso il PO degli Incurabili non è più attivo il Pronto Soccorso.

### MATERIALI E METODI

Sono stati definiti in fase di prima applicazione i seguenti modelli applicativi di PAPD:

- "PAPD su evidenze assistenziali precoci";
  - "PAPD Temporizzato a 3 mesi su evidenze cliniche di contesto".
- Per entrambi i percorsi la metodologia realizzativa prevede la costruzione del PAPD, mediante la definizione di un percorso assistenziale secondo le seguenti fasi operative:
1. Identificazione della patologia
  2. Costituzione del gruppo di lavoro
  3. Revisione della letteratura
  4. Analisi della pratica corrente e dei punti critici
  5. Stesura provvisoria del PAPD

6. Identificare gli indicatori e fissare gli standard
7. Condivisione del PAPD
8. Applicazione sperimentale del percorso e monitoraggio
9. Interventi correttivi, messa a regime del percorso e suo monitoraggio continuo.

### RISULTATI

E' prevista una fase di prima applicazione del PAPD in via sperimentale della durata di 3 mesi dalla ufficiale attivazione. In tale fase verranno effettuate 4 riunioni del gruppo di lavoro per stabilire in via definitiva i ruoli e le funzioni dei soggetti coinvolti nel PAPD e a 3, 6 e 12 mesi a partire dall'attivazione del PAPD, al fine di monitorare l'andamento degli indicatori di processo e di esito previsti (n° di pz. inseriti nel PAPD che tornano all'accesso post dimissione prima della visita programmata; n° dimissioni per i 3 setting individuati che necessitano di nuovo ricovero nei 3 mesi). Le informazioni derivate dagli indicatori, costituiranno un flusso informativo ufficiale a cadenza periodica di 3, 6 e 12 mesi, tra UOC di Nefrologia/UOC di Medicina Interna/DS di Stabilimento Ospedaliero/UOSD Pianificazione Ospedaliera/DAO per verificare l'andamento degli indicatori rispetto agli standard previsti ( $\leq 20\%$ ).

# Allestimento di preparati galenici per i pazienti pediatrici nell'Azienda Ospedaliera di Perugia

**Bernardini I.<sup>1</sup>; D'Arpino A.<sup>2</sup>; Bologni D.<sup>3</sup>; Pioppo M.<sup>4</sup>; Orlandi W.<sup>5</sup>**

*1 Medico Specialista in Igiene e medicina preventiva-Direzione Medica Ospedaliera*

*2 Dirigente Farmacista-Farmacia Ospedaliera*

*3 Dirigente Medico -Direzione Medica Ospedaliera*

*4 Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera di Perugia*

*5 Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Perugia*

**Parole chiave:** preparazioni galeniche, bambini, rischio clinico

## INTRODUZIONE

Il trasferimento del Policlinico al Polo Unico Ospedaliero Santa Maria della Misericordia di Perugia è stata occasione per la S.C. di Farmacia Ospedaliera di revisionare l'elenco delle preparazioni galeniche.

Dopo aver eliminato dall'interesse le preparazioni con un equivalente in commercio si è osservato come il 90 % di ciò che rimaneva era di uso pediatrico.

Circa il 75% dei farmaci prescritti per bambini sono stati previsti unicamente per gli adulti senza aver avuto uno sviluppo specifico in pediatria. Di conseguenza i bambini sono esposti al rischio di ricevere farmaci senza adeguate conoscenze sul profilo rischio/beneficio.

La mancanza di formulazioni specifiche e di dosaggi adeguati comporta che possono essere somministrati ai bambini dosi insufficienti o eccessive e di conseguenza tossiche di farmaci.

I principi attivi più frequentemente prescritti sono: captopril, spironolattone da solo o associato a idroclorotiazide o furosemide, warfarin, fenitoina senza lattosio e propranololo. Tali farmaci sono naturalmente fondamentali nella Unità di Terapia Intensiva Neonatale.

## MATERIALI E METODI

L'attività di revisione e studio delle preparazioni galeniche ha portato all'analisi di formulazioni che fossero adatte all'età pediatrica/neonatale 1) sia sotto il profilo della sicurezza del dosaggio 2) sia per la facilità di somministrazione e 3) non di minor importanza nella logistica del reperimento del medicinale oggetto di richiesta.

La soluzione intrapresa per il miglioramento dei tre items descritti è stata quella di trasformare le forme farmaceutiche da solide (cartine) a liquide (sciroppi e sospensioni).

La ricerca ha comportato innanzitutto il reperimento di formulari esistenti in letteratura già normalmente utilizzati in ospedali italiani ed internazionali con una particolare attenzione alla stabilità del prodotto.

## CONCLUSIONI

Tale cambiamento condotto di concerto con la Direzione Medica che ha guidato attività di audit e di formazione ha portato ad un miglioramento nella soddisfazione del personale infermieristico, nella qualità del prodotto allestito e nella sicurezza del paziente.

Il farmaco infatti viene prelevato a volume e non pesato nella misura di millesimi di grammo di princi-

pio attivo garantendo una migliore accuratezza del dosaggio; si è assistito ad una più semplice modalità di somministrazione che per i piccoli pazienti risultano essere gradevoli e palatabili; avere inoltre a disposizione una sospensione a concentrazione fissa permette di soddisfare le variazioni di dosaggio dovute alle modifiche del peso corporeo.

Tale cambiamento attuato con isorisorse ha consentito una facilitazione anche nell'allestimento.

È evidente che sarebbe auspicabile, dal punto di vista della sicurezza di bambini, neonati e prematuri la disponibilità di farmaci specificamente studiati e autorizzati nei bambini per quella determinata indicazione. Una rete di collaborazione è importante per ottenere maggiori informazioni e specifiche conoscenze così da ridurre il rischio di errori e garantire sicurezza ai piccoli pazienti.



## Procedura per prevenire e gestire gli incidenti ai visitatori-famigliari

**Boccalone E.<sup>1</sup>; Federico G.<sup>2</sup>; Sorgente G.<sup>3</sup>; Sgueglia E.<sup>4</sup>; Misefari R.<sup>5</sup>; Boccalone P.<sup>6</sup>**

*1 Scuola di Medicina SUN Napoli; 2 Direttore uoc Risk Management AORN Caserta; 3 Dirigente Medico uoc Risk Management AORN Caserta; 4 C.S.S.A. Ufficio Infermieristico AORN Caserta ; 5 C.P.S.I. uoc Risk Management AORN Caserta; 6 Dirigente Medico Direzione sanitaria AORN Caserta*

**Parole chiave:** visitatori-famigliari, contenzioso medico-legale, soluzione stragiudiziale

L'avvento della tecnologia informatica, telematica e multimediale ha dato impulso ad un progressivo e radicale cambiamento nel nostro modo di lavorare, instaurare relazioni, abitare la città e costruire insieme la Società postindustriale del XXI secolo.

In sanità un altro decisivo impulso al cambiamento l'ha dato il processo di aziendalizzazione delle strutture avviato agli inizi degli anni 90. Tale processo ormai in atto da 20 anni ha obbligato le istituzioni sanitarie non solo ad acquisire conoscenze professionali e capacità gestionali necessarie per fronteggiare un contesto competitivo ma anche a realizzare nuovi modelli di assetto e funzionamento per adeguare l'offerta dei servizi alle cangiate istanze della Società. Tra i principi informatori dei moderni Ospedali sono centrali l'umanizzazione, l'urbanità, la socialità, l'affidabilità, l'interattività, la comunicazione, l'onestà e la trasparenza.

Per effetto delle più dinamiche procedure di assistenza e delle più ampie fasce orarie di accesso delle persone, oggi le strutture sanitarie registrano una maggior presenza giornaliera sia degli assistiti che dei visitatori-famigliari.

E', quindi, normale che in luoghi di vita collettiva come gli Ospedali, dove le attività svolte e le relazioni intrattenute generano inevitabilmente molteplici tipologie di

rischi, possa verificarsi un incremento degli incidenti ai visitatori-famigliari rispetto al passato.

D'altra parte l'esperienza della Pubblica Amministrazione ha riconosciuto che le vertenze e conflittualità, qualunque ne sia l'esito, determinano sempre gravi danni d'immagine alle Aziende Sanitarie e che i cittadini tollerano disservizi/inconvenienti di non poca entità se rilevano di essere in buona relazione con la struttura, se cioè sono trattati con il dovuto riguardo.

Si è ritenuto, pertanto, doveroso e conveniente approntare una Procedura con le numerose e puntuali azioni di ordine operativo/comportamentale/organizzativo che sono necessarie per la specifica sicurezza dei visitatori - famigliari presenti in Ospedale.

Dette azioni, suddivise in una sezione PREVENZIONE e in una sezione GESTIONE degli incidenti, chiamano in causa, tutte le figure professionali (dipendenti e non dipendenti) che lavorano in Ospedale e gli stessi visitatoti - famigliari che accedono ad esso in quanto tenuti a contribuire alla sicurezza generale ed effettuare azioni non delegabili.

La sezione PREVENZIONE dettaglia le attività finalizzate a garantire, in maniera diretta o indiretta, la preservazione dell'incolumità - integrità di tale categoria di persone mentre la sezione GESTIO-

NE dettaglia quelle finalizzate a garantire, da un lato, l'immediata presa in carico assistenziale dei visitatori-famigliari infortunati con erogazione gratuita di tutte le prestazioni sanitarie quando nell'evento vi sia responsabilità dell'A.O. e, dall'altro, la migliore procedimentalizzazione del riscontro amministrativo con perseguimento di tutte le prassi di risoluzione stragiudiziale quando venga instaurato un contenzioso medico - legale dagli infortunati. Se applicata puntualmente e assecondata costantemente nelle emergenti necessità questa Procedura può comportare gli ulteriori vantaggi di implementare la sicurezza globale, razionalizzare l'organizzazione e l'operatività, migliorare la convivenza interna e ridurre le spese assicurative e gestionali dell'Azienda.

## Procedura operativa per prevenire e gestire le lesioni del nervo laringeo inferiore in corso di tiroidectomia

**Boccalone P.<sup>1</sup>; Federico G.<sup>2</sup>; Sorgente G.<sup>3</sup>; Sguelgia E.<sup>4</sup>; Misefari R.<sup>5</sup>; Boccalone E.<sup>6</sup>**

*1 Dirigente Medico Direzione sanitaria AORN Caserta; 2 Direttore uoc Risk Management AORN Caserta; 3 Dirigente Medico uoc Risk Management AORN Caserta; 4 C.S.S.A. Ufficio Infermieristico AORN Caserta; 5 C.P.S.I. uoc Risk Management AORN Caserta; 6 Scuola di Medicina SUN Napoli*

**Parole chiave:** evento sentinella, tiroidectomia, lesione del nervo laringeo inferiore

Le lesioni transitorie e definitive del nervo laringeo inferiore (NLI), o ricorrente, in corso di tiroidectomia **costituiscono la complicità** più importante di questi interventi chirurgici sia per i singoli pazienti, a causa delle menomazioni cordali sofferte (disfonia, dispnea, disfagia), e sia per le aziende sanitarie, a causa degli esborsi economici sostenuti (contenziosi medico-legali, risarcimenti).

Tali importanti lesioni del NLI - in quanto accadimenti inattesi correlati al processo assistenziale e potenzialmente indicativi di un serio malfunzionamento del sistema che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario - costituiscono Eventi Sentinella che, in ottemperanza alle direttive vigenti, vanno notificati al Ministero della Salute, poi sottoposti ad un'indagine immediata che accerti se fattori eliminabili o riducibili li abbiano causati o vi abbiano contribuito e infine prevenuti con l'attuazione di adeguate misure correttive.

Dette lesioni possono realizzarsi ancor più se vengono utilizzati il bisturi ad ultrasuoni e le forbici curve che introducono ulteriori fattori di rischio nella metodica chirurgica.

Si è ritenuto pertanto necessario e conveniente approntare una "Procedura operativa per prevenire e

gestire le lesioni del nervo laringeo inferiore in corso di tiroidectomia" allo scopo di fornire ai chirurghi le indicazioni del caso quando prendono in cura pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico di tiroidectomia per non causare lesioni dei nervi ricorrenti e, all'occorrenza, per recuperare al meglio il danno procurato ed evitarne l'aggravamento.

La Procedura all'uopo dettaglia i fattori di rischio per lesione del NLI, le cause di paralisi del NLI, le situazioni in cui i pazienti possono essere già portatori di una paralisi ricorrente monolaterale misconosciuta, le cautele connesse all'utilizzo del bisturi ad ultrasuoni (se utilizzato), le Istruzioni per il corretto impiego delle Forbici curve Harmonic ACE (se utilizzate). Le modalità operative sono temporalmente distinte in numerose e puntuali:

- azioni assistenziali da attuare prima dell'intervento

- azioni assistenziali da attuare in Sala Operatoria

- azioni assistenziali da attuare in caso di rilevata lesione postoperatoria del NLI.

E' previsto inoltre che nei singoli casi i chirurghi compilino una specifica check list e la lascino in Cartella Clinica e, ove abbiano evidenze che il bisturi sia guasto o malfunzionante, non lo usino o ne interrompano subito l'uso e, se ha

potuto causare danni o pericolo, lo conservino intatto senza manomissione e senza buttare via le componenti monouso impiegate in modo da consentire le necessarie verifiche tecniche del caso.

In conclusione la Procedura, indicando con puntualità e chiarezza ogni azione che la buona pratica pone a fondamento della correttezza clinica, fornisce ai destinatari tutti gli elementi tecnico-operativi utili all'implementazione della massimale qualità e sicurezza assistenziale negli interventi chirurgici di tiroidectomia, ivi compresi gli indicatori per valutarne i livelli di applicazione e performance.

## La «Lean Organization» applicata ai Blocchi Operatori dell'Azienda Ospedaliera di Perugia

**Bologni D.<sup>1</sup>; Bernardini I.<sup>2</sup>; Carnio G.<sup>3</sup>; Ceccarini E.<sup>4</sup>; Leandri MR.<sup>5</sup>; Moretti E.<sup>6</sup>; Torroni D.<sup>7</sup>; Pioppo M.<sup>8</sup>; Orlandi W.<sup>9</sup>**

*1 Dirigente Medico –Direzione Medica Ospedaliera; 2 Medico Specialista in Igiene e medicina preventiva-Direzione Medica Ospedaliera; 3 Responsabile Dirigente Dipartimento Professioni Sanitarie; 4 Dipartimento Professioni Sanitarie - Responsabile Infermieristico Dipartimento di Scienze Chirurgiche; 5 Dipartimento Professioni Sanitarie - Responsabile Infermieristico Sistema Informativo ed Approvvigionamenti Blocchi Operatori e Dipartimenti Sanitari; 6 Dipartimento Professioni Sanitarie - Responsabile Infermieristico per i Processi Organizzativi e Gestionali dei Blocchi Operatori; 7 Dipartimento Professioni Sanitarie - Responsabile Infermieristico Percorso Urgenze-Emergenze Intraospedaliere e Bed Management; 8 Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera di Perugia; 9 Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Perugia*

**Parole chiave:** Lean Organization, Blocchi Operatori, innovazione

### INTRODUZIONE

Nell'Azienda Ospedaliera di Perugia la programmazione delle sedute operatorie tiene conto di numerosi fattori tra cui la trasparenza e la correttezza nei confronti dei cittadini che hanno diritto alla consultazione della propria posizione in lista d'attesa presso la Direzione Medica Ospedaliera, garante del rispetto dei criteri di erogazione della prestazione attesa nel rispetto dei tempi previsti dalle leggi. Secondo le indicazioni del Surgery Management Improvement Group sono indicatori di una programmazione di sala operatoria inadeguata "out of balance" i seguenti elementi:

- Attesa del paziente dalla chiamata all'arrivo
- Attesa del chirurgo e/o dell'anestesista
- Attesa per tempo di cambio paziente
- Programmazione oltre l'operabile con conseguente rinvio dei pazienti
- "Buchi" di programmazione
- Cambi di posizione nella lista dei pazienti.

### MATERIALI E METODI

E' stato istituito nel mese di marzo 2014 un gruppo di lavoro multidi-

sciplinare che ha studiato attraverso il software dedicato e presente in tutti i PC di sala i seguenti dati riferiti alle 25 sale operatorie organizzate in 2 blocchi:

1) l'utilizzo giornaliero delle sale operatorie in relazione allo svolgimento del programma chirurgico  
2) i tempi tecnici relativi alle attività del personale che lavora in sala. (OSS, infermieri, strumentisti, chirurghi ed anestesisti). In particolare sono stati analizzati:

- ingresso in sala del primo paziente della seduta operatoria;
- il tempo controllato dall'anestesista, che rappresenta l'intervallo di tempo tra l'ingresso in sala del paziente e la realizzazione dell'anestesia;
- il tempo controllato dal chirurgo, che inizia quando il paziente è in anestesia e si conclude quando inizia l'incisione chirurgica;
- l'intervallo tra due casi successivi o tempo di turnover che inizia quando il paziente lascia la sala operatoria e termina quando entra il successivo.

A cominciare dal B.O. "V. Trancanelli" le azioni di miglioramento hanno riguardato i seguenti aspetti:

- attivazione di una sala
- accorciamento della fascia oraria delle sedute pomeridiane (dalle ore 20 alle 18) per ridurre le insaturazioni

- cambiamento del modello organizzativo per la gestione delle urgenze chirurgiche notturne, pre festive (sabato 14-20) e festive presso il blocco operatorio "R. Silvestrini"

- formazione personale infermieristico (attraverso l'integrazione della turistica)

- superamento della logica dei settori con un coordinamento unico del medico anestesista del blocco operatorio con la supervisione della DMO

- riduzione dell'impegno notturno degli infermieri

- declaratoria della funzione assegnata agli infermieri.

### CONCLUSIONI

In confronto ad una settimana tipo nella "Lean" di osservazione si è avuto lo stesso numero di interventi chirurgici sovrapponibili per complessità con una riduzione sia degli "under" che dei "over" time pur con un orario di sala passato da 12 a 10 ore. Nella fase di sperimentazione che è seguita in alcune sale si è raggiunto un tasso di turn over ottimale di oltre l'85%. L'obiettivo è il raggiungimento del "normal time" ovvero il pieno utilizzo di sala.



# Ripensare l'accesso alle risorse: criteri per i blocchi operatori; l'esperienza degli Ospedali del Canavese ASL TO4

Bosco M.C.<sup>1</sup>; Cardillo F.<sup>1\*</sup>; Frola G.<sup>2</sup>; Arnoletti F.<sup>1</sup>; Ippolito R.<sup>1</sup>; Scarcello A.<sup>1</sup>; Bertola L.<sup>1\*</sup>; Occhiena C.<sup>1\*</sup>; Boraso F.<sup>3</sup>; LaValle G.<sup>3</sup>; Ripa F.<sup>3\*</sup>

ASLTO4; <sup>1</sup>DMO Area C; <sup>1\*</sup>DIPSA. Area C; <sup>2</sup>CO.DI Chir.; <sup>3</sup>Dir. Gen.; <sup>3\*</sup>CO.GE

**Parole chiave:** sostenibilità, equità, cooperazione interprofessionale

## INTRODUZIONE

La sempre minore disponibilità di risorse per il SSN ne rende via via più fragile la sostenibilità. E' noto tuttavia che gli esiti di salute della popolazione sono funzione prima di tutto della capacità di investire le risorse in modo efficace e appropriato. E' dunque importante che la sanità pubblica maturi sempre più competenza e capacità di orientarsi all'appropriatezza professionale e organizzativa. Da gennaio a giugno 2013 i professionisti delle direzioni e dei blocchi operatori hanno operato per mettere a punto e sperimentare un modello condiviso per l'accesso programmato alle risorse di sala, modulato in base a priorità cliniche e criteri di equità di accesso al trattamento chirurgico.

## MATERIALI E METODI

Il progetto ha riguardato la sola attività chirurgica programmabile e è stato sviluppato come segue:

Revisione appropriatezza interventi con anestesista (dermochirurgia, cataratta, STC)

Determinazione del n° di sedute/anno (6 ore cd) con anestesista effettuabili nel 2013: la definizione, in riduzione rispetto al 2012, è avvenuta attraverso la determinazione del carico di lavoro degli anestesisti e delle risorse aggiuntive disponibili.

Condivisione:

■ del tempo di sala stimato per tipologia di intervento: tempo chirurgico + 20% per tempo anestesilogico

■ dei vincoli dati da norme e standards (IVG, fratture femore) con accantonamento di un numero di sedute mensili adeguato al rispetto degli stessi:

- sedute IVG: 2 sedute mese (metodo empirico)

- traumatologia: dato il n. di interventi di traumatologia del 2012 e considerato un tempo medio di 80' per intervento; è stato trovato il monte ore annuale e ricavata una media mensile di 11 sedute da accantonare, riservando così spazi operatori adeguati a consentire il rispetto dell'indicatore LEA relativo al trattamento chirurgico delle fratture di femore.

Pulitura delle liste di attesa tramite recall.

Stratificazione delle liste di attesa di ciascuna disciplina per tipologia di intervento; ogni tipologia di intervento è stata pesata in base al tempo medio di sala per la sua esecuzione e il risultato è stato sommato agli altri della stessa disciplina. E' stata quindi trovata la % rappresentata da ogni disciplina sul totale.

Programmazione delle sedute (es. mese di aprile): totale sedute del mese (86) meno 4 (eccezionalmente) per IVG, meno 11 per traumatologia, le restanti 71 ripartite in base alle % calcolate per ciascuna disciplina

Correzione: è avvenuta in base ai seguenti criteri:

■ limiti di disponibilità delle équipes chirurgiche

■ liste di attesa con % di accesso <1%, ma con rilevanza particolare (tutela handicap)

Condivisione con gli operatori del risultato finale

Sperimentazione tre mesi (aprile-giugno 2013)

Andata a regime: il metodo costruito insieme - perciò in cooperazione multiprofessionale / specialistica - è transitato senza criticità dalla fase sperimentale al consolidamento.

## RISULTATI

Con la condivisione di un metodo di accesso alle risorse è stata promossa la cooperazione tra molteplici figure professionali, raggiungendo i seguenti obiettivi:

■ per le équipes di cura: trasparenza dei criteri di accesso e mantenimento di un clima di lavoro collaborativo

■ per la persona assistita: assicurazione dell'equità di accesso al trattamento chirurgico

■ per le équipes organizzative: governo di una criticità (riduzione delle sedute) a alto potenziale conflittuale; disponibilità di liste di attesa sempre aggiornate, utili alla gestione del non spreco

■ per l'azienda: mantenimento dell'indicatore PNE "Frattura del collo del femore: int. chir. entro 2 gg" quasi allo stesso valore del 2012 (81,68%), dunque allineato all'obiettivo nazionale.

Il ricorso all'urgenza, benché nel 2013 sia rimasto invariato nonostante la riduzione di sedute, indica un ulteriore fronte di verifica e miglioramento.

## Controllo della contaminazione da legionella mediante monoclorammina in due ospedali siciliani

Coniglio M.A.<sup>1</sup>; Andolfi N.<sup>2</sup>; Faro G.<sup>3</sup>; Pellegrino M.B.<sup>2</sup>; Sgalambro A.<sup>2</sup>; D'Aquila G.<sup>4</sup>; Spina A.<sup>5</sup>; Melada S.<sup>6</sup>

1 Laboratorio di riferimento regionale per la sorveglianza ambientale, clinica e il controllo della legionellosi – Dipartimento “G.F. Ingrassia” – Igiene e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Catania; 2 Laboratorio di Sanità Pubblica LSP, ASP8, Siracusa; 3 Dipartimento “G.F. Ingrassia” – Igiene e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Catania; 4 Ospedale “Umberto I”, Siracusa; 5 “Nuovo Ospedale di Lentini”, Lentini (Siracusa); 6 Chimico, esperto in tecnologie di disinfezione delle acque

**Parole chiave:** Legionella, monoclorammina, ospedali

### INTRODUZIONE

In Sicilia è stata per la prima volta utilizzata la monoclorammina per la bonifica da *Legionella pneumophila* degli impianti di distribuzione dell'acqua calda sanitaria di due ospedali: “Ospedale Umberto I” (Siracusa) e “Nuovo Ospedale di Lentini” (Lentini, SR). Prima dell'avvio della disinfezione mediante monoclorammina, il 100% dei punti esaminati in entrambi gli ospedali risultava positivo per *L. pneumophila* SG3 o SG6, con cariche comprese tra  $10^3$  e  $10^5$  UFC/L, e con carica batterica totale (CBT) a 22°C che in alcuni punti superava  $10^4$  UFC/ml. Le misure di bonifica adottate prima dell'avvio della disinfezione dell'acqua con monoclorammina non hanno avuto alcuna efficacia (perossido di idrogeno, utilizzato solo nel Nuovo Ospedale di Lentini), hanno avuto efficacia solo temporanea (iperclorazione) o si sono rivelate efficaci nel lungo termine ma estremamente costose (filtri terminali installati solo nei reparti ad alto rischio).

### MATERIALI E METODI

Sono stati installati 3 impianti generatori di monoclorammina, uno per ciascuna centrale idrica di produzione dell'acqua calda sanitaria: 2 all'Ospedale Umberto I (avancorpo e corpo posteriore) e 1 al

Nuovo Ospedale di Lentini. In entrambi gli ospedali sono stati identificati i seguenti punti di prelievo più significativi: mandata, ricircolo e almeno un punto per ciascun piano e per ciascuna U.O., per un totale di 24 punti a Siracusa e 13 a Lentini. Gli stessi punti sono stati campionati prima dell'avvio della disinfezione con monoclorammina e, successivamente, ogni mese per 7 mesi. Per ciascun punto si è proceduto alla ricerca di *Legionella* spp., alla rilevazione della CBT a 22°C e a 37°C, nonché alla determinazione dei parametri chimico-fisici dell'acqua e di specifici sottoprodotti della disinfezione (cloriformio, bromodichlorometano, bromoformio, dibromoclorometano, ioni ammonio, nitriti, nitrati, THM totali). In entrambi gli ospedali, la concentrazione media di monoclorammina è stata mantenuta attorno a 2.0 – 2.5 mg/L.

### RISULTATI

Dopo 1 mese dall'avvio della disinfezione, in entrambi gli ospedali la percentuale dei punti positivi era pari a 0% sia per *L. pneumophila*, sia per la CBT. Nel “Nuovo Ospedale di Lentini” già dopo una settimana dall'avvio della disinfezione la percentuale dei punti positivi era scesa all'8%, con una carica media di *L. pneumophila*  $<10^3$  UFC/L. Nello stesso ospedale, il fermo tempo-

raneo dell'impianto di disinfezione per un periodo di 15 giorni ha comportato, una elevazione della carica di *Legionella* tra  $10^2$  e  $10^3$  UFC/L. Tali valori sono scesi nuovamente a  $<10^2$  UFC/L 15 giorni dopo la riattivazione dell'impianto. I parametri chimico-fisici dell'acqua, nonché la concentrazione dei sottoprodotti della disinfezione in entrambi gli ospedali sono rimasti invariati. In conclusione, rispetto ai metodi di bonifica adottati in precedenza, la disinfezione in continuo dell'acqua calda sanitaria con monoclorammina si è dimostrata estremamente efficace nel controllo a breve e lungo termine della colonizzazione degli impianti da parte di *L. pneumophila*. Inoltre, in entrambe le strutture esaminate, le condizioni di potabilità dell'acqua sono rimaste inalterate e non è stata rilevata alcuna elevazione della concentrazione di sottoprodotti della disinfezione.

# La percezione di fine vita: rilevazione descrittiva in un campione di cittadini e di pazienti della ASL Lecce.

Cosentino C.<sup>1</sup>, Caldararo C.<sup>2</sup>, Rossi M.<sup>3</sup>, Cosentino L.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Psicologa, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Parma

<sup>2</sup>Coord. Inf. Emat. P.O. "V. Fazzi", Lecce

<sup>3</sup>Infermiere

<sup>4</sup>DMPO Copertino (Le)

**Parole chiave:** fine vita, percezione, atteggiamenti

## INTRODUZIONE

La malattia è una delle situazioni più frustranti della vita; ne interrompe e disorganizza l'abituale ritmo, mette in crisi i rapporti con il proprio corpo e con l'ambiente, modifica o elimina i ruoli professionali e familiari che definiscono la posizione di ciascuno nel contesto sociale. Il soggetto malato è coinvolto in tutto il suo essere, la sua identità, il suo ruolo sociale, il mondo affettivo, la sua progettualità; intervengono non soltanto cambiamenti biologici, ma anche psicologici che influenzano la sua visione della realtà, il suo modo di essere al mondo e la sua identità, proiettandolo nella dimensione di una "crisi esistenziale" che tende ad accentuarsi quando la malattia si aggrava e/o diventa irreversibile. Ed è proprio in questa fase che, spesso, il paziente chiede di interrompere i trattamenti sanitari e/o di essere aiutato a morire; emerge, quindi, la questione pressante della dichiarazione anticipata di trattamento (testamento biologico; direttive anticipate di trattamento: ADT).

## OBIETTIVO

Scopo del presente lavoro è quello di conoscere e descrivere le opinioni rispetto alle decisioni di fine vita di un campione di pazienti e di cittadini (ricoverati/non ricoverati) arruolati consecutivamente in alcune

strutture sanitarie della ASL di Lecce. La scelta è motivata dall'obiettivo di verificare l'ipotesi secondo la quale la condizione di malattia, e la collocazione in ambiente ospedaliero, influenzano la percezione dei soggetti della condizione di fine vita.

## MATERIALI E METODI

È stato elaborato e somministrato (gennaio 2010- giugno 2012) un questionario costituito da due parti: la prima con le caratteristiche anagrafiche e professionali del campione e la seconda articolata in 13 domande chiuse, e una domanda aperta.

Il campione, non probabilistico, è costituito da 246 soggetti (110 maschi, 44,72%; 136 femmine, 55,28%) suddiviso in due sottogruppi:

- 114 soggetti ricoverati in alcuni ospedali della ASL di Lecce;
- 132 soggetti non ricoverati reclutati in diversi luoghi di aggregazione (palestre, comunità religiose, parenti di ricoverati ecc.).

## RISULTATI E CONCLUSIONI

L'analisi osservativa dei dati rilevati sembra dimostrare alcune significative differenze nella percezione di fine vita nei due gruppi di soggetti indagati (ricoverati/non ricoverati). In particolare, il 93,94% dei pazienti ricoverati (vs il 50% dei non ricovera-

ti), ritiene che la volontà del paziente vada sempre rispettata; il 78,03% dei pazienti ricoverati (vs il 40,35% dei non ricoverati), ritiene sempre accettabile interrompere o non attuare i trattamenti di sostegno vitale; il 93,18% dei ricoverati (vs il 70,18% dei non ricoverati), dichiara che in una condizione terminale chiederebbe ai sanitari di anticipare la fine della sua vita. Il 98,78% degli intervistati riferisce di essere cattolico ma solo il 36,17% dichiara che il proprio credo religioso influenza fortemente il proprio atteggiamento verso la morte e il morire, senza significative differenze tra il gruppo dei ricoverati e quello dei non ricoverati. Sembra emergere in maniera chiara l'influenza che la malattia, e il contesto ambientale (ospedale), ha sulle opinioni e sugli atteggiamenti del paziente rispetto a questioni specifiche come l'eutanasia, l'accanimento diagnostico-terapeutico, le dichiarazioni anticipate di trattamento. È auspicabile un approfondimento di questo studio preliminare mediante un'indagine strutturata che utilizzi strumenti quantitativi psicologici standardizzati (questionari) capaci di valutare gli atteggiamenti dei soggetti nei confronti della problematica del fine vita e la possibile correlazione con gli effetti che la condizione di malattia in generale e l'ospedalizzazione in particolare hanno sulla qualità di vita dell'individuo.



## Enterobacteriaceae produttrici di carbapenemasi: controllo della trasmissione in ambito ospedaliero

Crivaro V.<sup>1</sup>, Pagano L.<sup>2</sup>, Longo G.<sup>1</sup>, Raiola E.<sup>1</sup>, Saggiocco G.<sup>1</sup>, Cuccurullo S.<sup>3</sup>, Silvestri N.<sup>4</sup>

1 Direzione Medica Ospedale Monaldi, AO dei Colli, Napoli; 2 Direzione Infermieristica AO dei Colli, Napoli; 3 UOC Microbiologia e Virologia AO dei Colli, Napoli; 4 Direttore Sanitario Aziendale AO dei Colli, Napoli

### INTRODUZIONE

L'emergere delle Enterobacteriaceae produttrici di carbapenemasi (CPE) è stata riconosciuta quale emergenza di sanità pubblica, soprattutto in ragione dell'associazione dello stato di colonizzazione e/o infezione da CPE ad una maggiore mortalità intra-ospedaliera.

Nella regione Campania la rete SI.RE.AR. (Sistema Regionale di Sorveglianza delle Antibiotico resistenze) ha evidenziato nel 2013 un tasso di resistenza ai carbapenemi negli isolati invasivi di *Klebsiella pneumoniae* pari al 51.7%, considerevolmente più elevato rispetto al valore nazionale ed ancor di più rispetto a quello europeo, oltreché significativamente in ascesa rispetto ai valori regionali registrati a partire dal 2010.

Alla luce dei dati epidemiologici e delle indicazioni previste dalla Circolare del Ministero della Salute 4968/13 e dal documento redatto dalla Regione Campania, la Direzione Medica dell'Ospedale Monal-

di del'A.O. dei Colli di Napoli ha avviato dal mese di giugno 2013 un protocollo per il controllo della diffusione intra-ospedaliera di CPE.

### MATERIALI E METODI

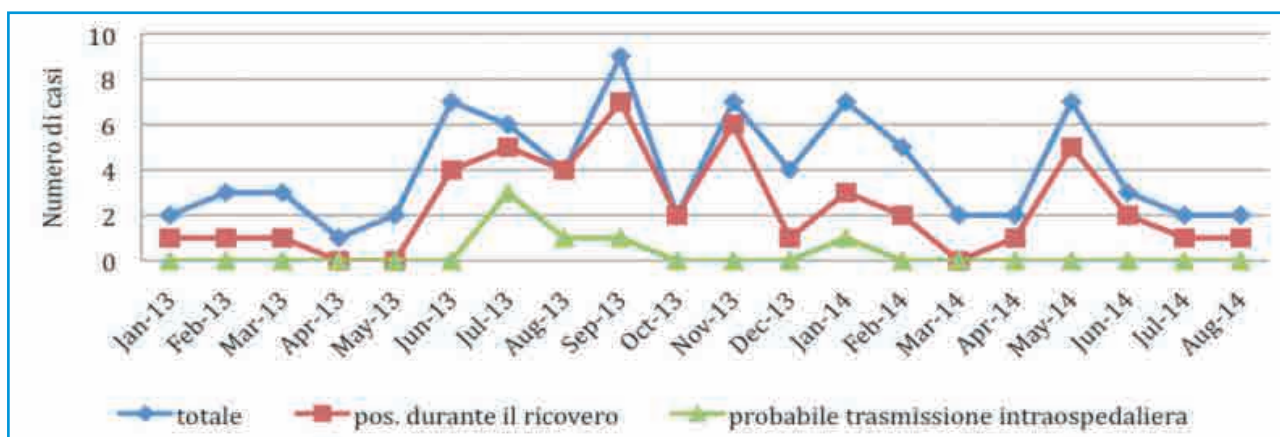
Il protocollo, trasmesso nel mese di giugno 2013 a tutte le Unità Operative di degenza dell'Ospedale, recepisce in pieno le indicazioni nazionali e regionali relativamente a: (1) i casi in cui sottoporre i pazienti allo screening all'atto del ricovero; (2) precauzioni da attuare per la gestione dei pazienti risultati colonizzati o con infezione da CPE; (3) attivazione del flusso informativo in caso di isolamento di CPE da emocoltura. In merito all'attivazione di un piano di sorveglianza attiva che accerti lo stato di portatore eventualmente instauratosi nei contatti del caso indice, che le indicazioni nazionali e regionali suggeriscono di adattare alla frequenza di isolamento di CPE ed alle singole realtà organizzative, si è stabilito di demandare alla stes-

sa Direzione Medica di Presidio, previa valutazione di ciascuna situazione, la decisione di avviare o meno lo screening dei contatti.

L'analisi dei dati è relativa al periodo Gennaio 2013-Agosto 2014. Si è provveduto a valutare il numero totale di casi di isolamento di CPE, il numero di isolamenti registrati durante il ricovero e, di questi, il numero di casi da attribuire verosimilmente ad una trasmissione orizzontale (grafico n. 1).

### RISULTATI

L'andamento degli isolamenti di CPE si presenta altalenante e costituito per il 58,75% di isolamenti tardivi (oltre le prime 48 ore di ricovero). Da giugno 2013 lo screening dei contatti è stato attivato nell'89,8% degli isolamenti, registrando nell'11,3% una trasmissione verosimilmente crociata di CPE. I risultati finora conseguiti incoraggiano il mantenimento del modello organizzativo adottato nel controllo della diffusione delle CPE.



# Ruolo della Direzione Medica Ulss 3 Veneto in corso di un'epidemia da Enterobatteri Carbapenemasi Produttori (CRE)

Di Caprio A.\*, Berti C.\*, Disconzi C.\*, Zoppelletto M.\*\* , Toncato G\*\*\*.

\* Direzione Medica Ospedaliera,

\*\* Microbiologia,

\*\*\* Farmacia Ospedaliera

**Parole chiave:** CRE, precauzione da contatto, sorveglianza

## INTRODUZIONE

Nel gennaio 2012 è stato rilevato in Ospedale il primo focolaio di CRE (3 pazienti). A luglio un secondo cluster partito da un paziente trasferito presso la Terapia Intensiva da altra struttura sanitaria, limitatosi con la dimissione dei pazienti. A novembre 2012 un evento epidemico ha interessato la Terapia Intensiva ed alcuni reparti ospedalieri.

## MATERIALE E METODI

Il piano di controllo messo in atto dalla DM, con la collaborazione della microbiologia e farmacia, è stato multidirezionale:

**Sorveglianza:** a) s. attiva con tampone rettale per tutti i pazienti della TI in ingresso, uscita e bisettimanalmente B) S. dei contatti dei casi intesi come degenti della stessa stanza C) Comunicazione alert immediata tra Microbiologia® DM® Strutture per istituire l'isolamento da contatto.

**Formazione:** a) Preparazione e diffusione di un procedura operativa con specifiche indicazioni assistenziali e organizzative B) Diffusione di un depliant informativo per i pazienti e per i MMG alla dimissione C) Formazione obbligatoria tramite un Focus disponibile anche on-line per gli operatori sanitari aziendali e delle case di riposo/RSA.

**Implementazione Precauzioni Standard:** A) Igiene Mani: il con-

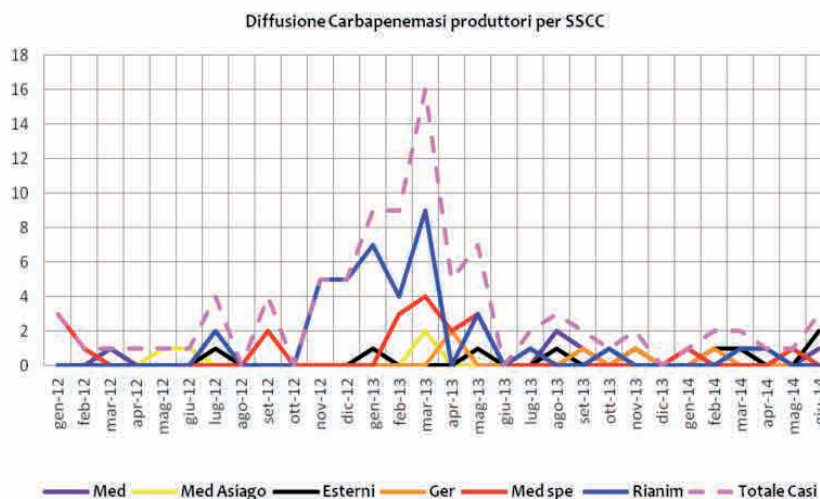
sumo di soluzione alcolica, in TI, è stato incrementato del 22,6% passando da 128 ml/die a 157 ml/die B) Mantenimento dell'Igiene ambientale: è stato approvvigionato e diffuso, previa formazione per corretto uso, un disinfettante efficace su CRE. Il consumo è sorvegliato e costante (3 flaconi /mese in TI); inoltre è stato supportato il coordinatore per riorganizzare le attività OSS al fine di rendere possibile la sanificazione delle apparecchiature elettromedicali escluse da capitolato pulizie C) Cambio Guanti e uso del Camice: verifiche di controllo per il buon uso da parte della DM.

**Migliorie:** A) immersione in cloro derivato quotidiano delle brocche per l'igiene e successivo approvvigionamento di brocche sterilizzabili B) acquisto di 3 carrelli tera-

pia/medicazioni dedicati per l'uso monopaziente in TI. C) riorganizzazione del magazzino per limitare lo stoccaggio in reparto e favorire la pulizia. D) corretta comunicazione con segnalazione in lettera di dimissione della condizione di colonizzato/infetto.

## RISULTATI

Da luglio 2013 il numero di nuovi casi è minimo e costante, la sorveglianza in TI continua. Attualmente il problema è rilevato per pazienti di RSA e case di riposo; il nostro lavoro ora è rivolto ad un'azione sinergica e collaborativa nella gestione di questi pazienti.



## Procedura operativa per la gestione delle consulenze medico-specialistiche

Federico G.<sup>1</sup>; Sorgente G.<sup>2</sup>; Sgueglia E.<sup>3</sup>; Misefari R.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Direttore uoc Risk Management AORN Caserta;

<sup>2</sup>Dirigente Medico uoc Risk Management AORN Caserta;

<sup>3</sup>C.S.S.A. Ufficio Infermieristico AORN Caserta;

<sup>4</sup>C.P.S.I. uoc Risk Management AORN Caserta

**Parole chiave:** consulenza medico-specialistica, lavoro in equipe, refertazione, comunicazione interprofessionale

Da qualche anno gli esperti dicono che le strutture sanitarie se non vogliono restare indietro e diventare istituzioni desuete, devono subito puntare sull'eccellenza operativa e dare ancor più valore alle proprie prestazioni sviluppando nuovi modelli di erogazione dei servizi e nuove competenze per implementarli, specie nei *processi chiave*, anche mediante l'utilizzo di una adeguata infrastruttura informatica così da rendere più semplice fare le cose giuste e più difficili quelle sbagliate. E per realizzare questo cambiamento occorre che nella cultura dei suoi operatori siano integrati nuovi principi, quali lavoro di squadra, attenzione incentrata sui pazienti, collaborazione al di là dei confini formali dell'organizzazione, senso di responsabilità diffusa e condivisa, miglioramento e innovazione continui.

Ora non vi è dubbio che la consulenza medico-specialistica (CMS) sia un *processo chiave*: essa è una pratica collaborativa irrinunciabile per gestire i problemi di salute non semplici e non risolvibili da un solo operatore che, quando "difettosa", può portare a inesattezza della diagnosi, intempestività della terapia, inappropriata assistenza, aggravamento della malattia, frammentazione-parcellizzazione del paziente, prolungamento della degenza, spreco delle risorse in uso, ...

E notoriamente tale pratica reca

impliciti molti dei più frequenti fattori di criticità assistenziale (es. insufficiente comunicazione tra operatori, inadeguata valutazione del paziente, indisponibilità delle informazioni cliniche occorrenti, inesattezza del quesito sottoposto, conflittualità tra i riferimenti o le prassi in uso, ...) che talvolta si materializzano e causano disservizi o eventi avversi di variabile gravità ma quasi sempre evitabili.

Dunque mettere in sicurezza questa pratica multidisciplinare - multi-professionale (= lavoro in equipe, lavoro di squadra) è convenienza universale: del paziente, dell'Azienda, del SSN, della collettività.

La Procedura all'uopo elaborata:

- affronta pressochè esaustivamente l'intera materia d'interesse e soprattutto descrive in maniera chiara, semplice ed inequivoca come debba essere contrastato ogni elemento capace di incidere sulla appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza sia della pratica consulenziale e sia dell'assistenza medica in generale;

- è corredata di numerosi *appunti esplicativi e richiami bibliografici* che mettono in condizione i destinatari di approfondire le problematiche considerate, di rapportarsi alle acquisizioni tecniche dell'attualità e di utilizzare le nuove conoscenze per un miglioramento degli attuali modelli funzionali/assistenziali;

- non richiede che buona volontà e senso di servizio per essere ap-

plicata perché, di fatto, presuppone solo cambiamenti organizzativi e comportamentali realizzabili con modesto impegno e supporto.

Tra i principali elementi innovativi della Procedura vi è che:

- lungi dal limitarsi a dare l'indispensabile e formale supporto, il consulente deve di volta in volta fornire il massimo contributo professionale possibile all'assistenza affinché essa realizzi il miglior esito clinico per il paziente e i potenziali livelli di eccellenza

- salvo quando sia impossibile o riguardi prestazioni semplici-rotinarie, la comunicazione tra sanitario curante e consulente deve essere prioritariamente verbale e la documentazione clinica essere integrativa e non sostitutiva del dialogo tra essi

- specie quando si tratti di visite/prestazioni medico-chirurgiche importanti, la consulenza va possibilmente effettuata con la presenza e partecipazione del medico che cura-conosce-segue il processo assistenziale del paziente.



# L'implementazione dell'attività di DS come strategia aziendale per l'abbattimento dei tempi di attesa

Ferraro G., Bernardo A., Raiola E., Diana M.V., Alfano R., Germano A., Onza C., Silvestri N.

\*Direttore Sanitario Aziendale, Azienda Ospedaliera dei Colli

\*\*Staff Direzione Sanitaria Aziendale, Azienda Ospedaliera dei Colli

\*\*\*Medici in formazione, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II"

**Parole chiave:** lista d'attesa, day-surgery, percorso assistenziale

## INTRODUZIONE

La lista di attesa viene percepita dai cittadini come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni assistenziali. L'abbattimento dei tempi di attesa è, pertanto, uno degli obiettivi prioritari del SSN e rappresenta una componente strutturale dei LEA. Il governo clinico fornisce validi strumenti per la risoluzione di tale problematica, consentendo il raggiungimento di obiettivi di appropriatezza clinico-organizzativa con conseguenti benefici in termini economico-finanziari.

Nel triennio 2012-2014, l'Azienda Ospedaliera dei Colli ha applicato tali strumenti per il contenimento dei tempi di attesa dei ricoveri effettuati in regime di day-surgery (DS) presso l'Ospedale Monaldi. L'attività di DS, in base ai modelli organizzativo-funzionali suggeriti dalla DGRC n.6490/2001, viene erogata da un'area centralizzata che utilizza sale operatorie comuni, garantendo però posti letto dedicati nelle singole Unità Operative.

## MATERIALI E METODI

La metodologia adottata per ridurre i tempi di attesa dei ricoveri di DS si è articolata in quattro fasi:

1. la valutazione dei tempi di attesa per singola unità operativa afferen-

te all'area centralizzata di DS;

2. l'individuazione delle liste caratterizzate dal superamento dei tempi massimi di attesa indicati dalla normativa vigente;

3. la valutazione dei percorsi clinico-organizzativi con identificazione delle relative criticità;

4. la definizione dei relativi interventi correttivi ed il loro monitoraggio.

Dall'analisi effettuata è emerso uno sfioramento dei tempi massimi d'attesa per alcune Unità Operative legato all'indisponibilità di un numero sufficiente di sedute operatorie. Tale criticità risultava imputabile alla carenza di ore anestesologiche, a fronte di un'adeguata disponibilità di sale operatorie e di personale chirurgico, sia medico che infermieristico. Essendo stata verificata la disponibilità di ore anestesologiche presso l'Ospedale Cotugno, al fine di incrementare il numero di interventi eseguiti in DS, la Direzione Sanitaria Aziendale ha provveduto a definire un percorso organizzativo che si affiancasse a quello già in essere. Tale percorso si articola in tre accessi:

1. valutazione preoperatoria del paziente presso le Unità Operative dell'Ospedale Monaldi;

2. intervento chirurgico effettuato presso le sale operatorie dell'Ospedale Cotugno da parte del personale chirurgico delle Unità Operative dell'Ospedale Monaldi e di quello

anestesiologico dell'Ospedale Cotugno;

3. controlli post-operatori presso le Unità Operative dell'Ospedale Monaldi.

## RISULTATI

Con l'applicazione di un siffatto modello organizzativo-funzionale, che punta ad implementare l'attività di DS incrementando il numero complessivo di sedute operatorie attraverso l'integrazione delle risorse umane e strutturali dei diversi Ospedali aziendali, si auspica di ottenere un abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni da erogare in DS nella misura del 20% entro dicembre 2015.

## I safetywalkround: l'esperienza del Policlinico di Palermo

Firenze A.<sup>1</sup>; Arceri D.<sup>2</sup>; Bonanno V.<sup>3</sup>; Fesi G.<sup>2</sup>; Marsala M.G.L.<sup>3</sup>; Restivo V.<sup>3</sup>; Rocca F.<sup>2</sup>; Trapani S.<sup>4</sup>; Di Benedetto M.A.<sup>5</sup>

1 Direttore Sanitario-Direzione Sanitaria di Presidio, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo;

2 Infermiera, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo;

3 Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro" - Università degli Studi di Palermo;

4 Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo;

5 Dirigente Sanitario-Direzione Sanitaria di Presidio, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo

**Parole chiave:** safetywalkround; Incident Reporting; Policlinico

### INTRODUZIONE

L'analisi dei dati di *Incident reporting* condotta nel 2013 presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (A.O.U.P.) "Paolo Giaccone" di Palermo ha evidenziato una sottostima delle segnalazioni causata probabilmente dalla paura di molti professionisti che *non segnalano* perché temono "punizioni" sul lavoro. Pertanto, la Direzione Sanitaria del Policlinico ha promosso la realizzazione di *safetywalkround* (giri per la sicurezza) sia per incoraggiare le segnalazioni di eventi avversi/near miss, a cui far seguire le relative attività di miglioramento, che per incrementare l'adozione delle Procedure Aziendali. Il *Giro* consiste in una visita durante la quale un gruppo di professionisti gira per i reparti ed intervista alcuni operatori, pazienti o familiari, per acquisire informazioni su condizioni, ritenute dagli intervistati, come fattori di rischio, attuali o potenziali, che possono condurre ad eventi avversi. Nel corso del Giro possono essere già identificate e discusse le possibili azioni di miglioramento.

### MATERIALI E METODI

A marzo 2014 il Direttore Sanitario ha costituito lo Staff (1 Dirigente Medico, 1 Dirigente Sanitario, 2 Infermieri, 1 Geometra e 1 Architetto)

incaricato a condurre i Giri ed ha indetto una riunione preliminare durante la quale si è proceduto sia alla stesura di due questionari (uno per gli operatori e un altro per pazienti/familiari), sia di una check-list ambientale, sia di un calendario delle visite. Fino ad oggi sono state visitate le seguenti Unità Operative (U.O.): Centro Unificato Prelievi, Geriatria, Chirurgia d'Urgenza, Medicina Interna e Cardioangiologia, Cardiologia e UTIC, Chirurgia Oncologica, Oncologia Medica, Ortopedia, Chirurgia Plastica, Malattie Infettive. Ogni Giro ha avuto la durata di circa 120 minuti e si è svolto secondo le seguenti tappe:

- Presentazione al Responsabile dell'U.O. (precedentemente informato tramite lettera)

- Somministrazione dei Questionari assicurando anonimato/riservatezza

- Valutazione ambientale

- Controllo Carrello di Emergenza. Sono stati intervistati 42 pazienti e 40 operatori sanitari, sono state effettuate 21 valutazioni ambientali e sono stati ispezionati 12 carrelli di emergenza.

### RISULTATI

L'86,1% degli operatori intervistati dichiara che sono presenti condizioni che potrebbero favorire

un evento avverso, in particolare: **inadeguatezza dei letti** (87,1%), **sovraccarico di lavoro** (58,3%), **frigoriferi non a norma** (55,5%), **assenza di gommina antiscivolo nelle scale** (22,2%).

I pazienti intervistati hanno principalmente segnalato **insufficiente igiene/sanificazione dell'ambiente** (23,7%), **arredi arrugginiti** (armadietti/letti) (7,9%).

Le valutazioni ambientali hanno evidenziato: **corridoi a rischio caduta** (94,1%) per mancanza di corrimano o scarsa illuminazione; **pavimenti scivolosi o con ostacoli** (58,8%); **scale scivolose** (35,3%) per mancanza di gommina antiscivolo.

Il controllo dei carrelli di emergenza ha evidenziato grosse criticità (per es. presidi sanitari con sterilità scaduta) nel 25% delle verifiche.

Durante i Giri, lo staff ha osservato che in una U.O. l'uso del bracciale identificativo mancava nel 100% dei pazienti, mentre nelle altre U.O. circa il 20% dei ricoverati ne era privo. Poiché l'errata identificazione del paziente può avere conseguenze tragiche, il Risk Manager in collaborazione con l'Oncologia ha ideato e realizzato un **Cortometraggio** da distribuire a tutte le U.O., in cui viene rappresentato un evento sentinella dovuto ad un caso di omonimia.

# Gestione delle liste d'attesa per le attività di ricovero ospedaliero: l'esperienza ASL NA 1 Centro

Lanzetta R.\* , Giordano V.\*\* , Russo A.\*\*\* , Savoia F.°, Palladino R.°, Bellopede R.°, Porciello ME°, Bellopede V.° Sommonte C.°, Cascegna I.°, Papa M.^, Moretta S..^

\*Direttore D.A.O. ASL Napoli 1 Centro; \*\*Resp.UOSD Pianificazione Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; \*\*\*Assistente Amministrativo D.A.O ASL Napoli 1 Centro; °Medico in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli; °Corso di laurea triennale igiene dentale - Università degli Studi di Napoli Federico II; °°Direttore U.O.C. Servizi Informatici ASL Napoli 1 Centro; °°°Tecnico Informatico G.P.I.; ^^Direttore U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale ASL Napoli 1 Centro; ^Servizio Qualità e Rischio Clinico ASL Caserta.

**Parole chiave:** liste d'attesa, ricoveri ospedalieri, prestazioni sanitarie

## INTRODUZIONE

I tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie costituiscono una delle problematiche più diffuse nei sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle stesse, rappresentando una "componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza" in grado di influenzare il risultato clinico delle prestazioni sanitarie o la condizione di vita sociale dei cittadini. Le liste d'attesa eccessivamente lunghe, infatti, possono limitare la garanzia d'equità d'accesso alle prestazioni sanitarie e la fruizione dei livelli essenziali. Al fine di programmare le attività di controllo delle liste d'attesa delle attività di ricovero ospedaliero, la ASL Napoli1Centro ha redatto il Piano Aziendale Governo Liste d'Attesa Ricoveri Ospedalieri (PAGLARO). Il PAGLARO, redatto sulla base di quanto definito e previsto dal piano nazionale governo liste d'attesa, recepito nei contenuti dalla DGRC 271/12, prevede che le liste d'attesa per le attività di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery siano gestite presso il CUP (Centro Unico di Prenotazione) e siano definite sulla base dei criteri di gravità clinica che prevedono 4 classi di priorità (DGRC 271/12).

## MATERIALI E METODI

Al fine di avere liste d'attesa accessibili si sono messe in atto le attività di seguito riportate:

- Attività di pulizia liste di attesa
- Attività di monitoraggio presenti in lista di attesa
- Attività di monitoraggio liste di attesa dedicate
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)
- Verifica liste d'attesa e trasparenza.

## RISULTATI

Di seguito vengono riportati i risultati relativi ai pazienti presenti in tutte le liste d'attesa per ricovero ospedaliero dei P.P.O.O. e P.S.I. aziendali.

Nel complesso, i pazienti presenti in lista d'attesa per ricovero ospedaliero presso i PPOO aziendali sono **diminuiti del 4% nel periodo gennaio 2013-gennaio 2014** (da 8642 a 8316 pazienti). La gestione delle liste d'attesa per le attività di ricovero rappresentano uno strumento di grande impatto socio sanitario per un ASL con PPOO, quale la ASL Napoli 1 centro. La catena delle responsabilità, il monitoraggio attivo, la partecipazione responsabile delle direzioni mediche dei PPOO e dei responsabili clinici di UUOO è determinante ai fini della gestione consapevole ed attiva delle stesse. Il PAGLARO e le strategie conseguenti messe in atto ad esso hanno consentito di raggiungere performances positive in alcune aree dell'assistenza specialistica ospedaliera.

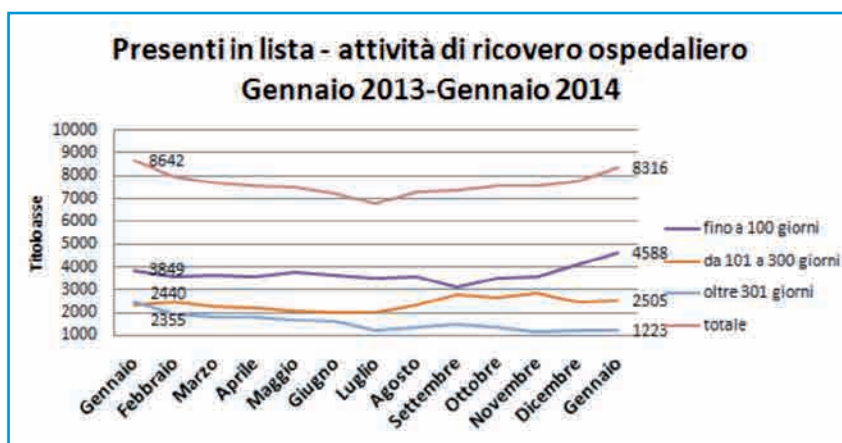


Grafico 1. Presenti in lista (attività di ricovero ospedaliero Gennaio 2013- Gennaio 2014)



# Sorveglianza epidemiologica delle ICA: l'esperienza del Presidio Ospedaliero Sant'Elia di Caltanissetta

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

*1 Dirigente di Direzione Medica di Presidio, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta*

*2 Direttore Medico di Presidio, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta*

*3 Medico in formazione specialistica in Igiene e medicina preventiva, Università degli studi di Palermo*

*4 Direttore Generale, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta*

**Parole chiave:** ICA, prevalenza, prevenzione

## INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza rappresentano da sempre uno dei problemi più impegnativi in Sanità Pubblica sia per il carico di sofferenza che comportano in termini di morbosità e mortalità, sia per l'incremento della spesa sanitaria di cui sono responsabili nelle strutture assistenziali. Secondo studi multicentrici si stima che in Italia una percentuale del 5-8% di pazienti ricoverati in nosocomio contragga una ICA: ogni anno si verificano, quindi, da 450.000 a 700.000 infezioni in pazienti ospedalizzati, con il 3-5% di pazienti che vanno purtroppo incontro ad exitus. Uno dei fenomeni più preoccupanti dell'epidemiologia delle ICA è rappresentato dalla rapida disseminazione di microrganismi con resistenze antibiotiche.

Sebbene siano trascorsi più di 150 anni dalle osservazioni di Semmelweis, le ICA costituiscono ancora un problema importante nell'assistenza ospedaliera e le mani sono considerate tuttora il principale veicolo di trasmissione di tali infezioni.

## MATERIALI E METODI

Il Presidio Ospedaliero Sant'Elia di Caltanissetta è dotato di circa 300 posti letto, tra ordinari e day-hospital, ed effettua circa 30.000 ricoveri annui. I dati sono il frutto di un'indagine di prevalenza, effettuata nel mese

di Novembre dell'anno 2013, che ha utilizzato il protocollo sviluppato dall'ECDC; esso prevede l'inclusione di tutti i degenti presenti alle 8.00 del mattino o prima e non dimessi al momento della rilevazione; ciò significa che i pazienti trasferiti (sia in entrata che in uscita) da o verso un altro reparto dopo le 8 AM non devono essere inclusi.

Sono esclusi dalla rilevazione anche i pazienti in *day hospital* e *day-surgery*, nonché i pazienti del pronto soccorso.

Il team di rilevatori, costituito da personale della Direzione Medica di Presidio nonché da personale medico e/o infermieristico con responsabilità assistenziali nelle UU. OO. coinvolte nello studio, ha compilato una scheda ad hoc per ciascun paziente.

## RISULTATI

Sono state esaminate le cartelle cliniche di 149 degenti ricoverati di cui il 41,6% (62) in UU. OO. dell'area medica, il 43,6% (65) in UU. OO. dell'area chirurgica ed il rimanente 14,8% (22) in UU. OO. dell'area di Emergenza. L'età media della popolazione osservata è risultata di 63 con un sex ratio M/F pari a 1,33%. Dalle rilevazioni effettuate è risultato che 6 pazienti (4%) hanno contratto una ICA. Si è evidenziata una correlazione tra ICA per il prolungarsi delle giornate di degenza registrate al momento della rilevazione. I dati ottenuti hanno

mostrato dei tassi di prevalenza leggermente inferiori ad altre stime nazionali; tuttavia, resta elevata l'attenzione a programmare eventi formativi e a migliorare le pratiche mediche e infermieristiche correlate al maggior rischio infettivo.

L'esperienza del nostro Presidio mostra come è possibile attuare politiche sanitarie di prevenzione e controllo delle ICA e quindi promuovere la qualità dell'assistenza al paziente agendo sul sistema organizzativo e gestionale.

In tale studio la prevalenza delle ICA nel Presidio Ospedaliero Sant'Elia di Caltanissetta risulta essere pari al 4%, un valore leggermente inferiore ai risultati degli studi sia europei che internazionali; trattasi di un secondo studio effettuato presso il suddetto Presidio, pertanto, esso è comparabile con il valore dell'anno precedente, pari al 5%.

In un periodo in cui sono disponibili buone conoscenze in tema di prevenzione del rischio infettivo è doveroso offrire un'adeguata qualità assistenziale al paziente, garantendo la messa in atto di tutte le azioni gestionali, organizzative ed operative per un corretto svolgimento del percorso di cure. Le azioni da mettere in atto, così come dimostrato dalla nostra esperienza, non assorbono molte risorse in termini economici, ma permettono di migliorare la qualità di vita dei pazienti e degli operatori.

## Applicazione D.21/10: Adozione proposta operativa dipartimento assistenza ospedaliera ASL Napoli 1 Centro

Lanzetta R.\* , Giordano V.\*\* , Russo A.\*\*\* , Savoia F.° , Palladino R.° , Bellopede R.° , Porciello ME° , Papa M °° , Moretta S.^

\*Direttore D.A.O. ASL Napoli 1 Centro; \*\*Resp.UOSD Pianificazione Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; \*\*\*Assistente Amministrativo D.A.O ASL Napoli 1 Centro; °Medico in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli; °°Direttore UOC Programmazione e Pianificazione Aziendale ASL Napoli 1 Centro, ^Servizio Qualità e Rischio Clinico ASL Caserta.

**Parole chiave:** indennità, fondo contrattuale, proposta operativa

### INTRODUZIONE

Il Decreto della Regione Campania n.21/10 regola l'erogazione dell'indennità di cui all'art.44, comma 6 del CCNL del Comparto Sanità del 1994/97, esclusivamente al personale infermieristico, ostetrico, viglatrici e perfusionisti delle strutture ospedaliere, nei limiti della capienza del relativo fondo contrattuale. Il Decreto ravvisa la necessità di considerare una strutturazione dell'organizzazione ospedaliera secondo le moderne visioni che si fondano sulla graduazione delle intensità di cura e, pertanto, di considerare che tali attività siano centralizzate. La centralizzazione delle attività di Terapia Subintensiva (TS), secondo il modello organizzativo dell'intensità di cura, come testimoniato da esperienze nazionali ed internazionali, può essere effettuata solo in un'ottica di riassetto globale dell'assistenza sanitaria e non può essere ipotizzabile come provvedimento isolato e decontestualizzato. Pertanto, il DAO (Dipartimento Assistenza Ospedaliera) di concerto con l'UOC Pianificazione e Programmazione Sanitaria e le Direzioni Mediche di Presidio dei Presidi Ospedalieri (PPOO) aziendali dell'ASL Napoli 1 Centro, ha provveduto ad elaborare un documento sulla eventuale possibilità della centralizzazione delle attività ospedaliere di TS.

### MATERIALI E METODI

Per l'identificazione delle discipline aventi diritto all'indennità prevista, la proposta operativa del DAO recepisce quanto previsto dal Decreto, nei limiti della capienza del relativo fondo contrattuale e delle relative percentuali di erogabilità previste per singolo raggruppamento come di seguito riportato:

- le UUOO classificate nel raggruppamento I non avranno diritto a tale indennità così come previsto dal D. 21/10;
- le UUOO dei raggruppamenti II e III potranno accedere al fondo secondo i criteri definiti dal Decreto esclusivamente se il peso medio dei ricoveri è superiore ad 1,2 e la quota % di dimessi con APR 3 e 4 è superiore al 3%;
- le UUOO del raggruppamento IV potranno accedere prioritariamente rispetto agli altri raggruppamenti all'indennità prevista, e per quanto attiene all'indennità erogabile al personale di "sala operatoria", si specifica che la stessa verrà attribuita, in ogni singolo PO, esclusivamente al personale in dotazione alle stesse sale operatorie e verrà regolamentata dai Direttori Medici di PO compatibilmente con il fondo contrattuale;
- le UUOO del raggruppamento V di neuroradiologia e radiologia interventistica vascolare potranno

accedere all'indennità prevista nei limiti del fondo contrattuale dopo rendicontazione delle stesse da parte dei Direttori Medici di Presidio; per quanto attiene alle attività di emodinamica e cardiologia interventistica sono state ricomprese nelle indennità erogate già al 100% per le UTIC afferenti al IV raggruppamento e come tali sono state valutate.

### RISULTATI

Tutto quanto proposto, strettamente vincolato a quanto previsto dal Decreto che, impone l'erogazione delle indennità esclusivamente nei limiti della capienza del relativo fondo contrattuale e vincolando le stesse alla effettiva componente assistenziale a carattere sub intensivo, documentata dal peso medio e dal relativo APR. La proposta è finalizzata ad ottimizzare gli outcome assistenziali secondo evidenza documentale (corretta redazione della SDO) e sempre nei limiti del fondo contrattuale, riducendo al minimo le erogazioni stipendiali accessorie che non siano documentabili in ragione della effettiva complessità assistenziale.

## Analisi dei Flussi Organizzativi Inter-Unità Operative del P.O. S.Paolo attraverso un modello di simulazione ad eventi discreti

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

### INTRODUZIONE

Il presente lavoro di tesi si pone l'obiettivo di effettuare un'analisi dei flussi tra le Unità Operative, in particolare dal Pronto Soccorso e per la Medicina di Urgenza del P.O. San Paolo di Napoli allo scopo di fornire strumenti di carattere gestionale al management, al tal fine è stato impiegato lo strumento software di simulazione ad eventi discreti: *Simul 8*.

### METODI

L'analisi dei processi ha richiesto una preliminare analisi dei flussi, che caratterizzano il presidio, acquisita sul campo col contributo di studenti tirocinanti che hanno svolto le interviste e condiviso col personale la esperienza sul campo in un periodo totale di circa sette mesi. In questo periodo sono state raccolte informazioni dal personale, attraverso interviste strutturate riguardo turni lavorativi, costi del personale, dati delle S.D.O. (schede di dimissione ospedaliere) riferite ai mesi di gennaio e febbraio 2014, costi dei pasti, costi della lavanderia, costi delle pulizie, flussi dei pazienti dal PS verso i reparti. Quindi si è proceduto alla costruzione di un modello che rappresentasse al meglio i flussi dall'ingresso dei pazienti in azienda con particolare attenzione ai tempi di attesa nel percorso in Pronto Soccorso e ai costi legati all'impegno del personale nelle diverse UO. Il percorso di simulazione quindi riproduce il percorso del paziente dall'ingresso in PO fino alla dimissione mettendo in evidenza tempi costi, colli di bottiglia e quindi tempi di attesa e inefficienze. Dalla analisi è quindi emerso la possibilità di migliorare l'utilizzo del personale al fine di ridurre i tempi d'attesa in Pronto Soccorso e abbattere i costi gestionali dei reparti, soprattutto di quelli a più bassa intensità di cura e di occupazione.

### RISULTATI E CONCLUSIONI

**Il modello è stato validato con il personale del controllo di gestione ed ha mostrato un comportamento del tutto assimilabile al sistema reale.** Si è potuto quindi procedere ad effettuare dei possibili interventi simulati sul modello organizzativo consistenti in una redistribuzione del personale che si è tradotto in una riduzione notevole i tempi di attesa ed un abbattimento dei costi di alcune UO.



# Adozione di una procedura per la sicurezza della donazione di sangue

**Campaiola C.<sup>1</sup>; Molese V.<sup>2</sup>; Bartolini E.<sup>3</sup>;**

*1 Direzione Sanitaria AOUP*

*2 Direttore Centro Regionale Sangue Toscana*

*3 Centro Regionale Sangue Toscana*

**Parole chiave:** sicurezza, sangue, riskmanagement

## INTRODUZIONE

La donazione di sangue è un processo complesso al termine del quale va garantita con assoluta certezza l'associazione: donatore - scheda sanitaria - emocomponente raccolto: sacca madre e sacche satelliti - campioni per qualificazione biologica - campioni per qualificazione immunoematologica. Va assicurata la tracciabilità di tutte le fasi del processo, la registrazione dei dati qualificanti la singola donazione.

L'analisi di rischio del processo di donazione, effettuata anche tenendo conto dei near miss segnalati, ha evidenziato numerosi punti ad alto rischio. Pertanto il CRS Toscana ha promosso e coordinato un gruppo di lavoro multidisciplinare per la elaborazione di barriere specifiche.

## MATERIALI E METODI

Il gruppo di lavoro, costituito medici esperti di organizzazione, trasfusioneisti esperti in risk assessment, informatici, tecnici della ditta produttrice delle bilance raccolte sangue, ha analizzato i punti critici del processo, evidenziando punti con alto rischio di errori di mismatch.

Sono stati progettati sistemi barriera informatici (barcodecheck) come barriere all'errore. La scelta del modello finale ha tenuto conto dell'ergonomia per limitare il rischio di violazioni nella pratica.

## RISULTATI

La procedura con i sistemi barriera dopo un test in un servizio trasfusionale pilota è prevista per tutti i punti raccolta del sistema trasfusionale toscano, e fa parte degli elementi di qualificazione del punto di raccolta come fornitore per le strutture di lavorazione. Consente la tracciabilità e rintracciabilità totale di tutte le fasi della donazione.

# Realizzazione dello studio ECDC per la sorveglianza delle ICA e l'uso di antibiotici in 3 ospedali dell'ASL Caserta

Moretta S.<sup>1</sup>; Giordano V.<sup>2</sup>; Lanzetta R.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Coordinatore aziendale Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO), A.S.L. Caserta; <sup>2</sup> Responsabile U.O.S.D. Pianificazione Ospedaliera, A.S.L. NA1 Centro; <sup>3</sup> Direttore Dipartimento Assistenza Ospedaliera, A.S.L. NA1 Centro

**Parole chiave:** sorveglianza ICA, ECDC

## INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e la resistenza agli antibiotici sono considerati dallo "European Center for Disease Prevention and Control" (ECDC) una seria problematica per la salute pubblica, tanto da richiedere specifici interventi di politica sanitaria. Per poter stimare il reale impatto complessivo di tale emergenza sanitaria, l'ECDC ha proposto nel 2008 uno Studio europeo di prevalenza puntuale, basato su una metodologia standardizzata in grado di consentire il confronto dei dati rilevati in paesi diversi. L'intero protocollo è consultabile in italiano sul sito <http://assr.regione.emilia-romagna.it>; la sua implementazione è stata avviata in Campania dal 2011 e gradualmente coinvolgerà tutti gli ospedali.

## MATERIALI E METODI

Nel 2013 l'ASL Caserta ha realizzato tale Studio negli Ospedali di Aversa, Sessa Aurunca e Piedimonte Matese, sorvegliando un totale di 271 pazienti. I risultati delle rilevazioni, effettuate dal 15/10/2013 al 08/11/2013 dai rispettivi team presidiali preventivamente formati, sono illustrati nella Tabella 1. L'utilizzo degli antibiotici viene descritto nella Tabella 2. I 3 Ospedali rientravano nella definizione di "piccoli ospedali" secondo il protocollo ECDC, avendo un numero di posti letto compreso tra 20 e 200. Per assenza dei criteri di inclusione,

sono state escluse complessivamente 7 Unità Operative. I dati pervenuti dai singoli ospedali sono stati raccolti ed elaborati dal CIO, che ha effettuato un controllo di qualità (dati mancanti o incongruenti) e la validazione del dato. Tutti i dati raccolti sono stati inviati ai competenti uffici regionali, che hanno provveduto a restituire un report relativo a ciascun ospedale partecipante per le opportune valutazioni contestuali.

## RISULTATI

Nonostante il ridotto campione di pazienti inclusi nello Studio, è stato evidenziato un tasso di ICA pari a 7,3%, in linea con i dati regionali, italiani e europei, precisando che tale tasso aumenta per le aree critiche (es.: Terapia Intensiva, UTIC). Ancora non è stata raggiunta un'accettabile percentuale di trattamenti

antibiotici (per numero e tipo) effettuati con motivazione da parte del prescrittore, dando luogo a potenziali terapie antibiotiche poco o per nulla appropriate; a tal fine, si sta valutando la possibilità di coinvolgere i medici in un apposito percorso formativo/informativo multidisciplinare dedicato all'uso di antibiotici secondo criteri di appropriatezza prestabiliti e condivisi. L'applicazione di un unico protocollo standardizzato a livello europeo ha indubbiamente contribuito a motivare gli operatori sanitari ad una adesione più partecipata all'intero Studio di sorveglianza.

Ovviamente questo Studio, al fine di conseguire una maggiore validità epidemiologica, dovrà essere ripetuto anche nei prossimi anni ed esteso a tutti gli altri ospedali dell'ASL, come anticipato anche dalla normativa regionale (DGRC 1715/2007).

DATI EPIDEMIOLOGICI	AVERSA		SESSA AURUNCA		PIEDIMONTE MATESE		TOTALE	
	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%
1 Numero totale di posti letto del P.O.	217	///	100	///	164	///	481	///
2 Numero di posti letto per acuti del P.O.	183	///	100	///	164	///	447	///
3 UU.OO./Reparti eventualmente esclusi dalla rilevazione, specificando le motivazioni	5	///	0	///	2	///	7	///
4 Numero di posti letto delle UU.OO./Reparti inclusi nella rilevazione	183	///	68	///	123	///	374	///
5 Numero totale di Pazienti inclusi nella rilevazione	153	///	61	///	57	///	271	///
6 Numero dei Pazienti ricoverati presso U.O. Rianimazione e U.T.I.C.	13	7,8	5	8,1	8	14,0	26	9,5
7 Numero di ICA rilevate durante il periodo di sorveglianza	13	7,8	3	4,9	4	8,7	20	7,3
8 Numero di trattamenti antibiotici rilevati	110	///	31	///	30	///	171	///
9 Numero di trattamenti con Antibiotici CON motivazione	86	78,1	27	87,1	24	80,0	137	80,1
10 Numero di Pazienti in trattamento antibiotico durante il periodo di sorveglianza	71	46,4	27	44,3	25	43,9	123	45,3

Tabella 1: Rilevazioni del periodo 15/10/2013 ÷ 08/11/2013 negli Ospedali dell'ASL Caserta

## Attività della Commissione Aziendale Dispositivi Medici dell'A.S.L. Napoli 1 Centro

**Papa M.<sup>1</sup>; Cacciapuoti C.<sup>2</sup>; Chirichella C.<sup>3</sup>; Di Majo A.<sup>4</sup>; Giordano V.<sup>5</sup>; La Bella G.<sup>6</sup>; Schettini G.<sup>7</sup>; Guida A.<sup>8</sup>; Esposito E.<sup>9</sup>**

*1*Direttore U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale,

*2*Dirigente Farmacista U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale,

*3*Collaboratore amministrativo U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale,

*4*Specialista ambulatoriale in Igiene e Medicina Preventiva U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale,

*5*Responsabile U.O.S.D Pianificazione Ospedaliera,

*6*Responsabile Area Farmaceutica, Lanzetta R. Direttore Dipartimento Assistenza Ospedaliera,

*7*Specialista ambulatoriale in Igiene e Medicina Preventiva U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale,

*8*Direttore Sanitario ASL Napoli 1 Centro,

*9*Direttore Generale ASL Napoli 1 Centro.

### INTRODUZIONE

I Dispositivi Medici (D.M.) costituiscono una tipologia di prodotti sanitari di notevole impatto clinico ed economico. La crescente offerta di D.M., tecnologicamente sempre più avanzati e innovativi e connotati da una ampia eterogeneità di prodotti e di campi d'impiego, e l'aumento delle richieste da parte dei clinici, ha imposto l'adozione di strumenti di valutazione al fine di evitarne un uso inappropriato e monitorarne la spesa.

### MATERIALI E METODI

Nell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, con Delibera n° 1229 del 04/07/2012, è stata istituita la Commissione Repertorio Dispositivi Medici, con composizione multidisciplinare; con Delibera n° 469 dell'11/03/2013 è stato adottato il Regolamento della Commissione e la "Procedura nuova introduzione tecnologie sanitarie-dispositivi medici" con la relativa modulistica. La Commissione valuta l'introduzione di nuovi D.M. nel Repertorio Aziendale, sulla base dei principi dell'Health Technology Assessment ed effettua approfondimenti di carattere tecnico sull'utilizzo, l'ef-

ficacia, la sicurezza, il rapporto costo-efficacia e l'impatto sull'organizzazione sanitaria delle varie tecnologie, al fine di giungere a un impiego appropriato sotto il profilo clinico, organizzativo ed economico delle stesse.

### RISULTATI

Al 10/09/2014 sono pervenute 54 richieste di nuovi inserimenti di D.M., di cui 21 non valutabili in quanto non completamente compiute e/o mancanti di documentazione scientifica a supporto o inerenti D.M. non di nuova introduzione. Sono state, quindi, esaminate dalla Commissione n° 33 richieste di cui il 46,5% inerenti D.M. dichiarati infungibili ed il 53,5% D.M. dichiarati esclusivi. La Commissione ha espresso parere negativo per il 5% delle richieste e parere positivo per il restante 95%, anche se solo per il 20% dei D.M. approvati ne è stata riconosciuta l'infungibilità. Le richieste sottoposte alla valutazione della Commissione sono pervenute dalle seguenti Unità Operative: Neuroradiologia 40,5%, Chirurgia 30%, Cardiologia 22,5%, Radiologia Interventistica e Vascolare 5%, Neonatologia 2%.

Dall'analisi delle richieste emerge

che tutti i D.M. richiesti dai clinici sono stati dichiarati dagli stessi quali infungibili e/o esclusivi; è necessario un confronto con l'area clinica al fine di meglio definire il significato di infungibilità ed esclusività, nel rispetto delle forniture di prodotti di qualità, nonché dei principi di efficienza ed economicità aziendale.



## Ospedale di giorno e ospedale di notte

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

Gianna Aldinucci\*, Grazia Campanile\*\*, Lucia Lenzi &, Barbara Dianconi\*\*, Patrizio Imperelli S., Barbara Innocenti\*\*, Alvise Menichetti S., Marco Fen #, Stefano Arigucci ##, Raffaele Scala SS, Annunziata Zuccone G, Massimo Bianchi &, Roberto Rossi ^, Danilo Tabozzi &, Liliana Rossi ^, Francesco Cineschi \*\*\*, Riccardo Batteforni ^, Stefania Francioni ^, Cinzia Sestini ^, Ales. Ivo Cappetti ^, Carlo Frigerio \$, Simone Andreini \$\$, Mauro Uzi \*\*\*, Susanna Petrelli \$\$, No. Ottaviani \$\$\$, Francesco Vaglini \*\*\*, Manuela Bellucci \*\*, Roberta Balli ^, Giovanni Iannelli \$\$\$, Arnadeo Bianchi ##, Catalina Doma Cristofori &&

### INTRODUZIONE

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

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

Il passaggio di consegne deve avvenire utilizzando strumenti conosciuti e condivisi, comprensivi di tutte le informazioni necessarie, ma sufficientemente sintetiche per una immediata comprensione da parte degli operatori cui sono destinati. Inoltre, è necessario stabilire le corrette modalità di attivazione del medico di guardia in orario notturno. Tali modalità di attivazione dovranno essere ben standardizzate, in modo da non lasciare spazio a decisioni soggettive legate ai singoli operatori.

#### LA GESTIONE DEL PASSAGGIO DI CONSEGNE MEDICHE

Per il corretto passaggio di consegne viene individuato uno strumento da compilare ed aggiornare costantemente a cura dei medici di reparto.

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

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

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

#### ATTIVAZIONE DEL MEDICO DI GUARDIA IN ORARIO NOTTURNO

L'attivazione del medico di guardia in orario notturno deve seguire modalità condivise dipendenti dal livello di urgenza clinica che determina la chiamata. Si distinguono pertanto tre diversi livelli: emergenza, urgenza, ordinario.

##### Livello 1 - Emergenza

- Arresto cardiocircolatorio
- Insufficienza respiratoria acuta (necessità controllo delle vie aeree)
- Improvvisa ed inaspettata variazione parametri vitali

Il percorso previsto è il seguente:

Per tutte le U.U.O.: l'infermiere di reparto attiva il l'anestesista rianimatore che può optare per le seguenti alternative: ricovero in Terapia Intensiva, attivazione del medico di guardia, attivazione del medico reperibile

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

##### Livello 2 – Urgenza

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

Il percorso prevede che l'infermiere di reparto attivi il medico di guardia. Se l'intervento risulta particolarmente problematico il medico di guardia informa il collega reperibile, se previsto, con il quale concorda l'iter successivo o l'eventuale attivazione.

##### Livello 3 – Ordinario

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

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

Tab. 1 Strumento per il corretto passaggio di consegne

N°	Stanza	Nome Paziente	Data				Note
			Diagnosi e situazione clinica attuale	Problemi aperti e/o in corso	Segnali di allerta / Emergenze prevedibili	Altre informazioni	

Tab. 2 Scheda di rilevazione dell'attività del medico di guardia

U.O.	Attività	Medico di Guardia	Chiamata	Intervento	Altre informazioni

### CONCLUSIONI

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





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

Dott. Avioletti Alberto<sup>1</sup>, Dott.ssa Pezzano Lara<sup>2</sup>, Dott. Sacco Roberto<sup>3</sup>, Dott. Polverini Fabrizio<sup>4</sup>, Dott.ssa Chiattoni Anna<sup>5</sup>, Dott. Cosenza Gaetano<sup>6</sup>, Dott.ssa Cesari Lusiella<sup>7</sup>, Dott. Lantini Antonino<sup>8</sup>, Sig. Argina Salvatore<sup>9</sup>

*1. Medico specializzando (Igiene Medicina Preventiva) UNITO; 2. Bed Manager OO. RR. di Pinerolo; 3. Direttore Medico di Presidio OO. RR. di Pinerolo; 4. Responsabile Servizio delle Professioni Sanitarie Assistenziale OO. RR. di Pinerolo; 5. Coordinatore Servizio delle Professioni Sanitarie Assistenziale OO. RR. di Pinerolo; 6. Direttore Generale ASL T03; 7. Direttore Sanitario ASL T03; 8. Medico di Direzione Sanitaria OO. RR. di Pinerolo; 9. Bed Manager OO. RR. di Pinerolo)*



**INTRODUZIONE**

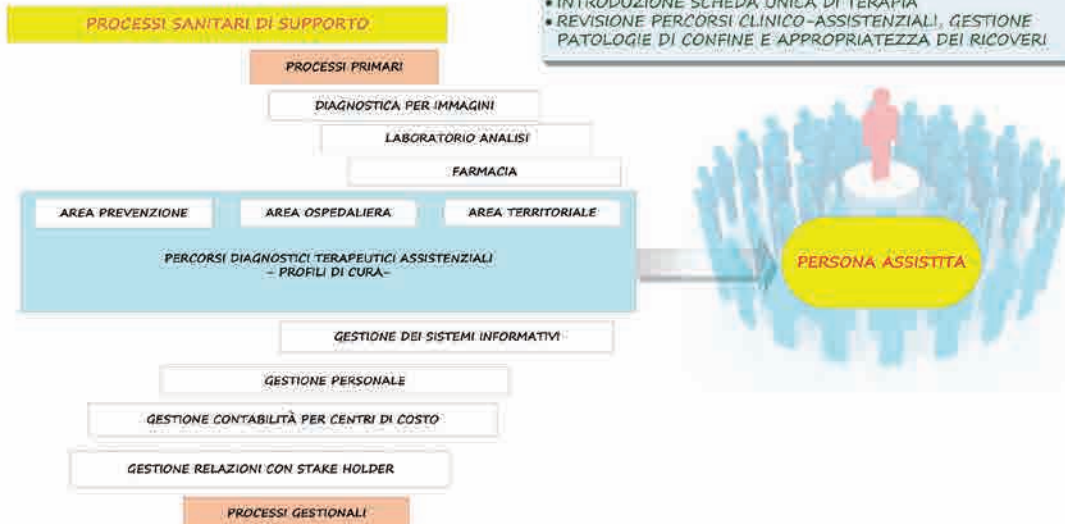
*I nuovi indirizzi del Piano Sanitario Regionale 2012-2015 prevedono un reengineering dell'organizzazione, attraverso il passaggio da una organizzazione gerarchico-strutturale ad una organizzazione a matrice per intensità di cura. Ciò permetterebbe di soddisfare le esigenze e i bisogni della popolazione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

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

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

**ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE PER MICRO NUCLEI**

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



**PROCESSO DI PROFESSIONALIZZAZIONE & EMPOWERMENT IN PROGRESS**

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

**CONCLUSIONI**

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

# "CHIRURGIA AMICA - SURGICAL PATIENT FRIENDLY HOSPITAL"

UN DOCUMENTO DI SUPPORTO ALLE BUONE PRATICHE ASSISTENZIALI DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (ISC) PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA<sup>1</sup>

P.M. Antonioli°, M.C. Manzalini°, M. Teodorini°, P. Caponcelli°, B. Bonato°, L. Maniscalco°, M. Giordani°, M. Franchi°, G. Gabutti°

*°Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara °Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Unife*

**Parole chiave:** chirurgia, ISC, sicurezza

## INTRODUZIONE

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

## CONTENUTI

Scopo del documento è di fornire uno strumento chiaro, efficace e pratico rivolto sia agli operatori sanitari che ai pazienti/ caregiver durante tutte le fasi del percorso chirurgico. Il Documento è stato prodotto sulla base di evidenze scientifiche, delle opinioni di operatori esperti e le Associazioni dei pazienti, secondo lo standard Health Literacy.

## RISULTATI

Il Documento si compone di **9 Schede** operative e **4 Pieghevoli** a supporto dell'informazione e partecipazione del paziente-caregiver al processo di cura:

- **Scheda 1** – Informazione al paziente – caregiver per l'igiene personale e altri consigli prima dell'intervento + **Pieghevole** "La preparazione del paziente all'intervento chirurgico"
- **Scheda 2** – Preparazione del paziente in degenza: la tricotomia pre-chirurgica
- **Scheda 3** – Preparazione del paziente in degenza: doccia pre-chirurgica e antisepsi cutanea dell'area interessata dall'intervento
- **Scheda 4** – Ricondizionamento della sala operatoria tra un intervento e il successivo, ricondizionamento di fine seduta, disinfezione periodica ambientale con apparecchiatura
- **Scheda 5** – Antisepsi pre-incisione del sito chirurgico
- **Scheda 6** – Medicazione intra-operatoria del sito chirurgico
- **Scheda 7** – Sorveglianza delle ISC: percorso operativo e informazione-partecipazione del paziente-caregiver alla sorveglianza + **Modulo** di sorveglianza delle ISC + **Pieghevole** "Informazioni per il paziente sulla sorveglianza ISC"
- **Scheda 8** – Medicazione post-operatoria del sito chirurgico (in degenza e in ambulatorio) + **Scheda** di monitoraggio della ferita chirurgica
- **Scheda 9** – Informazione e addestramento del paziente-caregiver per la gestione del drenaggio a domicilio + **Pieghevole** "Gestione del drenaggio a domicilio".

## CONCLUSIONI

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

<sup>1</sup> This Project was presented at:

- 46th SItI – Italian Society of Hygiene National Congress, Taormina (Italy), October 17-20, 2013
- 22nd International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services. Changing hospital & health services culture to better promote health. Barcelona, ES, April 23-25, 2014





# IL PROTOCOLLO DEI CONTROLLI INTERNI STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA A.O. COSENZA



A. Benvenuto, M.A. Vantaggiato, S. De Paola, K.Rossi



Software  
con set  
indicatori  
ad hoc



Controlli  
informatici  
di I° livello



Controlli  
di II° livello



sdo-cartelle cliniche



Checklist controlli di congruità

Checklist controlli di appropriatezza  
organizzativa

Checklist controlli di qualità





Policlinico Agostino Gemelli  
Università Cattolica del Sacro Cuore

## Gemelli

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



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

Filippo Berloco<sup>1</sup>, Maddalena Pozzi<sup>1</sup>, Costanza Baratta<sup>1</sup>, Matteo Raponi<sup>2</sup>, Giuseppe Vetrugno<sup>1</sup>, Fabrizio Celani<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Direzione Rischio Clinico e Igiene, Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma

<sup>2</sup> Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

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

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

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

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

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

	Ausiliari	Tecnici	Infermieri Caposale Ostetriche	Medici strutturati	Medici non strutturati	Studenti	Tipologia d'infortunio (N=416)			
							Puntura e ferita da ago	Ferita, Escoriazione (escl da ago)	Contaminazione	Varie
Proporzione a follow up concluso (N=306)	4,57%	1,31%	33,33%	14,70%	36,93%	9,15%	216 (51,92%)	56 (13,46%)	141 (33,89%)	3 (0,72%)
Proporzione personale mai venuto ai controlli (7,52% del totale)	0%	0%	43,48%	34,78%	21,74%	0%	Turno in cui si è verificato l'infortunio (N=416)			
							Mattina (h 07.00 escl - 14.00 incl)	Pomeriggio (h 14.00 escl - 22.00 incl)	Notte (h 22.00 escl - 07.00 incl)	Non noto
							243 (58,41%)	130 (31,25%)	29 (6,97%)	14 (3,36%)

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

UUOO sede d'infortunio (N=416)		Prevalenza infezione tra i pazienti-fonte d'infortunio (414 pz-fonte*)			
Reparti (incl Day Surg, TTII, PS, Rianimaz e Reparti chirurg)	227 (54,57%)	Agente	Sierologia pz-fonte	% sul totale dei pz-fonte	Dipendenti in profilassi
Sale Operatorie (incl Elettrofisiol, Emodinamica, Endoscopia)	116 (27,88%)	HIV	Ab pos, deb pos, dubbi: 22 • Considerati contagiosi: 14	5,31%	• 11 profilassi completate; 1 in corso (2,90% dei dipendenti infortunati)
Amb, DH, Centro Trastf, Sala Prelievi	37 (8,89%)	HCV	Ab positivi: 77 • RNA positivo: 43	18,60% • 10,39%	Non disponibile
Laboratori (incl Sala Settoria)	18 (4,33%)	HBV	Ag positivo: 9	2,17%	1 sierovaccino profilassi (0,25% dei dipendenti infortunati)
Radiol, Angiogr, Med Nucl, Radioter	15 (3,6%)	* In un paio di casi un paziente è stato fonte di infortunio per due dipendenti			
Vari (Steriliz, Locali Servizio, Non rilevato)	3 (0,72%)				

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

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

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

**Referente:** Maddalena Pozzi [maddalena.pozzi@rm.unicatt.it](mailto:maddalena.pozzi@rm.unicatt.it)



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

Matarazzo G. <sup>1</sup>, Lino M. <sup>2</sup>, Boccalone P. <sup>3</sup>, Boccalone E <sup>4</sup>

<sup>1</sup>Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S. Anna e S. Sebastiano – Caserta

<sup>2</sup> Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

<sup>3</sup>Dirigente medico – Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S. Anna e S. Sebastiano – Caserta

<sup>4</sup> Scuola di Medicina Seconda Università degli Studi di Napoli

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

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

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

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

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

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

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

Per ciascuna classe di antibiotico si è valutata la significatività dei Trend dei livelli di resistenza, utilizzando il *Test di Cochran-Armitage Trend*. Il Test ha avuto l'obiettivo di valutare, in base al valore assunto dalla variabile  $\chi^2$  l'esistenza di un Trend significativo e l'allontanamento significativo del Trend dall'andamento lineare. I risultati hanno mostrato che i Trend di tutti gli antibiotici oggetto di studio sono significativi ( $p < 0.001$ ); in particolare, tra gli antibiotici testati l'andamento del Trend è risultato essere lineare e significativo ( $p < 0.001$ ) per *Levofloxacin*, *Cefotaxime* e *Ceftazidime*. Si è, invece, evidenziato un andamento significativo ( $p < 0.001$ ) del trend di tipo non lineare, con improvviso aumento delle resistenze a partire dal 2011, per *Cefepime*, *Amikacina* e per tutti i *Carbapenemi* oggetto di studio. **Tab 3.**

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

i Trend dei Tassi di resistenza alle *Cefalosporine di III generazione*, ai *Fluorochinoloni*, agli *Aminoglicosidi* e ai *Carbapenemi* mostrano un significativo incremento delle percentuali di resistenza;

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

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

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

Tabella 1. Distribuzione degli isolati di *Klebsiella pneumoniae* multi-resistente (MDR) per sede e/o tipologia di materiale, per anno (2009-2013).

Materiale	2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Vie urinarie	30	19.6	105	41.4	120	33.6	110	28.4	170	36.5
Vie respiratorie	31	19.1	61	26.3	60	18	63	21.6	120	28.2
Sangue	40	22.6	70	28.7	60	18	11	18.3	60	15.7
Termini multi	16	7.4	34	9.1	30	7	37	9.5	30	9.5
Tempori	11	8	11	8.2	10	8.1	11	8.5	12	9.2
Altre	10	2.8	15	4	17	4.6	17	4.4	34	7.8
Liquori	-	-	-	-	7	1.9	-	1.3	0	0
Altri	10	4.6	8	2.1	20	5.4	11	7.9	40	7.8
Totale	217	15	134	27.8	171	29.4	180	17.1	347	38.3

Tab 1

Tabella 2. Percentuali di antibiotico resistenza negli anni esaminati dallo studio (2009-2013).

Antibiotico	2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aminoglicosidi										
Amikacina	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Netilmicina	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100
Fluorochinoloni										
Ciprofloxacina	117	43.5	100	36.4	100	33.3	100	33.3	100	33.3
Levofloxacina	117	43.5	100	36.4	100	33.3	100	33.3	100	33.3
Cefalosporine di III generazione										
Cefotaxime	40	100	121	100	100	100	100	100	100	100
Ceftriaxone	111	100	111	100	100	100	100	100	100	100
Cefepime	120	100	110	100	100	100	100	100	100	100
Carbapenemi										
Meropenem	10	100	41	100	10	100	100	100	100	100
Imipenem	10	100	41	100	10	100	100	100	100	100
Ertapenem	10	100	41	100	10	100	100	100	100	100

Tab 2

Tabella 3. Trend di antibiotico resistenza negli anni esaminati dallo studio (2009-2013).

Antibiotico	Trend di antibiotico resistenza negli anni esaminati dallo studio (2009-2013)			
	Trend	probabilità	Andamento	probabilità
Aminoglicosidi				
Amikacina	Lineare	<0.001	Lineare	<0.001
Netilmicina	Lineare	<0.001	Lineare	<0.001
Fluorochinoloni				
Ciprofloxacina	Lineare	<0.001	Lineare	<0.001
Levofloxacina	Lineare	<0.001	Lineare	<0.001
Cefalosporine di III generazione				
Cefotaxime	Lineare	<0.001	Lineare	<0.001
Ceftriaxone	Lineare	<0.001	Lineare	<0.001
Cefepime	Non lineare	<0.001	Non lineare	<0.001
Carbapenemi				
Meropenem	Non lineare	<0.001	Non lineare	<0.001
Imipenem	Non lineare	<0.001	Non lineare	<0.001
Ertapenem	Non lineare	<0.001	Non lineare	<0.001

Tab 3



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

Alessandro Callegaro<sup>1</sup>, Athos Borghi<sup>2</sup>, Ivo Venturini<sup>3</sup>, Roberto Chiesa<sup>3</sup>, Attilia Scacchetti<sup>3</sup>, Antonia Gherardini<sup>4</sup>, Anna Rita Garzia<sup>4</sup>, Anselmo Campagna<sup>5</sup>, Kyriakoula Petropulacos<sup>5</sup>

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

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

### Introduzione e contesto

L'incremento di pazienti con malattie croniche e multimorbidità ha messo in luce limiti organizzativi e gestionali dei sistemi sanitari dei paesi occidentali, così da identificare già oltre 20 anni o sono alcuni problemi generali e largamente diffusi: i) poca propensione ad aderire alle linee guida stabilite; ii) scarso coordinamento delle cure e del follow up per garantire i migliori risultati nel tempo; iii) pazienti non adeguatamente supportati nel gestire le loro malattie. Come risposta ai suddetti limiti, a metà degli anni '90, si è sviluppato in California il movimento scientifico e culturale che ha portato al cosiddetto Chronic Care Model, che ha sostituito il paradigma dell'attesa con un approccio proattivo alle malattie croniche, per definire i trattamenti sulla base delle migliori conoscenze scientifiche e più efficaci approcci gestionali (questi ultimi sono stati oggetto di significative innovazioni gestionali come il "case management" e il "discharge planning"). Nello stesso periodo storico e per le medesime ragioni, anche in Italia vi sono state importanti modifiche al sistema sanitario con:

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

### Contenuti

Le criticità sopra delineate tendono ad emergere nel momento in cui è necessario o si ritiene utile provvedere ad un trasferimento del paziente. Il trasferimento del paziente, sia da un reparto all'altro all'interno dell'ospedale sia da ospedale a territorio, è un evento critico, poiché comporta il rischio di compromettere la continuità clinico assistenziale, a causa di parziali perdite di informazioni o di un loro insufficiente utilizzo. In oltre il 50% dei casi, nella nostra realtà, manca l'esplicitazione degli obiettivi che sono alla base di una richiesta di trasferimento intraospedaliero in Degenza Post Acuzie. Il Direttore della Degenza Post Acuzie, di concerto con la Direzione del Policlinico di Modena, ha definito una proposta di miglioramento per ottimizzare il percorso del malato. In un modulo formale di richiesta, che costituisce un aggiornamento del modulo preesistente, sono stati descritti in maniera strutturata i criteri per effettuare la proposta di trasferimento. Tali criteri sono elencati sotto le diciture *motivi* e *obiettivi* del trasferimento. Dal mese di luglio 2014 pertanto, per proporre il trasferimento di un paziente in DPA, si utilizza il modulo *Proposta di ricovero in Struttura Complessa di DEGENZA POST ACUZIE (DPA)* ["Vedi Schema a fianco]. La finalità è quella di arrivare ad una proposta di trasferimento adeguata alle esigenze del paziente e coerente con le competenze del reparto di assistenza. Anche in caso di non completa corrispondenza tra le caratteristiche del paziente ed i criteri previsti nelle diciture *motivi* e *obiettivi* del trasferimento, il modulo consente al richiedente di *riflettere* sui problemi del paziente e addivinare ad una proposta di presa in carico il più possibile adeguata. Il modulo di Proposta di ricovero in Struttura Complessa di DEGENZA POST ACUZIE (DPA), rendendo espliciti i motivi e gli obiettivi della richiesta di trasferimento, è lo strumento che viene utilizzato per il corretto inquadramento dei problemi clinico assistenziali del paziente, in base a criteri definiti, che fanno riferimento ad un progetto.

### Conclusione

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

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

### Riferimenti bibliografici

- Proposta di ricovero in Struttura Complessa di DEGENZA POST ACUZIE (DPA)*
1. Reinventing the American Hospital/Author(s): Stephen M. Shortell, Robin R. Gillies and Kelly J. Devers/Source: The Milbank Quarterly, Vol. 73, No. 2 (1995), pp. 131-160/Published by: Wiley on behalf of Milbank Memorial Fund/Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/3350254>
  2. [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_Care\\_Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2)
  3. E. Rocchi, A. Callegaro et al. "La Degenza Post Acuzie, un ponte fra ospedale e territorio", L'OSPEDALE n°3 (2005).

Grafica: Mauro Miglioli - Servizio Assicurazione Qualità





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



Grazia Campanile\*, Annamaria Celesti^

\*Coordinatore Centro Regionale della Salute e Medicina di Genere, Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale, Regione Toscana  
^Coordinatore Centro Aziendale per la Promozione della Sanità di genere, AUSL 9 Arezzo

## Introduzione

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

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

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

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

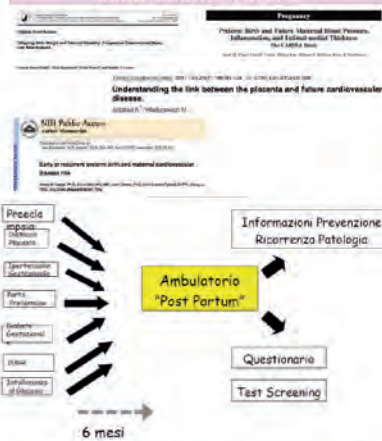
## Il Centro di Coordinamento Regionale

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

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

## Programma delle azioni 2014/2015

### 1 La gravidanza come finestra sulla salute futura



### 2 La prevenzione del tumore della prostata



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

**A randomized comparison between 6 months of fluorouracil (5-FU) treatment and 12 weeks of protracted venous infusion (PVI) fluorouracil in advanced metastatic colorectal cancer**

Adverse events	Maximum grade toxicity		P values for trend		
	5-FU (n=212)	PVI (n=97)			
All grades (%)					
Diarrhea	77.8	55.8	54	<0.0001	
Nausea/vomiting	83.8	74.3	1.5	<0.0001	
Stomatitis	77.7	18.2	54.8	<0.0001	
Hand-foot syndrome	45.5	3	24.9	7.1	<0.0001
Myalgia	47.7	13.8	18	4.5	<0.0001
Infection	31.8	3.4	21.5	3.3	0.714
Fever	8.6	0.8	5	0.9	0.046
Leucopenia	94.9	10.2	16.5	1.1	<0.0001
Neutropenia	22.5	35.4	46.3	1.1	<0.0001
Thrombocytopenia	5.7	1	4.1	0.811	
Anemia	33.4	1	32.7	2.8	0.025

Sulla base di queste premesse l'obiettivo primario di questo progetto è quello di validare, in ambiente clinico, il beneficio clinico (prevenzione del rischio di troncato grave) e l'innocuosità di uno screening per trattamento del deficit di DPO o dell'adattamento del dosaggio del 5-FU basati sul monitoraggio farmacocinetico in corso di trattamento.

A tale scopo sarà condotto uno studio clinico prospettico in una coorte di pazienti affetti da diversi tumori solidi, candidati a trattamento standard con 5-FU in monoterapia polichemosi (cervicite gastrointestinale, del pancreas, della mammella e testicolo).

### 4 Endometriosi: diagnosi precoce e terapia



### 5 Indicatori di salute: screening colon retto e pazienti con IMA STEMI

Nel 2013 il confronto fra i due sessi nello screening evidenzia una maggiore partecipazione delle donne (oltre 4 punti % rispetto agli uomini: 51,7% vs 47,3%). Con l'incidenza dell'età (dopo 65anni) si vede questo trend per sesso approfondimento nelle donne. Lo screening è inoltre meno semplice nella donna perché diverso è il terreno anatomico tra uomini e donne.

Un'idea che vede la collaborazione dell'ASPO, prevede una prima fase di indagini che riguarda i fattori correlati all'adesione e non all'arrivo, essendo questo un indicatore essenziale dell'aspetto di un programma di screening su termini di "barrier diagnostic", con zone dell'efficienza organizzativa e della qualità comunicativa del suo percorso, attraverso analisi riguardanti l'area geografica, l'area della comunicazione, l'area della motivazione e l'area organizzativa.

**Pazienti con IMA STEMI**

L'azione prevede di raccogliere e analizzare i dati derivati per genere su interventi di riabilitazione in pazienti con infarto acuto del miocardio (IMA), dai reparti delle strutture di Cardiologia delle aziende sanitarie toscane.

Questo con l'obiettivo di valutare, in termini di genere, le azioni:

- una differente distribuzione correlata con l'età
- una differente manifestazione clinica con conseguente ritardo diagnostico
- una differente percezione della sintomatologia con una diversa modalità di ricorso alla richiesta di soccorso
- un differente approccio di comunicazione da parte del medico
- una differente distribuzione del ritardo di diagnosi correlata all'area di residenza
- una differente distribuzione nelle Aziende in relazione alla diversa organizzazione dei servizi

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

L'azione prioritaria prevede un'indagine a scopo conoscitivo sulla prescrizione di farmaci antidiabetici nel nostro territorio, nonché database di Base per la prescrizione dei farmaci in oggetto nelle singole aziende sanitarie, in base ai dati dei pazienti diabetici.

Lo scopo è valutare:

1. differenze di genere nella prescrizione dei farmaci antidiabetici tradizionali (metformina ed insulina);
2. differenze di genere nella prescrizione dei farmaci antidiabetici nuovi (DPP-4, additivi e analoghi del GLP-1);
3. correlazione tra tale prescrizione con indicatori di pattern della malattia diabetica (Glicemia Compensata Indicatore) nei due sessi.

L'obiettivo è quello di creare, a livello regionale, una rete di Servizi di Diabetologia, con il compito di monitorare due aspetti fondamentali nell'ottica di genere:

1. fornire dati aggregati su prescrizione di analoghi del GLP-1 in DPP-4 usando dati di prescrizione a dati clinici (HbA1c, durata di malattia, tipo di diabete, comorbidità);
2. riportare tale prescrizione con il Costabile Composite Indicatore.

^ = valore dell'emmo Di-Peptidil-Amidasi  
^ = Costabile Composite Indicatore



## Progetto "Ospedale low-formalin"

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

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

### Introduzione

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

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

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

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

### Organizzazione attuale

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

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

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

Tabella 1

FORMALINA	Quantità utilizzata/anno
FORMALINA AL 4% contenitori precaricati di varie dimensioni	4100 litri (27000 contenitori)
FORMALINA AL 4% fianche da 10l (usate prevalentemente in anatomia patologica)	2100 litri (210 fianche)



### Progetto

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

Le modifiche del processo di lavoro interesseranno i campioni tissutali e anatomici di grandi dimensioni provenienti dalle sale operatorie:

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

### Conclusioni

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

Il progetto permetterà inoltre di ottenere una maggior sicurezza e standardizzazione dei processi analitici dei campioni con importanti ripercussioni sulla qualità delle cure del paziente. Di fatto, l'analisi macroscopica effettuata su materiale "a fresco" consente ai patologi di apprezzare i tessuti nelle condizioni ottimali di colore, consistenza e connessioni. L'assenza di aria rallenta i processi autolitici, rende più rapido il raffreddamento del tessuto e ne impedisce l'essiccazione. Con questa metodica è possibile, perciò, standardizzare e ottimizzare i tempi di fissazione poiché il processo rimane sotto il controllo diretto degli operatori di Anatomia Patologica. Alcuni studi hanno dimostrato che i tessuti possono essere così conservati fino a 24 ore, senza che si verifichino alterazioni tali da compromettere la valutazione morfologica nelle colorazioni di routine, speciali e istochimiche; nelle reazioni immunostochimiche e nell'esecuzione di tecniche di biologia molecolare e di citogenetica.

Questa metodica permetterà anche importanti sviluppi e nuove applicazioni come:

1. studi per la ricerca dell'etiopatogenesi delle malattie e per l'individuazione di nuove terapie farmacologiche grazie alla possibilità di costituire delle tissue banking.
2. studio dei processi intracellulari e dei meccanismi di interazione cellula-cellula,
3. l'analisi dell'azione dei farmaci e della citotossicità,
4. l'individuazione di anomalie genetiche (cariotipo),
5. l'esecuzione di indagini di biologia molecolare (mappature, proteine ricombinanti...),
6. la valutazione di processi infettivi virali,
7. la caratterizzazione dei tumori.

### Bibliografia

1. IARC International Agency for Research on Cancer. Press release N°155. WHO 2004. 30 June. IARC classifies formaldehyde as carcinogenic to humans. <http://www.iarc.fr>
2. DLgs 81/2008 <http://www.dlgs81.it>
3. G. Biondelli, L. Orsina, A. Cimino and G. D'Amico. "Under Vacuum Preservation of Tissue to be Transferred to Pathology Lab". Department of Biomedical Sciences and Dentistry, University of Turin, Turin, Italy.
4. G. Biondelli, L. Orsina, A. Cimino and G. D'Amico (2007). "Tissue transfer to pathology lab: under vacuum is the only alternative to formalin". Springer Verlag, 163-222-221
5. A. Sapiro, G. D'Amico, L. Molinaro, L. Maffei, A. Calchi Novati, G. Esposito. "Gene Expression Profiling in Under-Vacuum Stored Bovine Ovarian: a Pilot Study". Department of Biomedical Sciences and Human Oncology, University of Turin - Italy.
6. R. Fani, G. Menni, S. Barham, M. G. Sampietro, A. Corio, G. Biondelli (2012). "Vacuum based preservation of surgical specimens: An environmentally safe step towards a formalin free era?". Sci Total Environ. doi: 10.1016/j.scitotenv.2011.04.055
7. A. Migali, G. Diemonte and S. Giordano. "Efficient histologic sections from under vacuum preserved tissue samples". Cytopathology 23 ( 1 ): 3-11 July/August/September 2012





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



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

L. Cipollone<sup>1</sup>, I. Galassi<sup>2</sup>, A.G. Daniloiu<sup>3</sup>, A. Capodacqua<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Direttore Sanitario P.O. SS Filippo e Nicola di Avezzano, Asl 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila

<sup>2</sup> Dirigente Medico di Direzione Sanitaria Ospedaliere, P.O. SS Filippo e Nicola di Avezzano, Asl 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila

<sup>3</sup> Medico in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Mod. Prev.- Università degli studi di L'Aquila

**INTRODUZIONE:** L'eccessivo ricorso all'epitelio del parto per via chirurgica ha portato l'Italia ad occupare il primo (con dati inesi analisi) il rapporto Cef/OP 2010 (quindi, il nostro Paese una percentuale media del 37,5 di tagli cesarei) (1,2), nel mondo del parto, con notevole differenza regionale (a sua presenza di valore più basso nell'Italia settentrionale (23,1% nel Friuli Venezia Giulia). Sulla scorta di queste statistiche considerazioni, le istituzioni nazionali e regionali hanno promosso, negli ultimi anni, una serie di iniziative di ordine organizzativo e legislativo (specieatamente indirizzate alla promozione/rafforzamento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del T.C. a livello della Regione Abruzzo, in virtù del decreto del commissario ad Adm. n.94/12 relativo ai controlli di appropriatezza dell'intervento ospedaliero, in data e previsto il controllo sanitario di ogni singolo ricovero con parto cesareo nel caso di somministrazione della soglia del 40% di T.C. ad ogni dei punti T<sup>1</sup> altrettanto importante, però, ricordare che il Piano Sanitario Nazionale 2008-2009 (piano P. Obiettivo del 20% quale percentuale di ricorso al T.C., rilevabile nel Piano per il Settim. 2011-2013, quanto l'OMS (1) indica la soglia del 17%.

**MATERIALI E METODI:** Al fine di conoscere le caratteristiche della popolazione affluente al P.O. di Avezzano e identificare le principali componenti che costituiscono il rischio al T.C., nonché offrire un riferimento standardizzato per successive fasi di valutazione e comparazione, è stato condotto uno studio retrospettivo su tutte le donne che hanno partorito presso il nostro Presidio Ospedaliero, nel periodo compreso tra il 01/07/2013 ed il 30/06/2014, con valutazione e analisi retrospettiva. Le variabili personali sono state identificate secondo la classificazione di Robson, analizzando possibilmente una comparazione tra le donne della U.S. di riferimento (in tempi diversi) e gruppi socio-culturali (adulti) inquadri ai principali parametri (età, etnia, istruzione, peso al momento del parto, la pressione arteriale, la parità, il numero di feti, il travaglio (durata, indotto, taglio cesareo prima del travaglio) e l'età gestazionale). Utilizzando questi parametri sono stati definiti dieci gruppi a rischio e i corrispondenti elevanti che servono a riflettere il più possibile la realtà clinica. Le classi 2 e 4 sono state ulteriormente suddivise in a), quando il parto è stato indotto farmacologicamente, e in b), quando il parto è stato espulso per via cesarea prima dell'inizio del travaglio. L'analisi dei dati è stata condotta in maniera retrospettiva, per ogni paziente, sono stati raccolti su un data-base le seguenti informazioni: numero nosocomiale, data di nascita della madre, età gestazionale, qualità del parto, valutazione al momento dell'epitelio, classe di Robson. Nell'anno 2014 è stato introdotto una nuova informazione riguardante la nazionalità delle gestanti.

**RISULTATI:** sono state analizzate le informazioni relative a 1048 donne che, nel periodo di riferimento hanno partorito presso il P.O. di Avezzano nel II semestre 2013 (il numero complessivo dei parti è stato di 530, mentre nel I semestre 2014 i parti sono stati in numero di 518 (Tabella 1).

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

I dati relativi all'anno 2014 riportano invece 185 parti operativi (con una percentuale globale di T.C. pari al 35,71%) mentre la frequenza di T.C. primari e ricattati pari al 21,25%. La percentuale di T.C. per singola classe di rischio ed il contributo percentuale di ciascuna classe, rispetto al totale dei cesarei, sono riportati in Tabella 2.

Dai dati raccolti emerge che:

- Le classi di rischio maggiormente rappresentate, nei due periodi di riferimento, sono la classe 1 (28,72%) e la classe 2 (20,49%);
- L'induzione farmacologica del travaglio (classi 3a e 4a) è stata utilizzata nel 12,07% dei casi nell'anno 2013 e nel 16,21% nel semestre 2014;
- Il T.C. (nona dell'elenco del travaglio (classi 2b e 4b) è stato utilizzato nel 1,92% dei casi nel semestre 2013, mentre nel semestre 2014 la frequenza è stata del 2,95% (quanto dato riferito ai parti ricattati di taglio cesareo in situazione di parto dallo stomaco);
- La classe di rischio che più ha contribuito in termini percentuali al totale del T.C. è stata la classe 5, ossia donne con **progresso TC (45,32%)**;
- Considerando la nazionalità delle partorienti nel periodo gennaio-giugno 2014, la frequenza globale di T.C. nelle donne italiane è stata del 37,16% mentre il valore della frequenza di T.C. primari è stato di 22,25% (sulle 117 donne straniere (di cui il 3,02% di nazionalità marocchina) la percentuale globale di ricorso al T.C. è stato il 36,77% mentre la frequenza sul T.C. primario è stata pari al 19%.

Un'ulteriore dato analizzato è stato quello relativo alla pratica della parto-anestesia che, nel corso dei due periodi di riferimento, è stata utilizzata nel 5,66% dei parti nel 2013 e nel 6,76% nel 2014, per lo più in donne di classe 1.

**Tabella 1. Distribuzione per classe di rischio**

Classe di rischio clinico	Numero casi		Percentuale su l'intera popolazione	
	2013	2014	2013	2014
1	144	157	27,17	30,30
2a	45	63	8,49	12,16
2b	31	18	5,85	3,70
3	144	133	27,17	25,67
4a	19	21	3,58	4,05
4b	11	1	2,07	0,19
5	95	91	17,92	17,55
6	12	17	2,26	3,28
7	5	2	0,94	0,39
8	5	6	0,94	1,16
9	2	1	0,38	0,19
10	17	12	3,21	2,32
Totale	530	518	100	100

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

Classe di rischio clinico	Numero cesarei		Percentuale di T.C.		Contributo in percentuale al totale del T.C.	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
1	13	20	6,02	12,74	6,40	10,81
2a	22	23	48,89	36,53	10,84	12,43
2b	31	11	100	100	15,77	2,57
3	3	4	7,08	3,01	1,46	2,36
4a	2	1	10,53	4,76	0,99	0,54
4b	10	1	90,91	100	4,33	0,54
5	92	90	95,84	98,9	45,32	48,65
6	12	17	100	100	5,91	9,39
7	5	2	100	100	2,46	1,08
8	5	6	100	100	2,46	3,24
9	2	1	100	100	0,99	0,54
10	6	6	35,29	50	2,96	4,24
Totale	203	185	38,30	35,71	100	100

**CONCLUSIONI:** Lo studio è stato condotto sia per identificare le caratteristiche della popolazione femminile affluente al Presidio Ospedaliero che per valutare le indicazioni cliniche che hanno condotto alla scelta del parto operativo, con la finalità principale di migliorare l'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e di ridurre la frequenza dei parti cesarei.

Un primo risultato è stato ottenuto verosimilmente attraverso la diffusione dei dati relativi al semestre 2013, in quanto è stata osservata una riduzione della frequenza globale di T.C. passando dal 38,30% del 2013 al 35,71% del 2014. Riguardo le indicazioni cliniche al parto cesareo, tra le motivazioni riportate in cartella clinica alcune sono risultate di dubbia evidenza scientifica: la presenza clinica di una condizione patologica materna che, in alcuni casi, è ravvisabile in una generica condizione di rischio, la presenza di "CTG poco rassicurante", la richiesta materna di T.C., condizione generica di "distocia dinamica", se queste ultime indicazioni, generiche ed aleatorie, non avessero condotto al parto cesareo avremmo ottenuto una frequenza percentuale globale di T.C. del 33,40% nel 2013 (a fronte del 38,30% stimato nello studio) e del 32,62% nel 2014 (a fronte del 35,71% stimato nello studio).

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



**Audit Interno Integrato:  
Applicazione dello strumento di Valutazione del Sistema di Gestione Qualità al Cro di Aviano**

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

**Introduzione**

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

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

**Contenuti**

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



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

Tabella 1. Scheda integrativa per Audit Interno nel SGQ CRO

Struttura sede dell'audit
Oncologia Sperimentale 1
Oncologia Sperimentale 2
Biimmunoterapia Tumori Umani
Farmacologia Sperimentale Clinica
Microbiologia, immunologia, Virologia
Oncematologia Clinica Sperimentale
Oncologia Radioterapica CRO e PN
Fisica Sanitaria
Medicina Nucleare
Anatomia Patologica
Centro Attività Formative (CAF)
Stabulano
Patologia Clinica Oncologica
Direzione Scientifica e Biblioteca Scientifica per i pazienti
Unità Farmaci Antiblastici (UFA)
Radiologia

Il CRO, nel suo processo di controllo interno, ha elaborato un modello aggiustato all'audit interno (AI), quale l'*Audit Interno Integrato (AIi)*, utilizzando le diverse valutazioni e verifiche già in uso in Istituto.

Sono state predisposte delle Schede di Valutazione integrando, con gli adattamenti del caso per ciascuna struttura/dipartimento, requisiti previsti nella Normativa o negli Standard dei SGQ presenti al CRO: 1.DLgs 81:2008 e s.m.i e norma BS OHSAS 18001:2007; 2.ISO 9001:2008; 3.Accreditamento Istituzionale DGR 1436/2012; 4.Accreditamento Internazionale programma QMentum di Accreditation Canada; 5.Accreditamento internazionale programma OECE; 6.Accreditamento internazionale programma trapianti CNT/CNS/JACIE. Nelle check list di Audit sono state comprese anche le Osservazioni/Non conformità/Raccomandazioni sollevate nelle precedenti visite ispettive esterne di Certificazione/Accreditamento, riferite a quanto sopra riportato.

Tabella 2. Scheda integrativa per Audit Interno nel SGQ CRO

COD	REQUISITI	NOTE DI VERIFICA	SI	NO	NOTE
ACI 16.4	Il team applica le politiche e le procedure dell'organizzazione sui processi di verifica delle attività ad alto rischio				
ACI 2.5 ISO Oss 1	Il team individua le risorse aggiuntive necessarie all'erogazione efficiente e puntuale dei servizi di diagnostica per immagini e le sottopone ai propri leader; valutare l'opportunità di integrare maggiormente gli strumenti gestionali e uniformare le modalità di registrazione delle attività di sistema nelle varie unità certificate.	X			
OECE 1.4.9.1.1	Sono chiaramente descritte le responsabilità delle differenti discipline coinvolte nella diagnosi dei pazienti del centro tumori?	X			
OECE 4.4.1.1.2	I programmi sono utilizzati per garantire che i risultati della ricerca siano trasferiti nella pratica quotidiana rapidamente (ad es. tecniche diagnostiche, di trattamento o prevenzioni)	X			
AI G5	E prevista la valutazione periodica del grado di raggiungimento degli obiettivi	X			
AI G18	La Direzione ha definito e regolamentato le procedure di accesso agli archivi nel rispetto delle riservatezza richieste.	X			

**Conclusioni**

L'integrazione dei sistemi di gestione in AIi consente di verificare il raggiungimento dei criteri di efficacia ed efficienza dell'audit stesso ed anche la valutazione contemporanea dei punti comuni delle norme oggetto di audit. Inoltre, il modello di Scheda Integrata è ancora in corso di sperimentazione ma ha già permesso la riduzione dei tempi di Audit, consentendo di rilevare in modo sistematico le criticità e dinamicità di ogni SO, facilitandone controlli ed azioni correttive. Inoltre, è stato predisposto un modulo ad hoc di Report Integrato, che raccoglie tutte le informazioni ottenute nel corso della visita ed anche quelle riferite alle normative cogenti.



**DISEASE MANAGEMENT DELLO SCOMPENSO CARDIACO  
PREDITTORI CLINICI E ORGANIZZATIVI DI RIAMMISSIONE  
OSPEDALIERA**

\*A. Chiodi, \*\*ML. Simonetti, ° L. Moretti

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

**INTRODUZIONE:**

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

**CONTENUTI:**

Sono stati analizzati i dati delle SDO e del database Ambulatorio "Heart failure" con la metodologia del "recidive linkage", dal 2012 al 2014. Sono state definite riammissioni evitabili i ricoveri ordinari, avvenuti nello stesso presidio entro un intervallo di 6 mesi dalla dimissione. Per ogni assistito sono stati raccolti i parametri demografici, antropometrici, clinici ed eziologici. Sono stati inoltre analizzati l'Ambulatory Care Sensitivity e l'ambulatory Care Sensitivity Composite (ASCS), l'indice di Comorbidità di Charlson, la classe NYHA, la frazione eiezione (FE), tra i parametri ematocritici il BNP, la presenza di anemia, la funzionalità renale. Per ogni paziente veniva registrata la terapia farmacologica, dati socioeconomici, titolo di studio, occupazione, presenza di care giver /care manager. Oltre al numero di re-ricoveri venivano calcolati anche i giorni di degenza.

Il campione costituito da 227 soggetti era composto per il 73% da maschi con un'età media pari a  $69 \pm 14$  anni, l'eziologia era ischemica nel 36%, dilatativa 27%, ipertensiva 14%, valvolare 6%, ipertrofica 2%. I portatori di device erano il 10%, la classe NYHA era la II nel 75%; FE media  $36\%$  con DS  $\pm 12,3$ . La prognosi della popolazione esaminata secondo il SHFM era del 91% a un anno, del 77% a 3 anni e del 67% a 5 anni

Sono state confrontate le caratteristiche dei due gruppi di pazienti (riammessi e non riammessi). L'analisi multivariata con regressione logistica mostra che le variabili significative per le riammissioni sono BNP  $> 501,2$  precedente ricovero ( $59\%$   $p < .001$ ) durata della degenza, indice di deprivazione quali disoccupazione ( $83\%$   $p < .05$ ), solitudine, non compliance alla terapia, n. accessi al follow-up. Il trend dei DRG con diagnosi di SC nella Area vasta n 5 (AP) mostra una diminuzione dei ricoveri classificati con codice ICD9 428 dal 2010 al 2013 (n.589 vs n.460).

**CONCLUSIONI:**

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

**BIBLIOGRAFIA:**

Melody Zava, Anita Phan Ernst R Schwartz, Predictors of re-hospitalization in patients with chronic heart failure *World J Cardiol.*, 2012; 4(2): 23-30

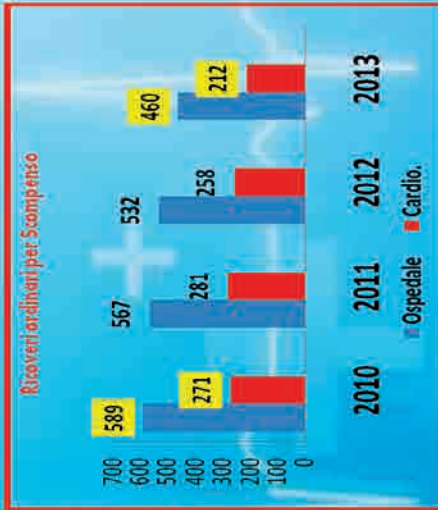


Tabella V. Predittori Indipendenti di Riammissione ospedaliera

Predittori	Odds Ratio	95% LC	P Value
Carenza di Follow-up	5.12	2.1-12.4	<.001
Ammissione con diagnosi prioritaria di scompenso cardiaco	3.82	1.66-6.2	<.001
Mancata occupazione	2.61	1.1-5.1	<.05
Degenza ospedaliera > di 14 giorni	3.9	3.4-6.8	<.001
Storia di ipertensione	2.02	1.1-3.8	<.05
Mancanza del Manager	3.9	3.4-6.3	<.001



## SIBOC: Sistema Informativo Blocco Operatorio Centrale dell'INT Pascale Napoli

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

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

\*\*\* Contrattista presso Direzione Sanitaria Aziendale (DSA) INT Pascale Napoli

\*\*\*\*Posizione Organizzativa Flussi Informativi INT Fondazione Pascale Napoli

\*\*\*\*\* Direttore SC Anestesia e Rianimazione INT Fondazione Pascale Napoli

\*\*\*\*\*Posizione Organizzativa Blocco Operatorio Centrale INT Fondazione Pascale Napoli

\*\*\*\*\* Coordinatore Infermieristico CIO INT Fondazione Pascale Napoli

\*\*\*\*\*Direttore Sanitario di Presidio INT Pascale di Napoli

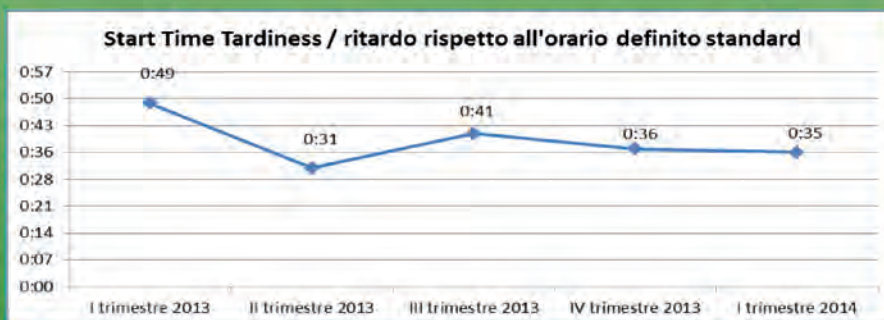
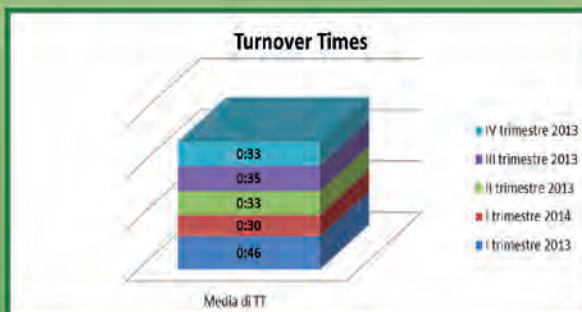


### INTRODUZIONE

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

### CONTENUTI

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



### CONCLUSIONI

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





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



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

\*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi Dell'Aquila, Dipartimento M.E.S.V.A.

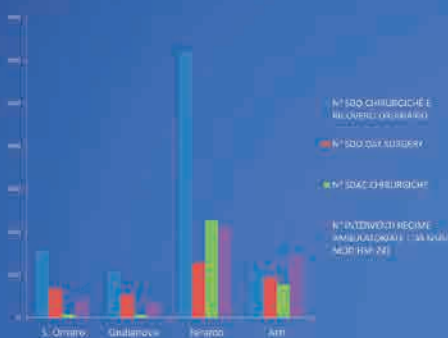
\*\*Direzione Sanitaria P.O. "G.Mazzini", AUSL 4 Teramo

### INTRODUZIONE:

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

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

Grafico 1. Distribuzione attività chirurgica Ausl 4 Teramo anno 2013.



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

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

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

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

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

### DISCUSSIONI:

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

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

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

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

### CONCLUSIONI:

Dalla letteratura<sup>1,2</sup> è emerso che diverse aziende sanitarie hanno rivalutato la possibilità di gestione interna del processo di sterilizzazione sfruttando la possibilità di utilizzare il know-how del personale già operante ed un maggior controllo dei sottoprocessi relativi al ricondizionamento.

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

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

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



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

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



## SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE

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

### INTRODUZIONE

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

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

### CONTENUTI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### CONCLUSIONI

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

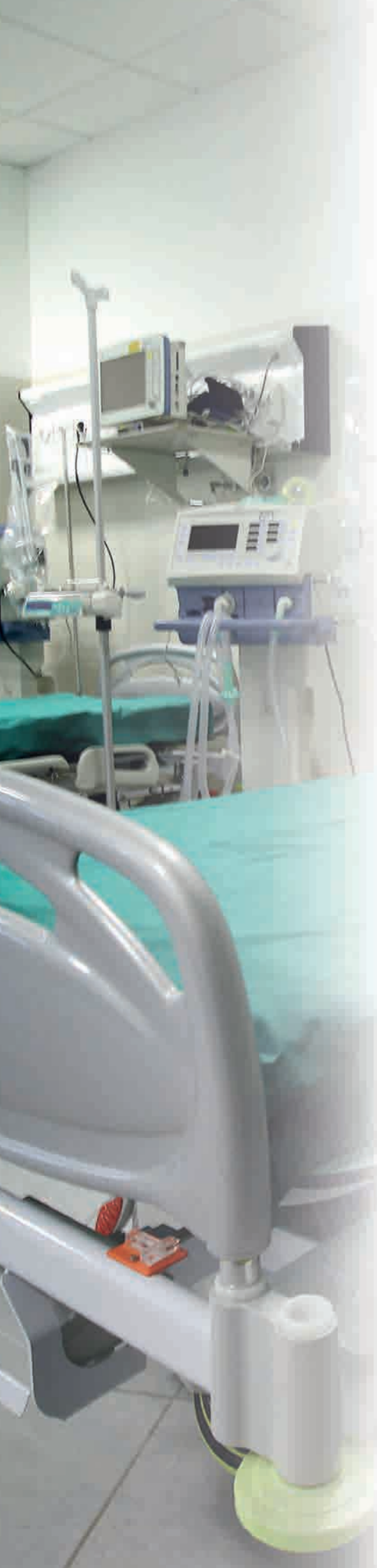
La maggior incidenza registrata nelle unità operative di riabilitazione cardio-respiratoria e di acuti area medica sembra essere associata anche ad un maggior ricorso a terapia antibiotica combinata e/o protratta ad ampio spettro e a terapia con inibitori di pompa protonica.

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

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

# Sistema Moduli Integrati

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



## **QUATERNARI E BIGUANIDE**

Sanificazione superfici  
con SANIDART  
e panni in microfibra  
EXTRAKLIN



## **CLOREXIDINA**

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



## **CLORO**

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

**KemikaSPA**

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



# Verso un sistema sanitario europeo: opportunità e sfide per i Paesi comunitari

## Riassunto

Dopo dieci anni di ampie consultazioni di “elevato livello” in cui erano coinvolti i vari portatori di interesse (stakeholders), il Consiglio e Parlamento Europeo hanno approvato la Direttiva 2011/24/UE. In tale provvedimento sono stabilite, tra l'altro, le nuove regole per ottenere prestazioni sanitarie in un Paese UE diverso da quello di appartenenza. Per non mettere a rischio la pianificazione e il finanziamento del sistema sanitario dei vari Paesi, sono stati posti alcuni paletti. Infatti, viene confermata la possibilità di prevedere l'autorizzazione preventiva per prestazioni erogate in regime ospedaliero e/o con utilizzo di strutture e apparecchiature altamente specialistiche e costose. Nello stesso tempo, quale cardine della Direttiva, gli Stati membri si impegnano a creare reti europee dei centri di riferimento, a collaborare nella valutazione delle nuove tecnologie, a creare una piattaforma per lo scambio di buone pratiche e a condividere metodi per valutare l'impatto delle proposte innovative sui sistemi sanitari. A tale riguardo, i Paesi UE sono consapevoli che in mancanza di cambiamenti strutturali e organizzativi nei propri Paesi e a livello transfrontaliero, i vari sistemi di welfare sono a rischio di sopravvivenza. L'Unione Europea ha, pertanto, predisposto alcuni documenti fondamentali, tra cui il Programma di azione comunitaria in materia di salute 2014-2020 e il Piano d'Azione eHealth 2012-2020. Gli Stati afferenti all'Unione Europea sono invitati a superare assieme le principali criticità, negli ultimi anni aggravate dalla crisi economico-finanziaria. La Comunità Europea punta, pertanto, su un'efficace collaborazione transfrontaliera per aggiungere valore ai sistemi sanitari nazionali. A tale scopo, i Paesi UE dovranno definire assieme standard europei uniformi dell'assistenza sanitaria, potenziare la ricerca, promuovere la salute attraverso azioni mirate e creare una copertura assicurativa dei rischi. Soltanto attraverso la collaborazione transfrontaliera sarà possibile garantire a tutti i cittadini un “elevato livello di protezione della salute umana”, sancito dal Trattato della Comunità Europea.

## Karl Kob

Segretario Generale Nazionale ANMDO

### PAROLE CHIAVE:

welfare, eHealth, collaborazione transfrontaliera, integrazione, qualità, sicurezza, sostenibilità economico-finanziaria

## INTRODUZIONE

Il Trattato della Comunità Europea firmato a Roma nel 1957 pone le basi per l'integrazione dei Paesi membri in un unico mercato. Merci, persone, capitali e servizi possono circolare liberamente tra un Paese e l'altro. A

tale riguardo, sono stati adottati nel corso degli anni numerosi provvedimenti per i singoli settori. Tuttavia, il problema della libera circolazione dei servizi sanitari, tema di fondamentale importanza in tutte le politiche europee, è stato affrontato per ultimo. Nonostante la convinzione dell'Unio-

ne Europea che “buona salute” incide sulla “buona economia”, il problema non è ancora risolto, anzi. Ciò suscita meraviglia, poiché il Trattato prevede per tutti i cittadini afferenti all'Unione, a prescindere dallo Stato di appartenenza e dalle condizioni socio-economiche, un “elevato livello di protezione della salute umana”.

Nel 2011, dopo lunghe e ampie consultazioni pubbliche “di elevato livello” (2) promosse dalla Commissione Europea e in cui erano coinvolti i vari portatori di interessi, il Consiglio e Parlamento Europeo hanno finalmente approvato la Direttiva 2011/24/UE (1) che disciplina l'applicazione dei diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria transfrontaliera. La Direttiva conferma l'autonomia organizzativa dei singoli Stati membri in materia sanitaria, definisce le regole per accedere alle cure transfrontaliere e, soprattutto, invita i Paesi alla cooperazione e integrazione, ma non per creare un unico sistema, per creare un valore aggiunto ai singoli sistemi sanitari nazionali. Gli Stati UE si impegnano, in particolare, a intraprendere efficaci misure intese a creare reti europee dei centri di riferimento, a collaborare nella valutazione delle nuove tecnologie in materia sanitaria, a creare una piattaforma per lo scambio di buone pratiche attraverso dati e indicatori tra di loro comparabili e, infine, a condividere metodi per valutare l'impatto delle proposte innovative sui sistemi sanitari.

## DIRETTIVA 2011/24/UE: COSA HA CAMBIATO?

Dopo il recepimento della Direttiva 2011/24/UE (1) da parte dei singoli Stati membri, molti cittadini si chie-



dono cosa abbia di fatto cambiato la Direttiva rispetto al precedente Regolamento n. 833/2004. Infatti, dopo la pubblicazione della Direttiva, diversi mass media hanno divulgato la notizia che con il recepimento della norma europea da parte dei singoli Stati, i cittadini avrebbero potuto scegliere, con spese a carico del proprio ente previdenziale, la struttura in cui farsi curare in Europa, secondo i principi della libera circolazione dei servizi sanciti dal Trattato. In realtà, la Direttiva ha stabilito che gli Stati membri possono prevedere (come in passato), l'autorizzazione preventiva per prestazioni erogate in regime ospedaliero o con l'utilizzo di strutture e apparecchiature altamente specialistiche. L'introduzione di questa clausola, in linea con la giurisprudenza consolidata della Corte Europea di Giustizia (3, 4, 5, 6, 7), è stata resa necessaria per evitare il rischio di destabilizzazione della pianificazione e/o del finanziamento dei sistemi sanitari dei Paesi con elevato rischio di flussi negativi di pazienti. Tuttavia, la Direttiva prevede che l'autorizzazione non potrà in nessun caso essere rifiutata quando l'assistenza sanitaria in questione non può essere prestata nel proprio Paese entro un termine giustificabile da un punto di vista clinico.

Tuttavia, la Direttiva non disciplina soltanto l'autorizzazione preventiva, ma definisce le principali strategie per la futura cooperazione transfrontaliera in materia sanitaria. (Tab 2)

## **INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE EUROPEA E SPESA SANITARIA**

Tra i motivi che richiedono un'urgente e stretta collaborazione tra gli Stati membri UE, dello Spazio Economico Europeo (Norvegia, l'Islanda e Liechtenstein) e la Svizzera, emergono il problema comune dell'invecchiamento della popolazione e altri fattori socio-economici e culturali in forte espansione. In base alle stime, nel

### **Elevato livello di protezione della salute umana - Trattato CE, Roma 1957 - Tabella 1**

- Trattato della Comunità Europea - Roma 1957: integrazione mercati Paesi membri: merci, persone, capitali e servizi
- Garanzia di "elevato livello di protezione della salute umana"
- Libera circolazione servizi sanitari: ultimo tema affrontato (impatto sull'economia)
- Regolamento CE n. 833/2004: assistenza sanitaria e sociale transfrontaliera
- Sentenze della Corte di Giustizia Europea (dal 1998)
- Commissione Europea: promuove due consultazioni pubbliche "di elevato livello"
- Direttiva 2011/24/UE: diritti dei pazienti assistenza sanitaria transfrontaliera
- Conferma autonomia organizzativa Stati UE in materia sanitaria
- Coordinamento e integrazione assistenza sanitaria transfrontaliera

### **Direttiva 2011/24/UE (assistenza sanitaria transfrontaliera) - Tabella 2**

- Conferma autonomia organizzativa dei sistemi sanitari nazionali
- Considerato rischio di destabilizzazione della pianificazione e/o del finanziamento del proprio sistema sanitario
- Ammesso mantenimento autorizzazione preventiva per prestazioni ospedaliere e/o con utilizzo di strutture e apparecchiature altamente specialistiche e costose
- Non prevista autorizzazione preventiva per visite specialistiche ambulatoriali
- Non ammesso rifiuto autorizzazione preventiva per prestazioni ospedaliere e/o con utilizzo di strutture e apparecchiature altamente specialistiche e costose, quando non erogabile nel proprio Paese entro un termine giustificabile da un punto di vista clinico
- Invito a intensificazione cooperazione e integrazione transfrontaliera in sanità

2060 nei Paesi UE la spesa sanitaria pubblica media salirà da 7,2 % del 2010 a 8,5% del Pil (8). In particolare, per le spese di cura a lungo termine è previsto quasi un raddoppio rispetto a un calo della popolazione in età lavorativa dal 61% al 51% della popolazione totale (8). Già oggi l'impatto di questi cambiamenti è percepibile in misura rilevante. Nell'ultimo decennio, viviamo un periodo di drammatica crisi economica con una forte pressione dei bilanci pubblici. Inoltre, sono in continua crescita le malattie croniche e la domanda di prestazioni sanitarie e sociali (8). Nello stesso tempo, la carenza di operatori sanitari nelle strutture sanitarie pubbliche e private sta creando forti preoccupa-

zioni. Per rendere sostenibili gli attuali sistemi di welfare, gli Stati membri UE, oltre ai necessari cambiamenti strutturali e organizzativi nei propri Paesi, dovranno collaborare in un'ottica sovranazionale transfrontaliera, per un razionale utilizzo comune delle risorse disponibili. Altrimenti i sistemi sanitari di molti Paesi rischieranno la sopravvivenza.

## **PROVVEDIMENTI FONDAMENTALI IN MATERIA SANITARIA A VALENZA TRANSFRONTALIERA**

Oltre alla recente Direttiva 2011/24/UE, ai fini della garanzia di "un ele-

vato livello di protezione della salute umana”, come da Trattato, sono stati adottati, tra l’altro, i seguenti provvedimenti

1. Programma di azione comunitaria in materia di salute 2014-2020;
2. Piano d’Azione eHealth 2012-2020 - Assistenza sanitaria innovativa per il 21° secolo (Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni)
3. Documento della Presidenza del Consiglio di Ministri e del Ministero per gli affari europei dal titolo “La partecipazione dell’Italia all’Unione Europea - Relazione programmatica 2014”.

Con tali provvedimenti sono state poste alcune basi fondamentali per il graduale sviluppo di un sistema sanitario europeo, con le conseguenti opportunità e sfide.

### **PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIA IN MATERIA DI SALUTE**

Con il Programma di azione comunitaria in materia di salute (10), valido per il periodo 2014-2020, l’Unione Europea, in attuazione della Direttiva 2011/24/UE, si prefigge l’obiettivo di promuovere la cooperazione tra gli Stati membri in materia sanitaria.

Il Programma prevede il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. promuovere la salute, prevenire le malattie e incoraggiare ambienti favorevoli a stili di vita sani, nel rispetto del principio: la salute in tutte le politiche;
2. proteggere i cittadini dell’Unione dalle gravi minacce sanitarie transfrontaliere;
3. contribuire alla realizzazione di sistemi sanitari innovativi, efficienti e sostenibili;
4. facilitare l’accesso a un’assistenza sanitaria migliore e più sicura per i cittadini dell’Unione.

Per tali tematiche, sarà possibile presentare progetti, per i quali è previsto

un cofinanziamento complessivo con fondi europei pari a € 449.394.000.

Le principali azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi indicati dal Programma riguardano, in particolare, i seguenti aspetti (10):

1. promuovere e prevenire azione efficaci sotto il profilo dei costi per affrontare i rischi da tabagismo e fumo passivo, abuso di alcol, cattive abitudini alimentari, inattività fisica;
2. ridurre i danni alla salute derivanti dall’uso di stupefacenti;
3. sostenere risposte efficaci alle malattie trasmissibili, quali l’HIV/AIDS, la tubercolosi e l’epatite;
4. prevenire e migliorare la risposta alle patologie croniche, compresi il cancro, le malattie connesse all’età e le malattie neurodegenerative;
5. promuovere un sistema di informazione e documentazione sanitaria (informazione sanitaria standardizzata, strumenti per il monitoraggio sanitario, raccolta e analisi dati sanitari, ecc.)
6. contrastare le minacce sanitarie dovute dagli spostamenti delle popolazioni a livello globale con modalità di cooperazione tra i vari paesi anche su scala mondiale (vaccinazioni, misure di protezione in situazioni d’emergenza, strategie di comunicazione, informazione, ecc.)
7. cooperare nella valutazione delle tecnologie sanitarie;
8. promuovere l’integrazione dell’innovazione in materia di sanità e sanità elettronica;
9. promuovere la sostenibilità degli operatori sanitari, con sviluppo di una programmazione efficace del personale sanitario in termini di organico, di parità di genere, di esperienza e di livello di corrispondenza tra formazione e competenze necessarie (impiego nuovi sistemi informatici e altre tecnologie avanzate);
10. promuovere e sostenere le azioni che affrontano i problemi di salute in una società che invecchia, comprese le proposte pervenute dal partenariato europeo per l’innovazione sull’invecchiamento attivo e in buona salute;
11. promuovere azioni inerenti a di-

spositivi medici, i medicinali e l’assistenza sanitaria transfrontaliera;

12. sviluppare informazioni sanitarie standardizzate e di strumenti per il monitoraggio sanitario, raccolta e analisi di dati sanitari.
13. sostenere la creazione di un sistema di reti europee a favore dei pazienti le cui patologie richiedono cure altamente specialistiche e una particolare concentrazione di risorse e di competenze, come nel caso delle malattie rare;
14. promuovere un’azione coordinata a livello di Unione per l’assistenza ai pazienti affetti da malattie rare, con creazione di reti di riferimento;
15. rafforzare la collaborazione sulla sicurezza dei pazienti e promuovere la qualità dell’assistenza sanitaria;
16. promuovere l’utilizzo prudente degli agenti antimicrobici per ridurre l’incidenza delle infezioni resistenti;
17. adottare azioni che contribuiscano a dare attuazione alla legislazione dell’Unione in materia di tessuti e cellule umani, sangue, organi umani, dispositivi medici, medicinali e diritti dei pazienti nell’ambito dell’assistenza transfrontaliera.

### **PIANO D’AZIONE EHEALTH 2012-2020**

In linea con quanto previsto dalla Direttiva 2011/24/UE, la Commissione Europea ha inviato al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni una “Comunicazione” con le proposte per il Piano d’Azione eHealth 2012-2020, dal titolo “Assistenza sanitaria innovativa per il 21° secolo” (11). Il 1° Piano d’Azione eHealth è stato adottato nel 2004 e da allora la Commissione Europea ha sviluppato diverse iniziative politiche per promuovere l’eHealth in ambito europeo. Al fine della cooperazione formale a tale riguardo, l’istituzione del Network eHealth è di fondamentale importanza. Tuttavia, esperti in politiche europee fanno presente che l’implementazione del “piano conti-

mentale sulla sanità digitale” non potrà prescindere dalla disponibilità di banda larga ultraveloce e di un mercato unico delle telecomunicazioni.

A tale riguardo, la Commissione Europea ha presentato nel settembre 2013 un pacchetto legislativo dal titolo “Un continente connesso: un mercato unico europeo delle telecomunicazioni elettroniche per la crescita e l’occupazione”. Il Piano d’Azione eHealth si pone l’obiettivo di affrontare e rimuovere alcuni ostacoli per promuovere una visione eHealth in Europa, secondo i principi e gli obiettivi della Strategia Europa 2020 e dell’Agenda Digitale per l’Europa.

La Commissione Europea è del parere che l’eHealth sarà in grado di offrire ai cittadini europei un’assistenza sanitaria “più personalizzata e centrata sul paziente/cittadino, quindi più mirata, efficace ed efficiente”. Tuttavia, per la sua estensione delle soluzioni eHealth ai vari Stati dovranno essere superati ostacoli non soltanto di natura tecnica, ma anche di compliance da parte di pazienti, cittadini e professionisti del settore sanitario. Nel periodo 2014-2020, la ricerca e l’innovazione saranno finanziate nell’ambito del Programma Horizon 2020, all’interno del tema “Salute, cambiamento demografico e benessere”. La Commissione Europea è consapevole che nell’era della globalizzazione l’interoperabilità dell’eHealth non è soltanto un problema europeo, per cui già nel 2010 è stato firmato un protocollo d’intesa con gli Stati Uniti D’America.

### **PROGRAMMA PER IL SEMESTRE ITALIANO AL CONSIGLIO EUROPEO: 01.07.-31.12.2014**

In vista del Semestre Italiano, il Consiglio dei Ministri ha a suo tempo predisposto un documento dal titolo “La partecipazione dell’Italia all’Unione Europea. Relazione programmatica 2014” (12). Tale relazione non riguarda soltanto la sanità, ma è riferita a tutti i settori di pubblico interesse. È

#### **Piano d’Azione eHealth 2012-2010: Assistenza sanitaria innovativa per il 21° secolo. Tabella 3**

- Piano continentale sulla sanità digitale
- Rimozione ostacoli per promuovere una visione eHealth in Europa (problemi tecnici e umani di compliance)
- Necessità banda larga ultraveloce e mercato unico delle telecomunicazioni
- 2013: pacchetto legislativo della Commissione UE: “Un continente connesso: un mercato unico europeo delle telecomunicazioni elettroniche per crescita e occupazione”
- Finanziamento di ricerca e innovazione (eHealth) nel Programma Horizon 2020, tema “Salute, cambiamento demografico e benessere”

sottolineato il ruolo centrale della promozione della salute in tutte le politiche. In particolare, il Governo Italiano invita gli Stati membri dell’Unione Europea ad adottare iniziative nel campo della prevenzione, per i suoi effetti positivi, nel medio e lungo periodo, sul miglioramento dello stato di salute collettivo e individuale.

Le azioni saranno finalizzate alla promozione di stili di vita adeguati, alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili con una particolare attenzione alla salute della donna, alle malattie respiratorie, all’applicazione della genomica nella prevenzione, alle malattie trasmissibili. Viene anche messa in risalto l’importanza della sana e corretta alimentazione e della sicurezza alimentare. Tale argomento sarà un tema dell’Expo 2015 di Milano. Inoltre, il Governo italiano porta in primo piano altre grandi tematiche, tra cui: qualità, sicurezza, efficienza, efficacia e del rapporto costo/efficacia delle cure, terapia del dolore e cure palliative, ricerca sanitaria, interventi nel settore veterinario, salute nell’area del Mediterraneo in considerazione dei flussi migratori con implicazioni e impatti per tutta l’Unione Europea.

#### **CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE**

A livello comunitario, i sistemi sanitari nazionali sono molto differenti e soprattutto indipendenti tra di loro, per cui siamo ancora molto lontani

dal raggiungimento di un welfare comunitario. L’iniziale carica innovativa della Direttiva 2011/24/UE è stata ridimensionata nei provvedimenti di recepimento dei governi nazionali, con il timore di mettere a rischio la stabilità del proprio sistema. Tuttavia, viene rafforzata la volontà di tutti gli Stati alla collaborazione transfrontaliera, attraverso la creazione di reti europee dei centri di riferimento, la collaborazione nella valutazione delle nuove tecnologie in materia sanitaria e la creazione di una piattaforma per lo scambio di buone pratiche attraverso dati e indicatori tra di loro comparabili. Con tali misure, in tutta l’Unione Europea aumenterà la qualità e la sicurezza dell’assistenza sanitaria, aggiungendo valore ai sistemi sanitari di ciascun Paese. Gli Stati membri dovranno affrontare e superare le principali criticità esistenti, definendo per l’assistenza sanitaria, standard qualitativi uniformi europei. Inoltre, dovranno potenziare la ricerca sanitaria, promuovere la salute attraverso azioni mirate secondo i principi della “evidence based prevention” e, infine, creare una copertura assicurativa a valenza transfrontaliera. Per quanto concerne il vincolo dell’autorizzazione preventiva per ottenere cure all’estero, esperti in politiche europee sono convinti che con il tempo le norme cambieranno. Pertanto, bisognerà rimanere e/o diventare competitivi e far convergere in centri di alta specializzazione le prestazioni sanitarie più complesse.



### Verso un welfare comunitario europeo - Tabella 5

- Promozione di stili di vita adeguati, in particolare, sana e corretta alimentazione
- Sicurezza alimentare
- Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, con una particolare attenzione a salute della donna, malattie respiratorie, genomica nella prevenzione
- Malattie trasmissibili
- Qualità, sicurezza, efficienza, efficacia, rapporto costo/efficacia delle cure
- Terapia del dolore e cure palliative
- Ricerca sanitaria
- Settore veterinario
- Salute nell'area del Mediterraneo, considerando i flussi migratori con implicazioni e impatti per tutta l'Unione Europea

### La partecipazione Italia all'Unione Europea. Relazione programmatica 2014 (Sanità) - Tabella 4

- Garantire in tutti i Paesi UE qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria
- Completare la riorganizzazione delle reti ospedaliere a livello nazionale e potenziare i servizi di prevenzione e di assistenza territoriale (cure primarie)
- Attuare - entro l'anno 2020 - il 2° Programma d'Azione eHealth
- Creare le reti europee dei centri di riferimento per l'alta specializzazione
- Collaborare nella valutazione delle nuove tecnologie sanitarie a livello europeo
- Creare una piattaforma per lo scambio di buone pratiche attraverso dati e indicatori tra di loro comparabili
- Creare una copertura assicurativa a valenza transfrontaliera
- Eccesso flussi transfrontalieri: rischio stabilità, pianificazione e finanziamento dei servizi sanitari

Chi trascurerà tale opportunità, dovrà fare i conti con un crescente flusso negativo di pazienti verso altri Paesi, con un grave rischio per l'assistenza sanitaria del proprio Paese. "Alea iacta est" pronunciò Giulio Cesare il 10 gennaio 49 a.C. al passaggio del Rubicone, cogliendo un'opportunità transfrontaliera per ampliare l'Impero Romano. A distanza di oltre 2000 anni, per noi cittadini europei tale frase assume un significato diverso. "Alea iacta est" per l'assistenza sanitaria nei Paesi dell'Unione Europea significa mettere in essere, con decisione e fermezza, una serie di azioni comuni per un superamento delle barriere esistenti, passando alla collaborazio-

ne verso un'Europa senza confini. Ciò garantirà a tutti i cittadini dell'Unione benessere, salute, sicurezza sociale e, non per ultimo, una duratura pacifica convivenza.

### BIBLIOGRAFIA

1. *Comunicazione della Commissione delle Comunità europee "Seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea"*, Bruxelles, 20.4.2004, COM(2004) 301 definitivo
2. *Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera*
3. *Raimond Kobl c. Union des caisses de*

*maladie, C-155/96 del 28 aprile 1998, Racc. 1998, e Nicolas Decker c. Caisse de maladie des employés privés, C. Causa C-120/95 1998*

4. *B.S.M. Smits coniugata Geraets c. Stichting Ziekenfonds VGZ e H.T.M. Peerbooms c. Stichting CZ Groep Zorverzekeringen, C-157/99 del 21 luglio 2001, Racc. 2001*

5. *V.G. Müller-Fauré. Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA e E.E.M. van Riet c. Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO, del 13 maggio 2003, C-385/99, Racc. 2003*

6. *Inizan c. Caisse Primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, del 23 ottobre 2003, C-56/01 Racc. 2003*

7. *Watts c. Primary Care Trust and Secretary of State for Health, sentenza 16 maggio 2006*

8. *Cristina Tognaccini, Sanità, Europa e Usa non sono mai stati così vicini, Linkiesta, 08/07/2014, <http://www.linkiesta.it/print/167441>*

9. *Bundesministerium für Gesundheit, Europäische Gesundheitspolitik, [www.bmg.bund.de/gesundheitspolitik/.../europaeische-gesundheitspolitik](http://www.bmg.bund.de/gesundheitspolitik/.../europaeische-gesundheitspolitik), 28.08.2014*

10. *Programma di Azione Comunitaria in materia di salute (Regolamento n. 282/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio), [http://europa.eu/index\\_it.htm](http://europa.eu/index_it.htm)*

11. *Piano d'Azione eHealth 2012-2020 - Assistenza sanitaria innovativa per il 21° secolo. Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, ai Comitati Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, [http://europa.eu/index\\_it.htm](http://europa.eu/index_it.htm)*

12. *Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero per gli Affari Europei - Dipartimento per le Politiche Europee, La partecipazione dell'Italia all'Unione Europea. Relazione programmatica 2014, <http://www.lavoro.gov.it/Notizie/Documents/Relazione%20Programmatica%202014.pdf>*

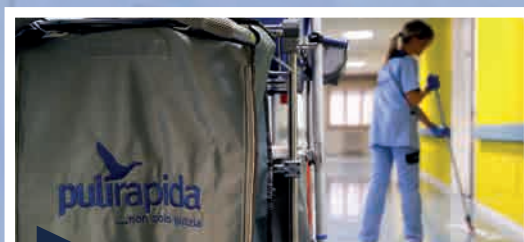
13. *FAQ - Cure nell'Unione Europea - Campo di applicazione della direttiva e del regolamento: <http://www.salute.gov.it/portale/>*

14. *Kob K., "La mobilità dei pazienti nell'Unione Europea": strumenti ed impatto economico, L'OSPEDALE, Trimestrale di Igiene, Tecnologia, Management degli Ospedali e dei Servizi Sanitari Territoriali, N° 3/ suppl., 2006*

15. *Kob K., "I diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera negli Stati membri dell'Unione Europea in base alla Direttiva 24/2011/UE: stato dell'arte dell'applicazione in Italia", L'OSPEDALE, ANMDO, Trimestrale di Igiene, Tecnologia, Management degli Ospedali e dei Servizi Sanitari Territoriali, N.3, 2013, pagg. 36-42*






  
...non solo pulizia



Elevata specializzazione

## Specializzazione **Sanità**

Servizi specialistici in outsourcing per  
strutture sanitarie in tutta Italia:

-  Ospedali pubblici e privati
-  Case di riposo ed RSA
-  Studi medici e laboratori

 DIVISIONE PULIZIE

 DIVISIONE RISTORAZIONE

 DIVISIONE LAVANDERIA

**DA 25 ANNI AL VOSTRO SERVIZIO**



Professionalità e cortesia



Esperienza e affidabilità



**800-017-129**

**PULIRAPIDA SRL**

Via Avogadro 21 - 61032 Rosciano di Fano (PU)  
[www.pulirapida.it](http://www.pulirapida.it)



# Morbillo in Ospedale: non si "vive" solo di Multy-Drug Resistant Organisms (MDROs)

Ennio Ricchi\*, Vittorio Lodi\*\*, Guido Govoni\*, Constantia Vrahulaki\*\*,  
Francesco Saverio Violante\*\*

\* Igiene e Prevenzione Ospedaliera

\*\* U.O. Medicina del Lavoro

Az. Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi

La recente (primavera-estate 2014) epidemia di morbillo che ha interessato la Regione Emilia-Romagna ed in particolare l'area del bolognese solleva, ancora una volta, il tema delle interazioni fra le più comuni malattie diffuse e le strutture ospedaliere, in un contesto caratterizzato dal (ri)-emergere, a partire dal 2010 di "nuove ondate epidemiche"<sup>1</sup>.

La disponibilità di vaccini sicuri ed efficaci nei confronti del morbillo, un territorio nell'ambito del quale la vaccinazione è largamente diffusa sin dalla età pediatrica, l'impegno profuso dal SSR con l'obiettivo di eradicare il morbillo su tutto il territorio regionale, la prassi consolidata di effettuare la sorveglianza dei lavoratori della sanità, dovrebbero costituire elementi di forte contrasto alla penetrazione del virus in ospedale. D'altra parte però, negli ultimi anni, si sono modificati gli usuali riferimenti epidemiologici, il contesto sociale e la cultura della prevenzione nonché il vissuto individuale delle vaccinazioni (basti considerare il tasso assolutamente insufficiente di copertura vaccinale degli operatori sanitari nei confronti della comune influenza stagionale). Scopo di questo lavoro è verificare le potenziali interazioni fra aumento della circolazione virale in un territorio e gli operatori sanitari dell'ospedale, le dinamiche dell'eventuale maggiore rischio nonché le potenziali ricadute sui pazienti.

## MATERIALI E METODI

Lo studio ha riguardato il Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria con circa 1.300 posti letto e oltre 5.000 dipendenti cui devono essere necessariamente sommati alcune migliaia di professionisti (tirocinanti dei corsi di laurea medicina ed infermieristica, iscritti delle scuole di specializzazione, frequentatori a qualsiasi titolo, dipendenti delle ditte dei servizi appaltati) che quotidianamente operano al suo interno.

A seguito della notifica di malattia infettiva diffusa l'Igiene Ospedaliera avvia una specifica indagine epidemiologica orientata alla ricerca dei contatti intraospedalieri nelle fasi precedenti la diagnosi di morbillo compresi, ovviamente, i pazienti/utenti esposti al caso indice. Ai fini di questo lavoro il caso indice era considerato contagioso nei 3 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi: Tutto il personale ed i pazienti che abbiano avuto contatti con il caso venivano sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte della Medicina del Lavoro, dell'Igiene Ospedaliera e dell'Igiene Pubblica territoriale secondo i rispettivi ambiti di competenza. La sorveglianza del personale prevedeva la verifica di un eventuale immunità specifica del dipendente, la esecuzione della sierologia del morbillo nei casi in cui non era no-

to l'effettivo stato immunitario e, se del caso, la conseguente offerta del vaccino. Tutti i contatti erano categorizzati come "potenzialmente suscettibili" sino al momento della verifica sierologica: questa categoria comprende pertanto, in prima istanza, i sanitari effettivamente suscettibili ma anche quelli per i quali la Medicina del Lavoro non aveva alcuna informazione circa lo stato immunitario. Si intendeva infatti verificare anche e soprattutto la capacità dei sistemi di controllo di presidiare la potenziale diffusione del morbillo all'interno dell'ospedale.

## RISULTATI

Nel periodo gennaio-giugno 2014 l'Igiene e Prevenzione Ospedaliera ha gestito 80 notifiche di casi accertati di morbillo. Sono stati esclusi 6 casi riferiti a consulenze ambulatoriali per esigenze diagnostiche. Le restanti 74 notifiche si riferivano a:

■ 53/74 casi (71,6%) pazienti di Pronto Soccorso generale o pediatrico ove era stata posta diagnosi: per questi pazienti l'interazione con l'ospedale si è limitata al Pronto Soccorso medesimo (47 casi) ovvero i pazienti erano successivamente ricoverati (6 casi) ma in contesti protetti (reparto di Malattie Infettive).

■ 5/74 notifiche (6,7%) degenti in ospedale: si trattava di pazienti che avevano sviluppato la malattia in corso di ricovero per altri motivi (1) ovvero nei quali la diagnosi non era in precedenza sospettata (4).

■ 16/74 (21,6%) personale sanitario, ricomprendendo tutte le categorie di professionisti che a vario titolo frequentavano l'ambiente ospedaliero. Nella tab. 1 sono stati rappresentati

	Casi gestiti	personale esposto	casi potenzialmente suscettibili	% casi potenzialmente suscettibili
Personale di PS	53	122	14	11,5%
Personale dei Reparti	5	196	38	19,4%
Colleghi di OS ammalati	16	275	78	28,4%
<b>Totali</b>	<b>74</b>	<b>593</b>	<b>130</b>	<b>21,9%</b>

Tab 1. Personale sanitario esposto a soggetti contagiosi per morbillo.

i contatti, per motivi professionali, di questi casi di morbillo, contatti categorizzati secondo l'ambito di esposizione: personale di PS esposto, personale dei reparti di degenza esposto a pazienti con morbillo ed operatori sanitari esposti a colleghi con morbillo) al fine di evidenziare le diverse ricadute di ciascuna fonte di infezione.

Come già detto il 71,6% delle notifiche di morbillo provenivano dal Pronto Soccorso. Il numero di operatori sanitari esposti a questi casi indice è di 122/593 corrispondenti al 20,6% di tutti gli operatori esposti nella nostra casistica. Si trattava infatti solo degli operatori che lavoravano presso il Pronto Soccorso generale e pediatrico. Di questi l'89,5% presentavano inoltre una immunità specifica nota per il morbillo.

I 5 casi diagnosticati in pazienti già in regime di ricovero, costituiscono appena il 6,7% di tutte le notifiche ma determinano la esposizione di 196/593 operatori sanitari (33% di tutta la casistica). Di questi 196 professionisti il 19,4% dei casi (tab. 1) era potenzialmente suscettibile all'infezione, secondo i criteri adottati.

Infine i 16 casi di operatori sanitari con diagnosi di morbillo rientravano tutti, tranne due, nella fascia di età compresa fra 25 e 40 anni (attualmente la fascia di età a più alto rischio nella nostra regione<sup>1</sup>) e operavano nei setting assistenziali indicati nella tab. 2. Rappresentano la fonte di contagio che coinvolge,

oltre ovviamente i pazienti in cura, il maggior numero di sanitari nel corso della epidemia (quasi le metà di tutte le esposizioni accertate del personale sono riconducibili a colleghi ammalati) ed operano nei contesti assistenziali più vari. Infine in questa categoria si ritrova la più alta incidenza di operatori potenzialmente suscettibili (quasi 1/3 di tutti gli esposti).

Relativamente ai pazienti abbiamo stimato, per difetto, che non meno di 250 ricoverati siano stati esposti ai 16 sanitari nella fase di incubazione. L'analisi delle sedi di lavoro dimostra come questi sanitari non di rado sono impiegati in contesti in cui il rischio di complicanze per i pazienti che contraggano il morbillo è potenzialmente maggiore.

Nel corso della stessa epidemia sono stati infine registrati 3 cluster di morbillo epidemiologicamente correlati nei quali il caso indice erano pazienti (1) o altri operatori sanitari (2).

Ambulatorio	1
Terapia Intensiva	3
Reparto Oncologia/Ematologia	3
Chirurgia/Blocco Operatorio	2
Degenza medica adulti	4
Degenza pediatrica	2
Laboratorio	1

Tab 2: setting assistenziali degli operatori sanitari affetti da morbillo.

## DISCUSSIONE

Il Policlinico dimostra una notevole "fragilità" nei confronti della penetrazione del morbillo e della possibilità che questo diffonda agli operatori sanitari e ai pazienti. Anche se il concetto di suscettibilità potenziale, adottato in questo lavoro, non si identifica, ovviamente, con l'assenza di immunità specifica ma tende piuttosto a rilevare le carenze nei meccanismi di controllo e di sorveglianza del personale (in quanto per gli operatori definiti potenzialmente suscettibili, al momento della esposizione, non si disponeva di alcuna informazione sullo stato immunitario specifico), è evidente che, nella nostra realtà, la potenziale suscettibilità si traduce anche in pericolo reale per gli operatori e l'utenza.

Ad esempio fra il personale dei Pronto Soccorso, l'11,5% dei casi erano classificabili come potenzialmente suscettibili e ciò significa che il si-



stema di controllo non disponeva di informazioni sullo stato immunitario dell'11,5% di sanitari che lavorano in un contesto altamente "a rischio" Si tratta di una percentuale oggettivamente inammissibile in quanto riferita a personale quotidianamente esposto (e spesso con esposizioni quotidiane multiple) al rischio di questa (così come di altre) infezioni. Nelle altre categorie di personale sanitario esposto (personale dei reparti e colleghi di operatori ammalatisi) la percentuale di potenzialmente suscettibili risultava significativamente più elevata (24,6%). La mancanza di informazioni comporta sempre perdite di tempo mentre è evidente che nel caso di infezioni altamente contagiose come il morbillo ogni giorno è cruciale per le attività di contenimento<sup>2</sup>.

Nel corso dello studio sono stati diagnosticati 16 casi di morbillo in personale dell'ospedale addetto alla assistenza o in formazione. Questi casi, in gran parte evitabili, costituiscono la fonte potenzialmente più pericolosa di contagio in quanto:

- sorgono in contesti molto vari e "inattesi" ed espongono al rischio di infezione anche pazienti di reparti particolarmente critici (es. Oncologia Pediatrica, Ematologia);

- espongono altresì al rischio di infezione un ampio numero di sanitari che lavorano in settori ove usualmente non sono gestite queste malattie diffuse e la sensibilità del personale alle misure di profilassi è significativamente inferiore (rispetto ad esempio ai sistemi della emergenza ed al dipartimento pediatrico): per questo si registra un più diffuso fenomeno della "fuga" dai controlli che è il principale motivo per cui il sistema di sorveglianza non disponeva di informazioni sul professionista;

- coinvolgono prevalentemente specializzandi e personale in formazione in genere che per sua natura è caratterizzato da maggiore mobilità fra i reparti. Emblematico era il caso di un giovane studente del corso di laurea in infermieristica che nei 3 giorni

precedenti l'insorgenza della malattia aveva avuto contatti con 49 colleghi (13 dei quali dimostratisi poi suscettibili) che frequentavano, a loro volta, diversi altri reparti dell'ospedale!

E' convinzione degli autori che la "fragilità" del nostro ospedale non sia un carattere esclusivo o una prerogativa unica della nostra realtà, in quanto le condizioni predisponenti:

- la classe di età compresa fra 25 e 40 (che costituisce oggi la principale fascia a rischio) è la più rappresentata nelle strutture del Sistema Sanitario, soprattutto nelle strutture di insegnamento;

- le condizioni epidemiologiche che determinano il (ri)emergere di queste infezioni;

- le resistenze culturali alle vaccinazioni (persino a quelle obbligatorie),

- l'emergere di nuove popolazioni suscettibili;

- la scarsa sensibilità del personale sanitario in genere ed in particolare di quello meno consueto con queste infezioni nei confronti delle misure di prevenzione;

- una certa farraginosità dei meccanismi di controllo e verifica in contesti tanto vasti ed articolati sono infatti elementi comuni a molteplici realtà assistenziali.

Il tasso di immunocompetenza nota si è dimostrato insoddisfacente ed il meccanismo che prevede l'indagine epidemiologica in tutti i casi indice, l'individuazione degli operatori sanitari potenzialmente suscettibili e l'invito ad eseguire la sierologia specifica con offerta vaccinale a tutti i soggetti suscettibili e, infine, la sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori comunque esposti ed indipendentemente dallo stato sierologico è indaginoso e relativamente inefficace: 74 casi di morbillo hanno comportato la gestione di 1.381 esposizioni (in gran parte ripetute) con notevole impegno delle strutture preposte e riflessi molto modesti sulla prevenzione.

Occorre riconoscere che fra gli elementi che determinano la fragilità delle nostre strutture sanitarie nei

confronti di queste infezioni, la resistenza e la refrattarietà del personale alle più idonee misure di profilassi (in questo caso vaccino-profilassi) è certamente il più importante. Esiste in questo senso uno stretto parallelismo fra queste "banali" malattie esantematiche ed infezioni sostenute da MDRs: semplificando infatti una basilare cultura della prevenzione, una minima attenzione ed empatia per chi ci è prossimo, l'adozione di semplici misure di profilassi, come eseguire una vaccinazione innocua o lavarsi scrupolosamente le mani, possono in entrambi i casi salvare vite umane ed evitare sofferenze e costi molto elevati. A differenza delle MDRs però, nel caso del morbillo (ma anche della influenza stagionale e di altre infezioni trasmissibili) disponiamo di vaccini efficaci ed innocui ed esistono oggi sufficienti elementi etici, legali ed economici per prendere in considerazione la obbligatorietà della vaccinazione nel personale sanitario<sup>2,4</sup>.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Servizio Sanità Pubblica RER "aggiornamento sull'andamento del morbillo in Emilia Romagna 1 gennaio/31 maggio 2014" nota del 23.06.2014.
2. Ostroff SM "Measles: Going, Going, But Not Gone" *J. Infect Dis* 2011; 203:1507-9
3. Weber DJ et al. "Lessons Learned: Protection of Healthcare Workers from Infection Disease Risks" *Crit Care Med* 2010; 38:S306-14
4. Bothelo-Nevers E et al "Spotlight on Measles 2010: Measles in Healthcare Workers-Vaccination Should Be Revisited" *Euro Surveill* 2010;15:19687

**KIEHL**  
*die saubere Lösung*

**Fuori tutto!**

**Pulizia di fondo radicale prima  
della ceratura con prodotti  
Kiehl Hightech**

**Per saperne di più scaricate la  
nostra nuova App o visitate il  
nostro sito.**

www.sonner-partner.de



Sistemi professionali per pulizia,  
manutenzione ed igiene perfetti.



www.kiehl-group.com



# Attività trasfusionale e business intelligence: vantaggi della piattaforma QlikView in un'Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione

## Riassunto

La complessità dell'attività trasfusionale può essere immaginata come la composizione di un *puzzle* con centinaia di tessere, dove l'interazione con altre Unità Operative, l'attività con i donatori e la protezione del paziente sono alcuni degli elementi fondamentali, che hanno come punto di riferimento la precisa gestione del dono prezioso del sangue. La gestione di questo complesso scenario è possibile solo grazie al ruolo strategico dei sistemi informativi adeguatamente integrati, capaci di analisi dei dati, con un obiettivo: la programmazione e il governo clinico digitale. In sintesi tutto ciò può essere riassunto nel termine di *business Intelligence*.

Il sistema informativo EmoNet (Insiel) ha il controllo di tutte le fasi del processo, che ha visto nel 2013 la gestione di 11.826 donatori con 31.936 unità di emocomponenti trasfusi presso l'Azienda Ospedaliera di Padova. La piattaforma di *business intelligence* utilizzata è stata QlikView.

QlikView grazie ai molteplici filtri di analisi consente in tempo reale analisi dei consumi di emocomponenti per reparto, per diagnosi fino al dettaglio del paziente implicato. Nel 2013 l'Unità Operativa di Oncoematologia Pediatrica nelle sue diverse articolazioni ha utilizzato 2.253 unità di emazie concentrate per 191 pazienti. La malattia per cui è stato registrato il maggior consumo di emazie concentrate è stata la talassemia con 762 unità. A partire da una prestazione, come la ventilazione meccanica assistita per 96 ore consecutive, si rilevano 300 ricoveri con un totale di 3.875 unità di emazie concentrate utilizzate. La piattaforma QlikView si è dimostrata veloce, semplice nell'utilizzo e nell'implementazione, flessibile, potente e in grado di fornire dati facilmente esportabili. Si è inoltre rivelata una modalità indispensabile per derivare informazione e conoscenza, fondamentali ai fini decisionali e di programmazione.

**Giustina De Silvestro\***, **Maria Vicarioto\***, **Marco Biasio\*\***, **Paolo De Nardi\*\***, **Alberto Marotti\***, **Piero Marson\***, **Maria Luisa Tenderini\***, **Antonio Breda\*\*\***

*\*Unità Operativa Immunotrasfusionale, \*\*Information Technology, Azienda Ospedaliera di Padova, \*\*\*Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali, Italia*

## PAROLE CHIAVE:

clinical governance, information technology, business intelligence, QlikView

## INTRODUZIONE

A Padova la Scuola Medica affonda le sue radici nella storia: fin dal Medioevo gli insegnamenti previsti erano Medicina Teorica, Medicina

Pratica, e Chirurgia. Nel Trecento emerse la figura di Pietro d'Abano, nel Quattrocento Giacomo della Torre e Michele Savonarola, quest'ultimo in particolare diede molto spazio nella sua opera alla

descrizione di numerosi casi clinici. Inoltre dal lontano Quattrocento è documentata la presenza di un Ospedale dotato di un'importante organizzazione e struttura in grado di fornire un'assistenza prevalentemente sanitaria e non solo una generica assistenza ai bisognosi. Agli inizi del Cinquecento si tenevano le prime lezioni "cliniche" e Andrea Vesalio fissò per la Scuola Medica Patavina i capisaldi di una nuova metodologia didattica e di ricerca (1, 2). A partire dallo spirito innovatore di allora, molta strada è stata compiuta sia dalla Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Padova, sia dall'Azienda Ospedaliera di Padova (AOP), che oggi è una struttura di eccellenza, riferimento regionale e nazionale.

E' un ospedale ad alto contenuto tecnologico ed assistenziale, qualificato dall'integrazione fra assistenza, didattica e ricerca, caratterizzato dalla collaborazione istituzionale con l'Università di Padova. Ogni giorno nell'AOP i pazienti ricoverati sono mediamente 1.145, con 189 nuovi ricovero/giorno; 11 sono i bambini nati/giorno, 100 gli interventi chirurgici con un trapianto/giorno di organo solido/midollo osseo; 33.291 esami di laboratorio, 1.346 visite specialistiche, 298 accessi al Pronto Soccorso, 825 esami di radiologia, oltre 100 le unità di emocomponenti trasfusi ogni giorno. I ricoveri ad alta specialità costituiscono il 16,3% del totale dei ricoveri ordinari (3).

In questo scenario l'attività del

Servizio Trasfusionale si inserisce come parte integrante dei servizi sanitari ospedalieri; si articola in funzioni qualitativamente e quantitativamente complesse, che vedono coinvolti donatori e pazienti, che hanno come fulcro quel dono prezioso e al momento insostituibile che è il sangue, i suoi emocomponenti ed emoderivati.

*Mission:* l'Unità Operativa Immunotrasfusionale dell'AOP svolge attività di raccolta, lavorazione e distribuzione di emocomponenti, di analisi immunoematologiche, di tipizzazione HLA e di terapia afelettica. Nel rispetto delle strategie aziendali e delle esigenze cliniche, garantisce la massima e scrupolosa tutela del donatore e la protezione del paziente, perseguendo il raggiungimento dell'autosufficienza territoriale in emocomponenti. Le prestazioni sono erogate alle Unità Operative della struttura aziendale e di altre strutture sanitarie.

A tali fini svolge monitoraggio e consulenza della gestione clinico-assistenziale e dell'appropriatezza della terapia trasfusionale, mantiene sotto costante controllo la continuità e la correttezza della raccolta e analisi dei dati per la più completa attuazione della gestione degli errori e dell'emovigilanza e attiva il monitoraggio della soddisfazione del cliente interno ed esterno.

I servizi sono erogati agli utenti/pazienti che sono costituiti da cittadini residenti nel territorio padovano, regionale, nazionale ed estero che si rivolgono direttamente all'AOP, alle Unità Operative della struttura aziendale o di altre strutture sanitarie, ad altri Enti.

Tutta l'attività trasfusionale, come già accennato, ha un respiro che va ben oltre i confini dell'AOP svolgendosi in ambito dipartimentale, con il coinvolgimento di tutti i Servizi Trasfusionali della provincia, a livello regionale con il coordinamento fra i sette Dipartimenti Trasfusionali della Regione Veneto,

ed infine a livello nazionale con il Centro Nazionale Sangue.

Tale complessità è supportata da sistemi informatici che gestiscono un flusso dati articolato, importante, delicato e straordinariamente ricco di contenuti ed informazioni.

La regia integrata di questo complesso scenario è possibile grazie all'innovazione tecnologica e a sistemi informativi dinamici, dalle potenzialità crescenti.

Sistemi informatici supportano l'attività trasfusionale nelle singole strutture e migliaia di dati risiedono nei singoli database, il processo di integrazione informatica a livello di regione Veneto sta permettendo un coordinamento regionale basato sulla condivisione e l'analisi dei dati con il fine di raggiungere l'autosufficienza regionale e nazionale di sangue, emocomponenti ed emoderivati, ed un'efficace tutela della salute.

D'altro canto, a livello aziendale il Servizio Trasfusionale è una delle tante Unità Operative che intervengono nel percorso di un paziente. Information Technology e Servizio Trasfusionale si trovano ad integrare la loro attività, da un lato per garantire il flusso dati verso il Coordinamento Regionale, ma dall'altro si va delineando una sfida comune per analizzare la grande quantità di dati presenti nei database aziendali.

La nostra realtà dipende in maniera sempre più importante dalle informazioni, e diventa ormai indispensabile valorizzare i dati raccolti all'interno delle varie applicazioni, vale a dire "liberarli" in modo che possano raccontare quanto in essi è racchiuso, trasformandoli così in elementi di conoscenza, e una volta collegati fra loro possano diventare alleati in supporto dell'attività ordinaria e, perché no, consiglieri strategici (4, 5).

Hans Peter Luhn (6) fu un pioniere nell'usare il materiale informatico per la gestione della conoscenza e

per la ricerca aziendale, per primo ha inventato il termine *business intelligence*, definendola come "*the ability to apprehend the interrelationships of presented facts in such a way as to guide action toward a desired goal*". Luhn propose tre domande fondamentali a cui rispondere grazie all'uso dei sistemi informatici: "*what is known, who knows what, who needs to know*". Sono queste tre domande chiave, potremmo definirle senza tempo, a cui si può rispondere grazie a metodi informatici di identificazione, estrazione e analisi di dati. Si tratta dunque di *software* di analisi visiva che trasforma i dati "raw" in informazioni utili e rilevanti, finalizzate ad aumentare l'efficacia dei processi decisionali e degli approcci strategici e operativi. Forte è stato ed è il bisogno di soluzioni flessibili per l'interrogazione e l'analisi dei dati, con il fine sia di migliorare la qualità delle informazioni esistenti, sia di introdurre nuove informazioni. Le tecnologie di *business intelligence*, sviluppatesi negli anni Ottanta, hanno storicamente usato funzioni come *benchmarking*, *predictive analytics*, *reporting*, *online analytical processing* (OLAP) con lo scopo di supportare nel modo migliore il bisogno di prendere delle decisioni strategiche. I tradizionali sistemi di analisi OLAP richiedevano definizioni a priori di dimensioni di aggregazioni e di selezioni di dati, oltre a molto tempo e competenze. La *business intelligence* tradizionale è un sistema "top-down", guidata e gestita dall'Information Technology a causa della complessità, in grado di fornire *report* preconfigurati e *query* predefinite che gli utenti possono eseguire per ottenere informazioni statiche, infine fornisce valore molto lentamente e a costi elevati. D'altro canto la richiesta di questi sistemi di analisi in ambiti anche molto diversi è diventata in questi anni molto forte. Anche in



sanità i sistemi di *business intelligence* stanno assumendo un ruolo sempre più significativo. Nel nostro ambito analizzare le ordinarie statistiche disponibili all'interno del Servizio Trasfusionale fornite dal gestionale di reparto si è rivelato inadeguato, domande sempre più insistenti, come la visione d'insieme di tutta l'attività trasfusionale svolta per i pazienti intersecata con la storia dei singoli pazienti, considerando diagnosi e procedure eseguite nei singoli episodi di ricovero, chiedono risposte precise. Vi è pertanto l'esigenza di partire da una grande base dati e salire progressivamente ad un grado di dettaglio molto alto, fino al singolo paziente e alla sua singola storia, aggregando i dati liberamente.

E' sempre più forte l'esigenza di disporre di un'analisi dati in tempo reale che possa essere utile per fornire informazioni alle associazioni dei donatori e per la programmazione dell'attività di donazione.

E' sentita la necessità di avviare un percorso analitico descrittivo, cronologico, quantitativo capace di rispondere a domande del tipo: quali, quando, quanto. Disporre inoltre di uno strumento tecnologico completo in grado di considerare anche l'aspetto economico sia da un punto di vista analitico che di programmazione.

Infine mettere a disposizione, per analisi a livello aziendale, il dato elettronico residente nel database del Servizio Trasfusionale, quindi integrare e sincronizzare database.

E' stata per questo cercata una regia integrata capace d'innovazione tecnologica, poggiata su tre parole chiave: integrazione, flessibilità e semplicità d'uso, con un obiettivo primario di utilizzare uno strumento d'analisi dei processi e dei percorsi capace di integrare i database aziendali, il tutto in tempo reale. Come obiettivo secondario: disporre di sistemi informatici ca-

paci di ricostruire l'intero percorso assistenziale del paziente e avviare un percorso di governo clinico digitale.

## MATERIALI E METODI

L'attività del Servizio Immuno-trasfusionale dell'AOP per l'anno 2013 può così essere sintetizzata:

- 18.905 procedure di raccolta di sangue intero
- 5.567 procedure di aferesi produttiva
- 11.826 donatori complessivi
- 36.636 unità di emazie concentrate (EC) trasfuse a 10.253 pazienti, di queste 18.723 unità sono state trasfuse all'interno dell'AOP
- 3.887 unità di piastrine (CP) trasfuse a 1.352 pazienti, di queste 3.276 unità sono state trasfuse all'interno dell'AOP
- 10.717 unità di plasma di grado farmaceutico (PFC) a 1.265 pazienti, 9.937 all'interno dell'AOP
- 4.383 litri di plasma ceduto per plasmaderivazione
- 34.165 test di Coombs indiretto con 926 identificazioni di anticorpi irregolari
- 36.633 determinazioni complete di gruppo sanguigno
- 54.841 controlli di gruppo sanguigno
- 4.370 tipizzazioni HLA classe I
- 2.161 tipizzazioni HLA classe II
- 1.638 procedure di aferesi terapeutica
- 86 procedure di raccolta di cellule staminali periferiche
- 217 procedure di fotochemioterapia extracorporea.

Il sistema informativo per la gestione dell'attività trasfusionale è EmoNet (Insiel, Trieste, Italia), consente il controllo di tutte le fasi del processo, dalla raccolta delle unità, alla lavorazione, alla conservazione, alla assegnazione e consegna al paziente, oppure alla cessione all'industria di lavorazione. Oltre all'applicazione base

sono in uso diversi moduli, tra cui in particolare EmoNet Web per la gestione dell'attività trasfusionale in area clinica, dal prelievo sicuro dei campioni necessari ai test pre-trasfusionali, alla verifica della congruenza fra sacche e paziente all'inizio della trasfusione, alla registrazione dell'avvenuta trasfusione. La chiave interna d'identificazione dei pazienti consente l'aggancio delle anagrafiche.

Il *record-linkage* è stato possibile per la grande qualità dei dati residenti negli archivi aziendali, considerando come attributi l'affidabilità, l'accuratezza, la completezza, la correttezza formale, la rilevanza e l'accessibilità.

L'Information Technology dell'Azienda Ospedaliera ha implementato una piattaforma di *business intelligence* nell'area trasfusionale: *QlikView*.

E' questo un sistema innovativo di analisi flessibile e veloce grazie alla modalità di lavoro *in-memory*, permette perciò di analizzare i dati sia a livello aggregato che di massimo dettaglio.

L'interfaccia utente include cruscotti, diversi tipi di grafici, tabelle navigabili, ogni oggetto è "cliccabile" per effettuare *query* ed analizzare dati; inoltre la completa integrazione con *Office* permette di disporre dei risultati in formato facilmente accessibile. Il formato *.qvd*, che permette di trasformare tabelle enormi in *file* binari discretamente piccoli. Le tabelle vengono associate tra di loro attraverso i campi chiave che devono avere lo stesso nome.

*QlikView* è in grado di estrapolare i dati da diversi formati di lavoro riuscendo a metterli tutti in relazione tra loro.

## RISULTATI

Nel 2013, nei reparti dell'AOP, sono stati trasfusi 4.669 pazienti: 4.368 hanno ricevuto 18.723 unità di EC,

1.136 pazienti sono stati trasfusi con 9.937 unità di PFC di grado farmaceutico e 627 pazienti hanno ricevuto 3.276 unità CP (Tab. I). Il PFC di grado farmaceutico è ottenuto dal plasma dei donatori afferenti al Centro di Raccolta del Sangue della stessa AOP, ceduto alla ditta Kedrion SpA con contratto di servizio, e restituito dopo inattivazione con metodica solvente-detergente.

Il reparto/sezione maggiore utilizzatore è il Day Hospital (DH) dell'Oncoematologia Pediatrica, con 1.587 unità di EC, seguito dal DH dell'Ematologia, con 1.282 unità di EC. Da ricordare che gli stessi reparti sono articolati in più sezioni: il consumo totale per l'Oncoematologia Pediatrica, Sezione Degenze + Sezione Trapianti + Sezione DH, è stato di 2.253 Unità di EC per 191 bambini, mentre nell'Ematologia, Sezione Degenze + Sezione DH, sono state utilizzate in totale 2.075 Unità di EC in 252 pazienti.

Il maggior numero di pazienti trasfusi appartiene invece alla Cardiochirurgia, dove sono stati trasfusi 269 pazienti, seguita dall'Ortopedia e Traumatologia con 236 pazienti, e dalla Chirurgia Vascolare con 208 pazienti trasfusi con EC (Fig.1).

Se questi sono i dati relativi all'utilizzo di EC, il quadro cambia nel momento in cui consideriamo la trasfusione di PFC: il maggior numero di unità è stato utilizzato in Anestesia e Rianimazione (1.318 unità trasfuse), seguito dalla Chirurgia Epatobiliare e dei Trapianti (1.228 unità), e quindi dalla Sezione di Terapia Intensiva della Cardiochirurgia (844 unità). In Chirurgia Epatobiliare troviamo anche il maggior numero di pazienti trasfusi con PFC (148 pazienti), seguito dalla Cardiochirurgia (119) e dall'Anestesia e Rianimazione (115 pazienti). Complessivamente la Cardiochirurgia, con tutte le sue Sezioni, compresa la Terapia Intensiva

N° Pazienti	N° unità emazie concentrate	N° unità plasma fresco congelato	N° unità concentrato piastrinico
4.368	18.723		
1.136		9.937	
627			3.276

Tabella I: pazienti e unità emocomponenti trasfusi nell'anno 2013

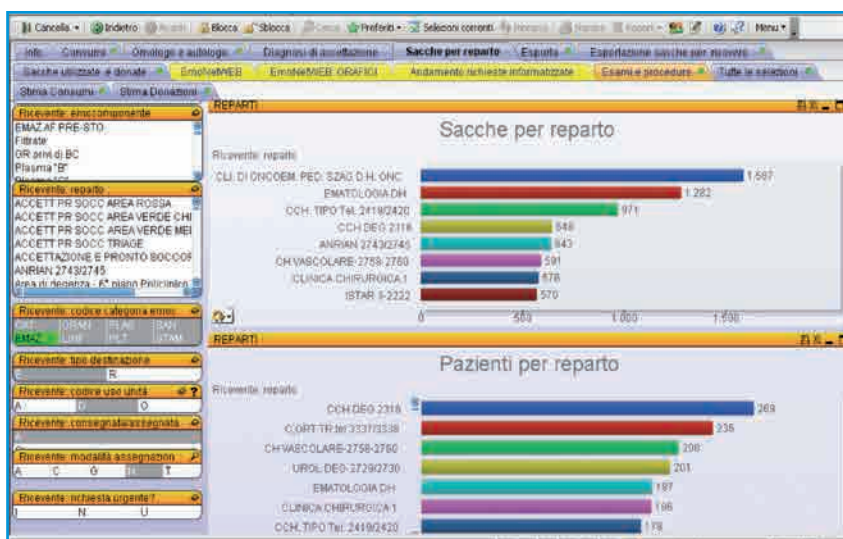


Fig. 1: QlikView: immagine real time delle unità di emazie concentrate assegnate per reparto e numero pazienti per reparto

Post-Operatoria, ha utilizzato 3.370 unità di EC, 1.344 unità di PFC e 197 Unità di CP, affermandosi come reparto maggiore utilizzatore, considerando non solo le EC come emocomponente "driver", ma anche il maggior consumo di PFC.

La situazione cambia ancora se consideriamo i CP, il cui maggiore utilizzatore è la Sezione Trapianti dell'Oncoematologia Pediatrica con 483 unità. Complessivamente, l'Oncoematologia Pediatrica ha utilizzato 1.165 unità terapeutiche in 108 pazienti: tale consumo costituisce il 35,6% dell'utilizzo totale nell'AOP.

Passando all'analisi secondo la diagnosi di accettazione, la malattia per cui abbiamo il maggior consumo di EC è la talassemia, con 800 unità, per quanto riguarda invece l'utilizzo di PFC è la porpora trombotica trombocitopenia (PTT) la malattia in cui si verifica il maggior consumo, ma se sommiamo le

unità di PFC per diagnosi relativa a "epatopatia cronica + trapianto di fegato + epatocarcinoma" il consumo è pari a 2.800 unità, pari al 28,2% del totale (Fig.2).

Il sistema consente l'analisi del sangue trasfuso fino al dettaglio del singolo paziente. Nel 2013 il maggior consumo di EC/paziente si è verificato in C.A., maschio di 89 anni, la cui diagnosi principale è "sepsi severa", con diagnosi secondaria di "infarto del miocardio in mielofibrosi con metaplasia mieloide". Lo stesso paziente è stato trasfuso anche 36 CP da aferesi e 35 CP da pool di buffy coat; non ha ricevuto PFC.

S.A., femmina di 71 aa ha ricevuto il maggior quantitativo di PFC: 291 unità, pari a 58,2 litri. La diagnosi principale è di "microangiopatia trombotica" (Malattia di Moschowitz) con diagnosi secondaria di "emorragia intracranica" e "infarto miocardio acuto in ma-





Fig.2: QlikView: immagine *real time* di unità di EC assegnate per diagnosi talassemia.

lattia di Sjögren". L'appropriatezza dell'utilizzo è documentata dalla diagnosi, per la quale è noto che il trattamento prioritario è il *plasma-exchange*, utilizzando come liquido di sostituzione proprio il PFC., e in particolare il plasma di grado farmaceutico. La stessa paziente è stata trasyfusa con 9 unità di EC e 2 CP da aferesi.

Il maggior numero di CP è stato trasfuso a G.V., un bambino di 8 anni, il quale ha ricevuto 122 unità terapeutiche (4 da *pool di buffy coat* e 118 da aferesi) per complicanze post-trapianto di midollo osseo allogenico: "colite", "enterite e gastroenterite infettive", "shock settico", "aspergillosi", "emorragia dal tratto gastrointestinale". Il piccolo G.V. ha ricevuto durante lo stesso periodo anche 77 unità di EC e 34 unità di PFC.

QlikView ha permesso anche di controllare e monitorare le altre attività di competenza trasfusionale, quali la raccolta di cellule staminali per trapianto autologo e la fotochemioterapia extracorporea post-trapianto allogenico.

S.G., maschio di 35 anni, è stato sottoposto a 3 raccolte di cellule staminali emopoietiche da sangue periferico per autotrapianto, per

una diagnosi di "linfosarcoma". E' anche stato trasfuso con 33 unità di EC e 18 CP (15 da aferesi e 3 da *pool di buffy coat*).

B.L.R.A., femmina di 7 aa, sottoposta a trapianto di midollo osseo da donatore non correlato per "linfosarcoma": ha sviluppato una "graft versus host disease", accompagnata da malattia citomegalica e pancitopenia. E stata trattata con 24 procedure di fotochemioterapia extracorporea e nel periodo peritrapianto è stata trasfusa con 20 unità di EC e 15 CP da aferesi.

Il percorso di analisi è possibile non solo a partire dal Reparto fino alla diagnosi e al singolo paziente, ma anche dalla singola procedura/prestazione è possibile risalire alla terapia trasfusionale: la ventilazione meccanica assistita per 96 ore consecutive, nel 2013 e nell'AOP, è stata utilizzata nel corso di 300 ricoveri, per ciascuno dei quali sono state trasfuse in media 12,9 unità di EC, per un totale di 3875 sacche. Ciascun ricovero ha richiesto mediamente 23,7 esami d'immunoematologia (gruppo sanguigno, controllo di gruppo, test di Coombs indiretto, ecc.).

Con la codifica "altro trapianto di fegato" sono stati registrati 83 rico-

veri, per i quali sono state utilizzate 2.413 unità di EC, con una media di 29,1 unità per ricovero, e un totale di 2.029 esami di immunoematologia, 25,4 per ricovero.

## DISCUSSIONE

Negli ultimi anni l'attività del Servizio Trasfusionale è stata principalmente incentrata nel migliorare le *performance* di laboratorio, affinando le tecniche diagnostiche, introducendo e perfezionando l'automazione, l'efficienza analitica, la sicurezza grazie anche all'interfacciamento degli strumenti ai sistemi gestionali. Lo sviluppo di nuovi test di biologia molecolare e l'automazione completa degli esami virologici, oltre ai nuovi sistemi d'inattivazione virale stanno dando una garanzia di sicurezza e di qualità. Scompositori automatizzati e i moderni separatori cellulari permettono la tracciabilità totale di ogni singolo emocomponente, e sono garanzia di standard di prodotto. Molti sforzi si stanno infine facendo per informatizzare in area clinica le fasi di prelievo per i test pretrasfusionali e l'inizio della trasfusione di emocomponenti.

In questo scenario articolato e complesso si è sviluppato anche il concetto di *clinical governance* e *patient blood management* (7): negli ultimi anni stanno venendo meno i concetti di *trigger* trasfusionale o di algoritmo per la terapia trasfusionale, sviluppatasi negli anni Novanta e rimasti a lungo in tutti i test di immunoematologia, lasciando il posto a una visione più complessiva della terapia trasfusionale e, soprattutto, del paziente che necessita di tale terapia: le condizioni cliniche, la situazione logistica, vantaggi e svantaggi biologici ed economici della trasfusione introducono ai concetti di *clinical governance* e *patient blood management*, sviluppati per promuovere l'appropriato

	Concentrato eritrocitario	CP da aferesi	CP da pool di buffy coat	Plasma da aferesi
Germania (10)	€608,00 (x 6 Unità)	€458,00 (x 1 Unità)	€535,00 (x2 Unità)	
USA et al (11)	\$ 760,82 +/- 293,74			
Veneto	€227,33	€295,14	134,79	€262,86

Tabella II: esempi di costo dei prodotti trasfusionali

utilizzo delle risorse, in generale, e in particolare del sangue, dei suoi componenti e degli emoderivati. Per questo il paziente non deve essere valutato solo nel momento in cui si realizza un fabbisogno trasfusionale, ma deve essere visto in tutta la sua storia clinica, anche dei precedenti ricoveri, al fine di poter correttamente valutare tutti i parametri necessari per minimizzare le perdite e di conseguenza ridurre il fabbisogno trasfusionale, anche alla luce di tutti i rischi a questo connessi, non solo infettivi.

Il *patient blood management* richiede un approccio multidisciplinare, multimodale, in cui la piattaforma *QlikView* s'inserisce come strumento utile per il controllo e l'analisi dei dati.

Nei prossimi anni la Medicina Trasfusionale dovrà affrontare il problema dell'invecchiamento della popolazione, con minor capacità donazionale, a fronte di un fabbisogno apparentemente in contenimento, ma in realtà in aumento, secondo la letteratura internazionale: rimane quindi incerto il futuro di questa risorsa, con un reclutamento di nuove generazioni di donatori oggettivamente difficile (8).

Inoltre, se da un lato numerose procedure chirurgiche richiedono un minor supporto trasfusionale rispetto al passato, quali, per rimanere in ambito cardiocirurgico, il *bypass* arterio-coronarico, dall'altro l'invecchiamento della popolazione ha aumentato la richiesta di interventi complessi, quali la sostituzione valvolare, ad elevato consumo

trasfusionale; il trattamento delle malattie onco-ematologiche anche a lunga prognosi è un ulteriore elemento da considerare per il fabbisogno trasfusionale.

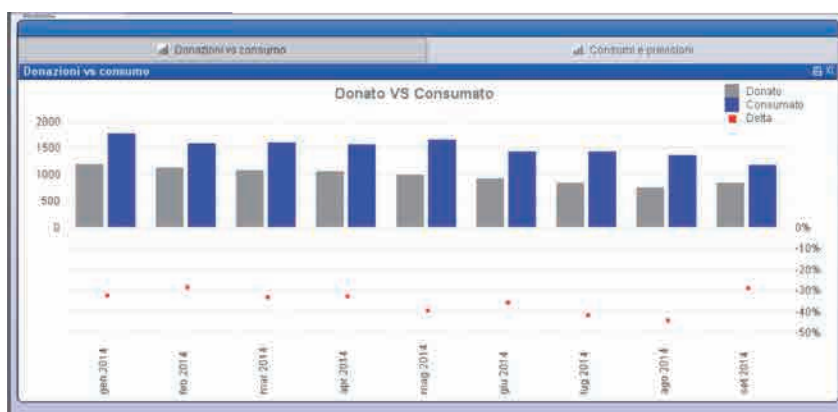
L'utilizzo appropriato della risorsa sangue diventa sempre più necessario, anche alla luce dei costi legati alla donazione, raccolta, lavorazione e validazione del prodotto (9), a cui dovrebbero aggiungersi i costi sociali, legati alla mancata attività produttiva legata all'astensione dal lavoro. L'analisi dei costi dei prodotti trasfusionali che annualmente viene effettuata nella regione Veneto a cura del Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT) evidenzia quanto preziosa sia la disponibilità di sangue e di emocomponenti: il costo standard regionale è stato ottenuto dalla media del costo dei diversi prodotti calcolato secondo l'Activity-based Costs (ABC) nei 7 Dipartimenti Trasfusionali della regione.

Il costo di un CE da scomposizione è risultato nel 2013 pari a € 227,33, quello di un CP da aferesi è media-

mente € 295,14, un'unità di PFC da aferesi ha un costo di € 262,86.

In Germania, come in Italia, la terapia trasfusionale viene remunerata all'interno del DRG. Nel 2005 è stata introdotta una remunerazione aggiuntiva specifica dopo aver osservato che la terapia trasfusionale era una variabile rilevante nell'analisi dei costi (10). La lista dei prodotti e i relativi prezzi sono rappresentati nella Tab. II.

Shander ha applicato l'ABC, lo stesso metodo utilizzato in Veneto, in pazienti chirurgici di 4 ospedali di Paesi diversi, nell'ambito di uno studio collaborativo della *Society for Advancement of Blood Transfusion (SABM)* e della *Medical Society for Blood Management (MSBM)*. Il costo medio di una unità di globuli rossi concentrati, comprendendo costi diretti e costi indiretti, è risultato pari a \$ 760, con una variazione +/- \$ 293 (11). Queste cifre devono far riflettere non solo gli operatori trasfusionali, i quali sono pienamente consapevoli della risorsa messa a disposi-

Fig. 3: *QlikView*: immagine *real time* di previsione delle necessità trasfusionali



zione dei pazienti, ma soprattutto devono far riflettere gli utilizzatori, i diversi specialisti dai quali provengono le richieste trasfusionali. *QlikView* è anche un sistema che ci permette di gestire l'aspetto donazionale e, per quanto possibile, contribuisce alla programmazione della donazione: in base alla media dei consumi storici (ultimi 3 anni) è possibile ipotizzare nel periodo il fabbisogno trasfusionale, e sulla scorta di questo dato è possibile programmare la chiamata dei donatori (Fig. 3).

Questo diventa essenziale per ridurre gli eccessi di disponibilità, esponendo al rischio di scadenza soprattutto di EC, e contemporaneamente consente di garantire il fabbisogno minimo necessario per tutti i periodi dell'anno.

Come appare evidente, uno dei grandi punti di forza nell'AOP è rappresentato dall'Information Technology e dalla sua capacità di proporre innovazione, rendendola parte integrante della cultura aziendale, è stato questo il passaggio che ha consentito l'applicazione di tecnologie emergenti della *business intelligence*, come *QlikView* (12), all'attività trasfusionale e non solo. Da quando vent'anni fa è stato reso disponibile il primo *software* di *business intelligence* molta strada è stata fatta, sono stati superati i tanti limiti tecnologici, fondamentalmente una piattaforma di fornitura delle informazioni è diventata una centrale di produzione di analisi per il processo decisionale, grazie alla semplicità con cui si accede alle informazioni e alla disponibilità istantanea delle stesse.

In questa realtà molto dinamica e in continua evoluzione viene pubblicata annualmente un'indagine dettagliata sull'utilizzo dei *software* di *business intelligence* che consente di confrontare il *feedback* degli utenti finali su prodotti *leader* di *business intelligence*.

Nell'ottobre del 2011 è stato pub-

blicato "*The BI Survey 10 – The Customer Verdict*" (13) da parte di *Business Application Research Center* che fornisce un'analisi quantitativa dettagliata sul perché e come vengono utilizzati gli strumenti di *business intelligence*, e eventualmente sul perché sono stati abbandonati. È stata analizzata la reale esperienza di lavoro di 2.961 professionisti, e 26 tipologie di prodotti. *QlikView* in questo *report* si posiziona ai primi posti per le dieci categorie critiche considerate, tra cui il supporto e la qualità generale, la soddisfazione per le prestazioni, la generale agilità e adattabilità, e non ultima la facilità di implementazione.

*QlikView* è stato inserito nello scenario dell'AOP rendendo facile lo sviluppo di analisi complesse e potenti grazie ai seguenti punti di forza:

veloce implementazione: poche ore di attività hanno dato subito dei risultati significativi

semplicità d'uso: non sono richieste specifiche conoscenze per navigare tra i risultati

flessibilità d'analisi: un'analisi può avere qualsiasi punto di partenza, tutti i dati vengono portati in memoria e i calcoli vengono effettuati al momento della richiesta e non a priori

potente: tempi di risposta immediati su miliardi di *records*

integrato: disponibili cruscotti, analisi, *reporting*.

In conclusione, la semplice somma di sistemi informativi settoriali non è più sufficiente, come pure semplici flussi dati verso banche dati regionali e nazionali, è necessario rielaborare e integrare l'enorme mole di informazioni esistenti attraverso un'analisi-ricerca intelligente dei dati da cui far derivare informazione e conoscenza, essenziali per poter prendere delle decisioni.

Nella sua applicazione in ambito trasfusionale, il sistema consente il continuo monitoraggio *real time* delle attività per specifico reparto/

sezione terapeutica, paziente, procedura terapeutica oltre che per l'attività donazionale, con dati relativi ai singoli gruppi sanguigni di appartenenza, alle specifiche associazioni, fabbisogno medio giornaliero, fornendo gli elementi per una buona programmazione delle attività e delle risorse.

## BIBLIOGRAFIA

1. [www.medicina.unipd.it/on-line/Home/Facolta/Storia/articolo445.html](http://www.medicina.unipd.it/on-line/Home/Facolta/Storia/articolo445.html)
2. [www.unipd.it/1000annidiscienza/visita/sanfrancesco.html](http://www.unipd.it/1000annidiscienza/visita/sanfrancesco.html)
3. [www.sanita.padova.it/All/Libro\\_Bianco\\_2013.pdf](http://www.sanita.padova.it/All/Libro_Bianco_2013.pdf)
4. *Highlights from HFMA'S 2012 CFO Summit. Business Intelligence in an Era of Reform: Strategies for Improvement*
5. Gonzalez-Ferrer A, ten Teije A, Fdez-Olivares J, Milian K. Automated generation of patient-tailored electronic care pathways by translating computer-interpretable guidelines into hierarchical task networks. *Artificial Intelligence in Medicine* 2013; 57: 91-98
6. H P Luhn: *A Business Intelligence System*. *IBM Journal*; October 1958.
7. Shander A, Van Aken H, Colomina MJ, et al. Patient blood management in Europe. *British Journal of Anaesthesia* 2012; 109 (1): 55-68
8. Williamson LM, Devine DV. Challenges in the management of the blood supply. *Lancet* 2013; 381: 1866-75
9. Katsaliaki K. Cost-effective practices in the blood service sector. *Health Policy* 2008; 86: 276-287
10. Bauer M, Ostermann H. DRGs in transfusion Medicine and Hemotherapy in Germany. *Transfus med Hemother* 2012; 39: 60-66
11. Shander A, Hofmann A, Ozawa S, et al. Activity-based costs of blood transfusions in surgical patients at four hospitals. *Transfusion* 2010; 50: 753-765
12. [www.QlikView.com](http://www.QlikView.com)
13. [www.bi-survey.com](http://www.bi-survey.com)

## Consulenza & Servizi certificata per il controllo dei servizi "appaltati"

In un appalto di pulizia e sanificazione ospedaliera quello del controllo è uno dei problemi più seri. E se c'è una terza parte che lo svolge, il lavoro viene fatto meglio e a guadagnarne sono la qualità complessiva del servizio e il benessere di tutti. E' quello che propone Consulenza & Servizi, che il 7 maggio si è certificata per esercitare attività di controllo, come parte terza, sui "servizi di sanificazione appaltati". Ma perché è necessario un controllo? Spesso succede che l'ente pubblico, non disponendo di risorse per il controllo, lasci di fatto questa incombenza in capo alla stessa impresa che svolge il servizio: un controsenso, in molti casi. E così il controllo, che viene svolto male e, spesso, considerato un mero adempimento burocratico. Consulenza & Servizi vuole dare una risposta concreta a questo problema. E così, il 7 maggio scorso, ha ottenuto la certificazione 9001:2008 del Sistema di Gestione per la qualità, per la "pianificazione e progettazione di sistemi gestionali rivolti ai servizi di Facility Management in ambito sanitario, pubblico e privato. Progettazione e gestione di percorsi formativi e svolgimento di attività di controllo nell'ambito dei servizi di ristorazione e di sanificazione ambientale appaltati". Questo "appaltati" è un termine chiave, perché proprio qui sta la specificità del lavoro di Consulenza & Servizi che, ad oggi, è l'unico studio



di consulenza del settore a poter vantare una certificazione di questo tipo, con nell'oggetto la voce "servizi di ristorazione e sanificazione ambientale appaltati", fra l'altro rilasciata da Kiwa/Cermet, che è lo stesso ente certificatore di grandi realtà ospedaliere. Consulenza & Servizi arricchisce così la sua già vasta gamma di servizi di consulenza con uno strumento preziosissimo, sia per l'amministrazione pubblica (o anche la committenza privata), sia per le società di gestione.

[www.consulenzaservizi.eu](http://www.consulenzaservizi.eu)

## Vileda a Novara porta in scena l'innovazione in sanità

L'Ospedale Maggiore della Carità di Novara si è aggiudicato il P&S Innovation Award nel 2014, grazie a una sperimentazione effettuata con le attrezzature Vileda Professional. "L'igiene ambientale è un tema di fondamentale importanza, specie

in relazione alla problematica dei multiorganismi multiresistenti". Così esordisce Rita Negri, vicepresidente di ANIPIO, Associazione Nazionale Infermieri Specialisti nel Rischio Infettivo. "Nell'ottica dei multiresistenti è necessario definire al meglio i protocolli e le procedure per l'igiene ambientale", prosegue "e questo significa prendere in esame nuove tecnologie che, oltre a portare risultati concreti, devono permettere, almeno, di non aumentare i costi. L'Ospedale di Novara ha pertanto voluto fare una propria esperienza con un sistema innovativo." Qui entra in scena il sistema Swep di Vileda Professional, azienda da anni all'avanguardia nello sviluppo di attrezzature altamente performanti. Il sistema utilizzato era composto da un carrello Origo 500 HX, equipaggiato con frange Swep Microplus per la scopatura a secco e frange Swep Hygiene Plus antibatteriche, con nanoparticelle d'argento, per il



lavaggio dei pavimenti e disinfezione. Per la pulizia delle superfici non potevano infine mancare gli ormai classici panni in microfibra tessuto-non-tessuto Nanotech, anch'essi con nanoparticelle d'argento antibatteriche. I detergenti utilizzati sono stati quelli già impiegati nella struttura, pertanto si è trattato semplicemente di una sostituzione di attrezzature e non di prodotto chimico. I risultati parlano chiaro: le rilevazioni effettuate immediatamente dopo la pulizia hanno evidenziato un notevole abbattimento dello sporco, decisamente superiore a quello rilevato con il sistema in uso.

[vileda-professional.com/it-IT/](http://vileda-professional.com/it-IT/)



## Daiichi Sankyo: parere positivo per Lixiana®

Il Comitato Europeo per i Medicinali ad Uso Umano (CHMP) dell'EMA ha dato parere positivo per Lixiana® (edoxaban), l'inibitore selettivo orale del fattore Xa sviluppato da Daiichi Sankyo, per la prevenzione dell'ictus e dell'embolismo sistemico (ES) in pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (FANV) che presentano uno o più fattori di rischio. La raccomandazione del Comitato si estende anche al trattamento e alla prevenzione delle recidive della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP), le due condizioni che caratterizzano il tromboembolismo venoso (TEV).



Daiichi-Sankyo

Il parere positivo del CHMP sull'approvazione di edoxaban è basato sui risultati pubblicati sul *New England Journal of Medicine* degli studi di fase III ENGAGE AF-TIMI 48 e Hokusai-VTE, i più ampi e lunghi trial comparativi per un anticoagulante orale, che hanno coinvolto rispettivamente 21.105 e 8.292 pazienti affetti da FANV o TEV acuta. Entrambi i trial hanno non solo raggiunto l'endpoint primario di non inferiorità riguardante l'efficacia, rispetto all'attuale standard di cura rappresentato dal warfarin, ma hanno anche dimostrato una significativa riduzione del rischio dei sanguinamenti maggiori nei pazienti affetti da FANV (riduzione del 20% nell'ENGAGE AF-TIMI 48) e TEV (riduzione del 19% nell'Hokusai-VTE) rispetto al warfarin.

Il comitato regolatorio europeo ha inoltre riconosciuto come positivo il profilo rischio-beneficio del regime di dosaggio a 60 mg, ridotto a 30 mg per quei pazienti che presentano uno o più fattori di rischio, quali clearance della creatinina (CrCL) compresa tra 15 e 50 mL/min, peso corporeo uguale o inferiore a 60 kg, o uso concomitante di determinati inibitori della glicoproteina P.

[www.daiichi-sankyo.it](http://www.daiichi-sankyo.it)

## Infocad.FM per la gestione del patrimonio immobiliare e dei trasporti in ambito sanitario



All'interno delle strutture ospedaliere un aspetto di strategica importanza è costituito dalla gestione dei trasporti di materiali e pazienti tra i vari reparti. L'informatizzazione dei processi legati a queste attività può contribuire in modo decisivo a ottimizzare i flussi di lavoro, ridurre i tempi di attesa dei servizi e pianificare in modo più preciso le attività cliniche e diagnostiche. Per supportare un'importante realtà ospedaliera italiana nella riorganizzazione dei trasporti interni alla struttura, Infocad.FM ha arricchito la sua piattaforma software di facility management con un nuovo modulo che permette di gestire in maniera centralizzata e informatizzata le richieste di trasporto di materiali e pazienti da parte dei vari reparti. La comunicazione tra centrale operativa e personale addetto al trasporto avviene in tempo reale grazie all'App installata sugli smartphone dati in dotazione agli ausiliari. Il nuovo modulo si integra con le funzioni già utilizzate dall'Ospedale per la gestione dell'anagrafica tecnica e delle attività manutentive.

[www.infocadfm.it](http://www.infocadfm.it)

## 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 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 infragilità).

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 nostre novità scientifiche iscrivendovi alla newsletter.

[www.sanipur.it](http://www.sanipur.it)



**PCHS**<sup>®</sup>

Probiotic Cleaning Hygien System

# L'igiene è stabile!

**Dalla ricerca scientifica all'Innovazione applicata:**  
biostabilizzazione ambientale e microflora benefica  
riduzione stabile dei patogeni  
riduzione del rischio di trasmissione delle infezioni  
***Più qualità e Più sicurezza***  
***Meno costi e Meno impatto ambientale***



**PCHS Sistema Probiotico di Pulizia e Igiene**  
**Già in oltre 40 Strutture Sanitarie l'Igiene è stabile!**



Passione per l'Innovazione.  
Considerazione per i Pazienti.



 **Daiichi-Sankyo**

Daiichi Sankyo è un Gruppo farmaceutico attivamente impegnato nella ricerca, nello sviluppo e nella produzione di farmaci innovativi in grado di colmare i bisogni di cura ancora non soddisfatti dei pazienti sia nei mercati industrializzati che in quelli emergenti.

Con oltre 100 anni di esperienza nella ricerca scientifica, una presenza in oltre 20 Paesi e circa 17.000 dipendenti, Daiichi Sankyo conta su un robusto portafoglio di farmaci innovativi e promettenti, che comprende anche prodotti per il trattamento dell'ipertensione, della dislipidemia, delle infezioni batteriche e dei disordini trombotici.

Inoltre le attività di ricerca e sviluppo del Gruppo sono focalizzate nella creazione di nuove terapie per le patologie cardiovascolari-metaboliche, la gestione del dolore e l'area oncologica.

Per maggiori informazioni visita il sito:  
[WWW.DAIICHI-SANKYO.IT](http://WWW.DAIICHI-SANKYO.IT)