

2 Aprile-Giugno 2016

# L'OSPEDALE

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

**Il sistema  
ospedale territorio**

**Controllo della  
contaminazione da  
Legionella mediante  
monoclorammina.  
In Sicilia l'esperienza  
positiva in due  
ospedali**

**Regolamento della  
Associazione  
Nazionale dei Medici  
delle Direzioni  
Ospedaliere**

**Poster - 41° Congresso  
Nazionale A.N.M.D.O.**

**Presentazione  
42° Congresso  
Nazionale A.N.M.D.O.**

**ORIZZONTI**



# 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

- 4** **Il sistema ospedale territorio**  
*Cristina Sideli*
- 10** **Controllo della contaminazione da Legionella mediante monoclorammina. In Sicilia l'esperienza positiva in due ospedali.**  
*Maria Anna Coniglio, Nunzia Andolfi, Giuseppina Faro, Maria Beatrice Pellegrino, Angela Sgalambro, Giuseppe D'Aquila, Alfio Spina, Stefano Melada*
- 15** **Regolamento della Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere**
- 22** **Poster - 41° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.**
- 34** **Presentazione - 42° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.**
- 44** **ORIZZONTI**

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 69 - Numero 2 - aprile-giugno 2016

**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:** I.I. Mura

**Comitato di direzione:** Appicciafuoco, A. Battista, A. Benvenuto, F. Bisetto, S. Brusafèro, M.T. Cuppone, G. Finzi, K. Kob, R. Lanzetta, R. Li Donni, G. Matarazzo, I.I. Mura, O.A. Nicastro, G. Pelissero, A. Pellicanò, C. Ponzetti, R. Predonzani, A. Scarmozzino, G. Schirripa, G. Serafini, R. Siliquini, D. Stalteri, L. Tattini

**Comitato di redazione:** A. Appicciafuoco, M. Chittaro, G. Finzi, K. Kob, I.I. Mura, O.A. Nicastro, G. Pelissero, F. Ripa, R. Siliquini

**Abbonamenti**

Italia annuo € 31,00

Europa

Paesi Extra Europei € 103,00

Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

**Grafica e impaginazione:** A&C STUDIO

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

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

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

**CSST**  
CERTIFICAZIONE  
EDITORIA  
SPECIALIZZATA E TECNICA

Testata volontariamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento CSST Certificazione Editoria Specializzata e Tecnica Certificazione B2B

Per il periodo 1/1/2015-31/12/2015

Periodicità: TRIMESTRALE

Tiratura media: 4.625

Diffusione media: 4.413

Certificato CSST n. 2015-2556

Società di Revisione: FAUSTO VITTUCCI

associato a:

**ANES** ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA DI SETTORE

Aderente a: Confindustria Cultura Italia

# Il sistema ospedale territorio

## Riassunto

Scopo del lavoro è una riflessione sulle possibilità di gestione degli ambiti di maggiore criticità per il percorso del paziente, specialmente in peculiari situazioni patologiche, e delle opportunità per migliorare appropriatezza degli interventi sanitari e sicurezza delle cure attraverso l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali. L'attuazione dei vari possibili modelli di gestione integrata può garantire una risposta più efficace agli attuali bisogni di salute dei cittadini, coniugando efficacia, rapidità di intervento, appropriatezza e coerente gestione delle risorse.

## INTRODUZIONE

“I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione del governo clinico e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, nonché gli impegni che discendono dall'appartenenza alla comunità europea e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate”. DL 70/2015

## CONTESTI DI RIFERIMENTO

I bisogni di salute sono negli ultimi anni diventati sempre più complessi, in rapporto a variabili di tipo epidemiologico, demografico e sociale, che in un'interazione sfaccettata e complessa stanno delineando nuovi ambiti di intervento sanitario, correlati a:

- Maggiore frequenza e diffusione di patologie ad andamento cronico di rilevante impatto assistenziale;
  - Aumento della longevità della popolazione nei Paesi occidentali;
  - Incremento delle problematiche legate alla comorbilità in età avanzata, quali ad esempio la gestione di terapie multi farmaco in una fascia di età particolarmente fragile;
  - Maggiore complessità assistenziale in presenza di gradi di variabile non autosufficienza.
- In parallelo al cambiamento di contesto e delle caratteristiche di popolazione si sono aggiunti all'attenzione della politica sanitaria nuovi obiettivi sfidanti, quali ad esempio la gestione efficace delle patologie acute tempo-dipendenti, in cui il fattore logistico-organizzativo, incidendo sui tempi di risposta dell'Organizzazione, può sensibilmente modificare l'esito e la risposta in termini di salute e qualità della vita a

---

**Cristina Sideli**

*Ginecologa. Valutatore sistemi qualità e accreditamento*

### PAROLE CHIAVE:

Standards ospedalieri, Hub&Spoke, Servizi territoriali, Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA), Telemedicina, Information and Communication Technologies (ICT).

breve, medio e lungo termine. Pensiamo ad esempio alla gestione del politraumatizzato, o dell'evento vascolare acuto.

Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione all'appropriatezza delle cure costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale, quali a titolo di esempio:

- L'inversione della piramide demografica: aumenta la popolazione anziana a fronte di una contrazione delle nascite;

- L'invecchiamento medio della popolazione: la maggiore potenzialità di cura e soluzione dei problemi di salute in acuto determina la maggiore evidenza di patologie croniche ad elevato peso assistenziale;

- La transizione epidemiologica e le malattie della "terza fase";

- La "cronicità" e non autosufficienza determinano una ulteriore nuova dimensione dell'assistenza;

- La destrutturazione della società tradizionale: famiglia, identità e reti sociali hanno di fatto determinato una sostanziale modifica del concetto di assistenza tradizionale domiciliare fondato sulla relazione affettiva, anche per l'introduzione di modalità assistenziali di lungo termine ed a medio-elevato contenuto tecnico-professionale.

## SISTEMA OSPEDALE

Con l'applicazione in programmazione regionale del Decreto Legislativo 70/2015 è stata di fatto avviata in Italia la fase applicativa del processo di riassetto strutturale e di **qualificazione della rete assistenziale ospedaliera**, che insieme al rilancio degli interventi di prevenzione primaria e secondaria e al potenziamento delle cure primarie territoriali, costituisce una fondamentale linea programmatica di cui il SSN si è dotato per affrontare le sfide assistenziali dei prossimi anni poste dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento sanitario negli ultimi decenni. In questa logica di promozione della qualità dell'assistenza, della sicurezza delle cure, dell'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternati-

ve al ricovero ospedaliero quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza. La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del S.S.N. nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate. Il raggiungimento di tali obiettivi richiede la realizzazione di un sistema basato da un lato sull'**integrazione tra i servizi ospedalieri**, dall'altro sull'**integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali**.

L'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui sono radicati.

In una moderna visione integrata dell'assistenza sanitaria il Sistema Ospedaliero deve assolvere alla funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali da patologie acute in ambito medico o chirurgico, che comportino rilevante compromissione funzionale e che richiedano un contesto ad elevata professionalità con ausilio di tecnologie e competenze specifiche, in grado di affrontare, in maniera adeguata peculiari esigenze sanitarie sia acute che post-acute e riabilitative.

Le principali caratteristiche di un presidio ospedaliero, indipendentemente dal volume di attività e dai livelli di assistenza erogati dovranno pertanto essere:

- Intensività assistenziale

- Orientamento alla produzione di prestazioni

- Gestione controllata dell'efficienza

- Accentramento per bacini di utenza

- Valorizzazione delle eccellenze.

Oltre alla gestione del percorso diagnostico e terapeutico in acuto del problema clinico, l'organizzazione ospedaliera deve assicurare al paziente dall'accettazione alla dimissione l'allocazione appropriata presso i presidi che

dispongano di adeguato contesto organizzativo e professionale, individuando, attraverso una logica di rete, i poli di eccellenza a livello nazionale, all'interno di una logica solidaristica tra regioni in casi di particolare complessità (tipico l'esempio già attivo in campo trapiantologico).

L'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere deve tenere conto delle specificità di contesto, del bacino di utenza, del n° di posti letto sulla base del tasso di ospedalizzazione per specialità e della complessità ed intensità di cure. Il DM 2015/70 individua gli standards qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, suddividendo le strutture in livello base, I e II livello, sulla base di criteri oggettivi, riproducibili e misurabili. Definisce inoltre i tassi di ospedalizzazione attesa in base alla singola specialità, demandando alle Regioni una propria programmazione specifica.

La necessità di garantire l'erogazione di cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza qualità e sicurezza, ottimizzando le risorse, comporta di conseguenza una riconversione di servizi, strutture ed ospedali in un contesto di rete. La valutazione delle opzioni di razionalizzazione è basata sui volumi di attività per processi assistenziali e sugli esiti, all'interno di un processo continuo di revisione sistematica della letteratura. Viene demandato alle Regioni l'obiettivo di perseguire operativamente l'integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione ad ambiti critici: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati, fornendo specifiche indicazioni relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità.

## MODELLO HUB AND SPOKE

**Il Decreto 70 prevede che le regioni organizzino la rete ospedaliera in base al modello *hub and spoke* o a equivalenti altre forme di coordinamento e di integrazione professionale.** Il modello (letteralmente: mozzo e raggi) si fonda sul presupposto che per determinate situazioni diagnostiche ed assistenziali e complessità di malattia siano necessarie compe-

tenze rare e costose che non possono essere assicurate in modo diffuso ma devono invece essere concentrate in Centri regionali di alta specializzazione a cui vengono inviati gli ammalati dagli ospedali del territorio ("servizi ospedalieri periferici").

Il modello prevede, pertanto, la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in "centri di eccellenza" (hub) e l'organizzazione dell'invio dei malati che superano la soglia di complessità degli interventi effettuabili a livello periferico. È prevista altresì, all'interno di un tavolo tecnico opportunamente istituito presso il Ministero della Salute, la ridefinizione e l'aggiornamento di standards specifici per l'alta specialità.

## RETE OSPEDALIERA

All'interno della riorganizzazione del disegno complessivo dell'assistenza ospedaliera è prevista l'articolazione delle reti di strutture di diverso livello di cure ed intensità assistenziale in base alla patologia; lo scopo è quello di creare o migliorare l'integrazione tra attività ospedaliera per acuti e post-acuti e l'attività dei servizi sul territorio. Alcune delle reti individuate sono a titolo esemplificativo la gestione dell'IMA, dell'ictus, del trapianto, del paziente oncologico e dei trapianti.

La riorganizzazione della rete ospedaliera nei termini previsti dal legislatore risulta però insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero se nella logica della continuità assistenziale non viene previsto in parallelo il potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza o mancata organizzazione in rete ha ripercussioni sia sulla qualità delle cure erogate sia sull'appropriatezza dei ricoveri. L'integrazione funzionale tra rete ospedaliera e rete territoriale riveste un ruolo centrale nel regolamentare i flussi in entrata ed in uscita dall'ospedale. A monte del ricovero, i servizi territoriali possono ridurre i ricoveri inappropriati ed indirizzare correttamente i bisogni assistenziali; per quanto riguarda i flussi in uscita e l'auspicabile processo di deospedalizzazione, la rete territoriale efficiente ed organizzata consente dimissioni protette in grado di assicurare anche al di fuori del presidio ospedaliero qualità e sicurezza delle cure.

## CONTINUITÀ OSPEDALE TERRITORIO: AMBITI E MODALITÀ

1. Programmi di dimissione protetta o assistita dedicati a pazienti che richiedono continuità di cura in fase post-acuta ma per i quali non è più necessaria l'intensità terapeutico-assistenziale in regime di ricovero.

2. Gestione della fase acuta a domicilio, tramite attivazione di gruppi multidisciplinari o programmi di ospedalizzazione a domicilio.

3. Creazione di Strutture Intermedie, a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, per pazienti che necessitano di consolidare le condizioni fisiche in fase di dimissione, continuare il recupero funzionale o essere accompagnati in condizioni di temporanea o stabile "fragilità" individuale e sociale o in caso di necessità di ambiente protetto. Un modello auspicato dal Legislatore è il cosiddetto Ospedale di comunità, struttura con limitato numero di posti letto, gestito da personale infermieristico, la cui responsabilità organizzativa e gestionale fa capo al Distretto, che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. La presa in carico dei pazienti può avvenire dal domicilio, dalle strutture assistenziali protette, dall'ospedale di riferimento, dal Pronto Soccorso o dal MMG.

4. Altro modello possibile di gestione efficace ed efficiente del processo di cure in ottica di sistema ospedale - territorio è il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale. Il Decreto 70 a tal proposito fornisce indicazioni, in linea con quelle provenienti dall'Unione Europea, finalizzate a sollecitare specifici percorsi di integrazione terapeutici assistenziali quale, ad esempio, la presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso unità interdisciplinari (*breast unit*), nonché di quelle di cui al documento di indirizzo nazionale avente ad oggetto la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, elaborato dal gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della salute, Regioni e PA ed esperti di Agenas e di società scientifiche.

5. **Rimodulazione della Rete dell'emergenza urgenza con nuove indicazioni programmatiche ed organizzative**, con specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso.

## SISTEMA TERRITORIO

Il pieno soddisfacimento dei bisogni assistenziali come già ribadito è funzione della riorganizzazione dei servizi ed è altresì rivolta ad ottimizzare l'appropriatezza delle risposte fornite dalle diverse reti assistenziali. L'obiettivo è quello di garantire la centralità delle persone nell'ambito di tali reti integrate e coordinate fra loro, di far fronte nel modo più adeguato a bisogni di salute sempre più complessi, generati dalla crescente diffusione di patologie croniche a rilevante impatto sociale e di conciliare le esigenze di equità e di solidarietà con il quadro delle risorse disponibili. Nell'ambito di tale processo in atto, le Regioni individuano fra le proprie strategie prioritarie il rafforzamento e la riqualificazione della rete territoriale, realizzando nel contempo la massima integrazione fra le funzioni sanitarie e quelle sociali destinate a garantire il percorso complessivo di presa in carico della persona, a garanzia della continuità assistenziale. Fra le linee di azione a fondamento di tale processo, individuate nell'ambito del vigente quadro normativo e programmatico nazionale e regionale, emergono la valorizzazione ed il consolidamento:

- del ruolo del Distretto quale articolazione organizzativa ed operativa fondamentale dell'ASL per il governo della rete territoriale;

- del ruolo del sistema dell'Assistenza primaria, quale primo livello clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario regionale, competente a garantire la continuità delle cure attraverso il rapporto diretto con la popolazione, la presenza capillare sul territorio distrettuale e la funzione di filtro, integrazione e coordinamento rispetto alla risposta specialistica ed ospedaliera.

L'Assistenza primaria si caratterizza per l'estensività assistenziale orientata ai processi di cura e presa in carico globale della persona, il presidio dell'efficacia e dei risultati ed il decentramento logistico del setting assistenziale al fine di creare una medicina cosiddetta proattiva verso l'utente, con la partecipazione ove possibile anche di associazioni di pazienti e altre aggregazioni di volontariato presenti capillarmente sul territorio.

Tale percorso di rimodulazione della rete territoriale si colloca nel seguente contesto norma-

tivo nazionale e regionale:

■ decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, contenente gli indirizzi di riferimento rispetto alle funzioni, al ruolo ed al modo di operare del distretto (articoli 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies).

In particolare viene demandato alle Regioni il compito di disciplinare l'organizzazione del distretto in modo da garantirne alcune funzioni fondamentali, quali:

1. *“l’assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l’approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici”;*

2. il coordinamento fra MMG e strutture operative a gestione diretta, servizi specialistici ambulatoriali e strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere accreditate;

3. l'erogazione delle prestazioni afferenti all'area socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria.

4. Il riordino dell'Assistenza primaria, comprendenti la medicina generale intesa in tutti le sue funzioni e la pediatria di territorio, mediante lo sviluppo dei modelli di associazionismo già previsti dal vigente contratto nazionale per la medicina generale (Aggregazioni Funzionali Territoriali), con il distretto che svolge un ruolo di governo e di coordinamento territoriale;

5. il potenziamento della rete territoriale attraverso la realizzazione di strutture polifunzionali distrettuali prioritariamente destinate all'assistenza continuativa, nell'arco dell'intera giornata, alle cronicità e alla risoluzione di problematiche cliniche a bassa complessità ed intensità assistenziale.

Inoltre nel Decreto 2.4.2015, n. 70, “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, con particolare riferimento al punto 10 “Continuità ospedale-territorio” si prevede che le Regioni procedano, contestualmente alla riorganizzazione della rete ospedaliera, al riassetto dell'assistenza primaria, all'organizzazione in rete delle strutture territoriali: intervento fondamentale per garantire una risposta continuativa sul territorio ed un utilizzo appropriato dell'ospedale. Si pone in particolare l'accento sulla chiara individuazione dei centri

di responsabilità e delle relative competenze in ordine al governo della rete dei servizi presenti sul territorio; sulla trasversalità e l'intersectorialità nel governo del territorio, al fine di perseguire concretamente l'integrazione tra medicina specialistica e medicina di territorio, le quali devono essere interagenti e complementari, all'interno del percorso di presa in carico e continuità assistenziale delineato per ogni paziente, in base alla valutazione del bisogno clinico-assistenziale in forma multiprofessionale e in un'ottica multidisciplinare. Un tale cambiamento strutturale e organizzativo determinerà una inevitabile redistribuzione delle risorse che può essere oggettivamente ed equamente effettuata attraverso la valutazione dei volumi e della strategicità delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici. L'attesa razionalizzazione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione, consentirà incrementi di produttività che si tradurranno in un netto miglioramento del S.S.N. nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate. Non si possono infatti trascurare gli aspetti più volte ribaditi dal legislatore legati alla razionalizzazione dell'allocazione delle risorse e alla spending review, la definizione dei LEA e dei piani di rientro per le Aziende sanitarie, concetti che necessariamente nel settore sanitario correlano con la ricerca ed il controllo dell'appropriatezza in tutte le fasi del percorso di cura.

## SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA: POSSIBILITÀ DI INNOVAZIONE

Il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT) ha consentito l'introduzione di una particolare modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, la Telemedicina, che consente la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico in forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, diagnosi, cura e monitoraggio dei pazienti. È una forma di interfaccia comunicativa che integra senza ovviamente sostituirle le prestazioni sanitarie tradizionali, potendo migliorarne efficacia, efficienza ed appropriatezza senza movimentare il paziente. Coinvolge componenti tecnologiche e professionali e può in casi selezionati concorrere a quel flus-

so informativo che sottende necessariamente all'integrazione tra reti ospedaliere e servizi territoriali, focalizzando l'attenzione sulla centralità del paziente. Uno dei principali ambiti di applicazione è la continuità delle cure e del monitoraggio in particolare nella gestione della cronicità e della fase post-ospedaliera di acuzie, consentendo di supportare una modalità operativa a rete/PDPA. Concorre inoltre a fornire soluzioni tecnologiche avanzate di monitoraggio in remoto a fini di de-ospedalizzazione precoce e relativa presa in carico a livello territoriale. Altro possibile ambito di interesse è la tele-cooperazione sanitaria che consiste nella possibilità di fornire assistenza da parte dello specialista ad altro medico od operatore sanitario impegnato in un intervento in emergenza. Lo scopo è la riduzione dei tempi e il miglioramento dell'appropriatezza delle terapie, laddove tali parametri impattino sensibilmente sugli esiti. Anche nell'ambito delle nuove forme di aggregazione tra MMG per garantire la continuità assistenziale, la Telemedicina e la Teleassistenza rappresentano un supporto all'efficacia dell'operatività.

## CONCLUSIONI

In tutti i paesi a maggiore sviluppo sta maturando sempre di più l'esigenza di fornire nuove e migliori risposte alle esigenze dei pazienti con patologie croniche e/o affetti da pluripatologie. Tale percorso condiziona fortemente le politiche economiche e i processi di programmazione sanitaria. L'obiettivo strategico è quello di realizzare un approccio più adeguato ai bisogni del cittadino, fornendo al paziente fragile servizi, professionalità e tecnologie nel proprio ambiente sociale senza costringerlo a percorsi molto gravosi per lui, per i suoi cari e per la comunità. Tale percorso di riorganizzazione si articola attraverso il consolidamento di principi quali:

- la centralità del paziente e della persona;
- la razionalizzazione dei percorsi per le cronicità;
- la tempestività di intervento ed il miglioramento dell'efficienza;
- il coordinamento degli interventi, specie per quanto attiene ai processi di integrazione socio-sanitaria;
- l'elaborazione di percorsi di cura basati su evidenze scientifiche;

- la semplificazione e la trasparenza organizzativa;

- l'informazione e la partecipazione del paziente e delle famiglie al processo di cura;

- l'integrazione delle attività sanitarie con i servizi sociali comunali e del terzo settore.

Obiettivi dell'integrazione delle cure e dell'assistenza all'interno di un Sistema Ospedale Territorio sono da un lato la corretta presa in carico del cittadino in tutte le fasi e passaggi del suo percorso di salute, dall'altra la continuità delle cure con livelli di intensità degli interventi modulati dall'ospedale al territorio e viceversa.

Ciò rappresenta un obiettivo di cultura sanitaria e di "civiltà assistenziale" nella misura in cui evita inutili e dispendiosi passaggi del paziente tra i vari soggetti erogatori del S.S.N., e restituisce a tutti i cittadini un più giusto, efficace ed equo approccio alla salute.

## BIBLIOGRAFIA

1. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i.,
2. Legge 8 novembre 2012, n. 189,
3. Legge 7 agosto 2012, n. 135, art.15,
4. Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano recante
5. "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla
6. continuità assistenziale", sancito il 7.2.2013,
7. Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sancita il 10.7.2014;
8. Decreto Legislativo 2.4.2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
9. Accordi collettivi nazionali per la medicina convenzionata del 27.5.2009 e del 10.3.2010-Accordo Stato-Regioni/Province Autonome del 7.2.2013 recante "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale"
10. Intesa Stato-Regioni/Province Autonome del 10.7.2014 contenente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, con particolare riferimento all'art. 5 "Assistenza territoriale"
11. Telemedicina: Linee di indirizzo Nazionali Ministero della Salute

# Controllo della contaminazione da Legionella mediante monoclorammina. In Sicilia l'esperienza positiva in due ospedali.

## Riassunto

In Sicilia è stata per la prima volta valutata l'efficacia contro *Legionella pneumophila* della monoclorammina nella bonifica degli impianti di distribuzione dell'acqua calda sanitaria di due nosocomi. Prima dell'avvio della disinfezione mediante monoclorammina, il 100% dei punti esaminati risultava positivo a *L. pneumophila*. Dopo 1 mese dall'avvio della disinfezione, in entrambi gli ospedali la percentuale dei punti positivi era pari a 0%. I parametri chimico-fisici, nonché la concentrazione dei sottoprodotti della disinfezione in entrambi gli ospedali sono rimasti invariati. L'applicazione in continuo della monoclorammina nella sola acqua calda sanitaria si è dimostrata estremamente efficace nel controllo a breve, medio e lungo termine della colonizzazione degli impianti da parte di *L. pneumophila*.

**Maria Anna Coniglio<sup>1</sup>, Nunzia Andolfi<sup>2</sup>,  
Giuseppina Faro<sup>3</sup>, Maria Beatrice Pellegrino<sup>2</sup>,  
Angela Sgalambro<sup>2</sup>, Giuseppe D'Aquila<sup>4</sup>,  
Alfio Spina<sup>5</sup>, Stefano Melada<sup>6</sup>**

1. Laboratorio di riferimento regionale per la sorveglianza ambientale, clinica e il controllo della legionellosi – Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate “G.F. Ingrassia” – 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. Sanipur srl, Flero (Brescia) Direttore Generale Asp di Caltanissetta: Ida Grossi

## PAROLE CHIAVE:

Ospedali, Legionella, monoclorammina

## INTRODUZIONE

*Legionella* è un microrganismo di estremo interesse nell'ambito della Sanità Pubblica per la sua presenza ubiquitaria negli impianti di distribuzione dell'acqua e per la sua capacità di determinare casi di infezione e di malattia in ospiti suscettibili quali, per esempio, i pazienti lungodegenti.

I fattori che facilitano la colonizzazione degli impianti da parte di *Legionella* comprendono la temperatura dell'acqua, l'ostruzione delle tubazioni e, di conseguenza, il ristagno di acqua nell'impianto, la formazione di biofilm, nonché la presenza di protozoi, all'interno dei quali le legionelle vivono e si moltiplicano ponendosi al riparo dai disinfettanti. Pertanto, il controllo della colonizzazione degli impianti ad opera di *Legionella* prevede necessariamente l'individuazione di un adeguato sistema di disinfezione.

Attualmente, la clorazione dell'acqua - intesa come clorazione in continuo con ipoclorito o come disinfezione mediante biossido di cloro - costituisce il sistema di disinfezione degli impianti più ampiamente utilizzato. Tuttavia, è stato osservato che errori di dosaggio o discontinuità nel trattamento possono comportare la comparsa di stipiti di *Legionella* cloro-resistenti [1]. Inoltre, in Europa, la ionizzazione rame-argento, altro metodo ampiamente utilizzato anche in Italia, non è più consentita dal 1° febbraio 2013 [2].

Fra i disinfettanti di più recente applicazione, la monoclorammina sembra la più efficace nel controllo di *Legionella* negli impianti di distribuzione dell'acqua calda sanitaria [3-5]. Tenuto conto di tali dati di letteratura, il presente studio ha avuto l'obiettivo di verificare, per la prima volta in Sicilia, l'efficacia della monoclorammina in due nosocomi fortemente contaminati da *Legionella*.

## METODI

### Background

Sono stati presi in considerazione due ospedali della Sicilia orientale: l'ospedale "Umberto I" (Siracusa) e il "Nuovo Ospedale di Lentini" (Lentini, Siracusa). L'ospedale "Umberto I", un vecchio nosocomio costruito nel periodo 1930-1960 del secolo scorso, è composto da due edifici di 5 piani ciascuno. Il "Nuovo Ospedale di Lentini" è un monoblocco di 5 piani, costruito alla fine degli anni '90 ma messo in funzione nel 2012. Entrambi gli ospedali ricevono acqua clorata da due differenti acquedotti municipali. In entrambi gli ospedali l'acqua calda sanitaria è prodotta in bollitori con accumulo (a Siracusa, 2 bollitori da 2.000L ciascuno e a Lentini 3 bollitori da 5.000L ciascuno) e distribuita attraverso impianti idrici con ricircolo (2 impianti a Siracusa e 1 impianto a Lentini).

In entrambi gli ospedali, nel 2012 il *Laboratorio di riferimento regionale per la sorveglianza ambientale, clinica e il controllo della legionellosi*, di concerto con il Laboratorio di Sanità Pubblica della Azienda Sanitaria Provinciale - ASP8 - di Siracusa, avviò un piano di monitoraggio attivo per verificare il livello di colonizzazione degli impianti. In totale furono raccolti 148 campioni di acqua calda sanitaria (96 all'ospedale "Umberto I" e 52 al "Nuovo Ospedale di Lentini"). In entrambi gli ospedali il campionamento prevedeva i seguenti punti di prelievo: bollitori, ricircoli, rubinetti e docce selezionati sulla base della distanza dalla centrale di produzione dell'acqua calda e sul livello di rischio delle utenze servite. La strategia di monitoraggio prevedeva, inoltre, di campionare almeno una Unità Operativa (U.O.) per ciascun piano in entrambi gli ospedali e di ripetere i controlli nei medesimi punti di prelievo almeno una volta ogni 4 mesi.

L'isolamento di *L. pneumophila* in entrambi gli ospedali comportò successivamente l'adozione di una strategia di controllo combinata che includeva: l'aumento della temperatura dell'acqua prodotta nei bollitori; l'esecuzione di iperclorazioni shock; l'installazione di filtri terminali nei reparti a rischio e, nel 2013, solo nel "Nuovo Ospedale di Lentini", la disinfezione in continuo dell'acqua mediante perossido di idrogeno ( $H_2O_2$ ). Tuttavia, nonostante le misure intraprese, in entrambi gli ospedali persistevano elevati livelli di colonizzazione degli impianti.

Si decise, pertanto, di provare la disinfezione dell'acqua calda sanitaria mediante monoclorammina. Nel mese di febbraio 2014 vennero installati in totale 3 impianti generatori di monoclorammina brevettati Sanikill (Sanipur Srl, Brescia, Italia): 2 all'ospedale "Umberto I" (uno per ciascuna centrale di produzione dell'acqua calda sanitaria) e 1 al "Nuovo Ospedale di Lentini".

### Raccolta dei campioni

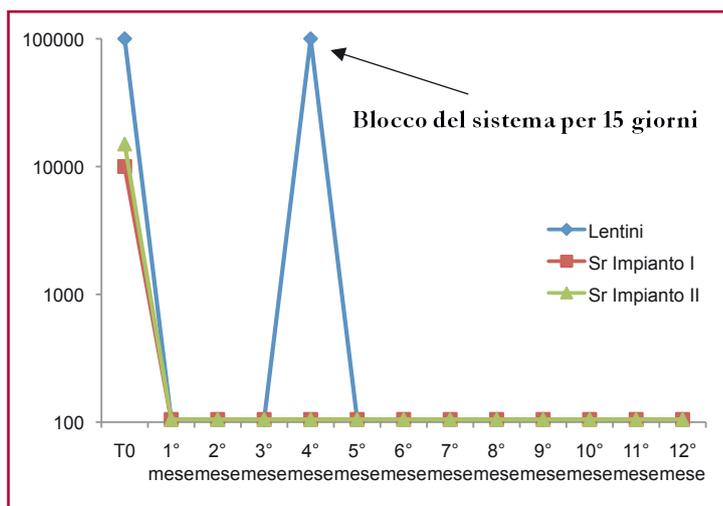
Dopo l'inizio della disinfezione dell'acqua calda sanitaria mediante monoclorammina, fra gennaio 2014 e gennaio 2015, in totale furono raccolti 387 campioni di acqua calda (244 all'ospedale "Umberto I" e 143 al "Nuovo Ospedale di Lentini"). Il campionamento, mensile e sempre negli stessi punti di prelievo, prevedeva anche la misurazione della temperatura dell'acqua e la determinazione dei livelli di cloro e sottoprodotti (cloro libero, monoclorammina e ione ammonio, nitriti, nitrati; DPD Free, Monochlor-F, Nitriver 5, Nitriver methods, HACH Company, USA,). In accordo con le Linee Guida Italiane per la Prevenzione della Legionellosi [6], il campionamento dell'acqua nei bollitori e dai punti di ricircolo prevedeva 5 minuti di flussaggio e flambatura, mentre l'acqua di rubinetti e docce veniva prelevata direttamente all'apertura dei terminali e raccolta in bottiglie sterili da 1L addizionate di tiosolfato di sodio per inattivare i residui di cloro e di monoclorammina. Infine, i campioni di acqua, trasportati secondo quanto stabilito dalle procedure ISO 19458 [7], venivano immediatamente trasferiti in laboratorio per la esecuzione delle analisi microbiologiche.

### Analisi microbiologiche

I campioni di acqua venivano analizzati entro 12 ore dall'arrivo in laboratorio per la rilevazione della carica batterica totale (CBT) a 22°C [8] e per l'isolamento di *Legionella* [9].

### Analisi chimiche e fisiche

Per ogni campione di acqua venivano rilevati i seguenti parametri fisici: temperatura (in °C), pH e potenziale redox. I parametri chimici, rilevati prima della disinfezione dell'acqua con monoclorammina e successivamente, comprendevano: durezza totale; cloro libero e cloro totale; ione ammonio; nitriti e nitrati.



**Figura 1** – Concentrazioni medie di *L. pneumophila* prima e dopo disinfezione con monocloramina

## RISULTATI

Nel 2012, all'inizio del programma di monitoraggio, e cioè 2 anni prima dell'avvio della disinfezione dell'acqua mediante monocloramina, in entrambi gli ospedali considerati era stata rilevata una massiccia colonizzazione degli impianti di acqua calda ad opera di *L. pneumophila* di sierogruppo 3 (SG3) all'ospedale "Umberto I" e di sierogruppo 6 (SG6) al "Nuovo Ospedale di Lentini". La colonizzazione riguardava il 100% dei punti di campionamento, con valori di concentrazione media compresi fra  $10^3$  e  $10^5$  UFC/L e CBT a  $22^\circ\text{C}$  compresa fra  $10^2$  e oltre  $10^4$  UFC/ml.

Tenuto conto di tali livelli di colonizzazione, la temperatura dell'acqua prodotta nei bollitori in entrambi gli ospedali fu immediatamente elevata da  $55-60^\circ\text{C}$  a  $65-70^\circ\text{C}$ . Ciò comportò la rapida ma temporanea riduzione dei siti positivi per *Legionella* e CBT. Infatti, dopo appena 1 mese dall'innalzamento delle temperature di produzione dell'acqua sanitaria, i livelli di colonizzazione ritornarono ai valori precedenti. Per tale motivo, si procedette alla esecuzione di iperclorazioni shock (ipoclorito di sodio a concentrazioni di 50ppm per 1 ora) che, tuttavia, risultarono inefficaci nel breve termine tenuto conto del fatto che la carica di *Legionella* e la CBT in entrambi gli ospedali tornarono ai valori precedenti dopo circa 3 mesi. In totale vennero eseguite 4 iperclorazioni shock fra il 2012 e il 2013 in entrambi gli ospedali. Inoltre, nelle U.O. a più elevato

rischio (ematologia; UTIN; oncologia) furono installati i filtri terminali (filtri sterili da 0.2 mm). I filtri si dimostrarono immediatamente efficaci in quanto furono in grado di ridurre la colonizzazione nel 100% dei siti campionati, ma estremamente costosi, vista la necessità di sostituirli ogni 30 giorni. Infine, nel 2013 nel "Nuovo Ospedale di Lentini" si procedette con la disinfezione dell'acqua mediante  $\text{H}_2\text{O}_2$  a concentrazioni massime di 17 mg/L, così come previsto dalla normativa europea EN902:2009 [10]. Tale metodo, tuttavia, si rivelò scarsamente efficace stante la persistenza della massiccia colonizzazione di tutti i siti di prelievo, ad esclusione delle U.O. nelle quali erano stati installati i filtri terminali.

La disinfezione mediante biossido di cloro non venne tenuta in considerazione per il dimostrato effetto corrosivo di tale disinfettante sulle tubazioni presenti nei nosocomi [11-15]. Inoltre, venne pure scartata la possibilità di utilizzare acido peracetico o raggi U.V. per la loro documentata inefficacia nel controllare livelli di colonizzazione massiccia [16-18]. Tenuto conto di quanto detto e in considerazione del fatto che dati di letteratura scientifica dimostrano ampiamente l'efficacia della monocloramina contro *Legionella* [3-5], nel gennaio 2014 si decise di adottare tale disinfettante per la bonifica degli impianti di acqua calda sanitaria in entrambi gli ospedali considerati.

In totale, furono installati 3 impianti generatori di monocloramina: 2 all'ospedale "Umberto I" (uno per ciascun edificio) e 1 al "Nuovo Ospedale di Lentini". In una fase iniziale la monocloramina venne dispensata a concentrazioni di 3 mg/L per 30 giorni con l'obiettivo di disinfettare gli impianti. Successivamente, il dosaggio venne abbassato a circa 2.0 - 2.5 mg/L e controllato da remoto mediante il continuo monitoraggio dei più significativi parametri chimico-fisici. La tecnologia Sani-kill consente la produzione di monocloramina direttamente in acqua calda sanitaria e il controllo dei sottoprodotti che si possono generare (ioni ammonio, nitriti, nitrati, THM, N-nitrosammine). Questo non è possibile con gli impianti tradizionali che producono monocloramina al di fuori del circuito idrico-sanitario.

Come evidenziato dalla Figura 1, dopo appena 1 mese dalla disinfezione in continuo

dell'acqua mediante monoclorammina, in tutti i punti di prelievo di entrambi gli ospedali venne registrato l'abbattimento della carica di *Legionella*, così come della CBT a 22°C. In particolare, al “Nuovo Ospedale di Lentini”, dopo solo 1 settimana dall'avvio della disinfezione con monoclorammina, la percentuale dei siti di prelievo positivi per *Legionella* si ridusse ad appena l'8%, con una carica di *L. pneumophila* SG6 inferiore a 10<sup>3</sup> UFC/L. Nello stesso ospedale, tuttavia, a causa della interruzione per circa 15 giorni della erogazione del disinfettante, la carica di *Legionella* tornò ad elevarsi in tutti i punti di prelievo a valori maggiori di 10<sup>5</sup> UFC/L. I siti di campionamento ritornarono però negativi dopo 15 giorni circa dalla messa nuovamente in funzione dell'impianto (Figura 1). Infine, la disinfezione dell'acqua mediante monoclorammina non comportò modifiche del pH (range 7.8-8.5) né delle caratteristiche chimiche dell'acqua (Tabella 1).

## CONCLUSIONI

Dodici mesi di disinfezione dell'acqua calda sanitaria di due ospedali fortemente contaminati da *Legionella* hanno fornito risultati altamente soddisfacenti. Infatti, le misure di controllo adottate in precedenza hanno dimostrato di essere insufficienti (aumento della temperatura dell'acqua prodotta nei bollitori e iperclorazioni shock), efficaci ma troppo costose (filtri terminali) o del tutto inefficaci (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) nel controllo dei livelli di colonizzazione degli impianti considerati. Per contro, in accordo con quanto già rilevato da altri Autori sia in Italia [4, 5], sia negli USA [3], nel nostro studio la disinfezione dell'acqua calda sanitaria mediante monoclorammina ha dimostrato di essere efficace sin dall'inizio, stante che nel “Nuovo Ospedale di Lentini”, dopo appena 1 settimana dall'avvio della disinfezione, la percentuale dei siti positivi per *Legionella* e CBT si è ridotta all'8%. Inoltre, il fatto che la interruzione temporanea della erogazione del disinfettante abbia comportato al “Nuovo Ospedale di Lentini” la elevazione della carica di *Legionella* (da 10<sup>2</sup> a 10<sup>3</sup> CFU/L), suggerisce la necessità di mantenere sempre attivo il sistema di disinfezione mediante monoclorammina per ridurre il rischio di legionellosi nosocomiale. Infine, la valutazione dei costi-benefici per-

Ospedale	Impianto	Ammonio NH <sub>4</sub> <sup>+</sup> (limite 0.50 ppm)						
		febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto
Umberto I	Blocco 1	0.00	0.05	0.43	0.22	0.14	0.08	0.50
	Blocco 2	0.05	0.00	0.50	0.36	0.38	0.13	0.22
Lentini		0.05	0.48	0.32	0.29	0.25	0.21	0.44

Ospedale	Impianto	Nitriti NO <sub>2</sub> <sup>-</sup> (limite 0.50 ppm)						
		febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto
Umberto I	Blocco 1	0.025		0.019		0.017		0.027
	Blocco 2	0.019		0.024		0.009		0.007
Lentini		0.025		0.002		0.040		0.011

Ospedale	Impianto	Nitrati NO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (limite 50 ppm)						
		febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto
Umberto I	Blocco 1	29.0		13.2		9.0		13.7
	Blocco 2	30.0		10.6		8.7		15.9
Lentini		17.0		9.6		4.6		13.7

NOTE: concentrazioni espresse in ppm

**Tabella 1** – Livelli di ammonio, nitrati e nitriti prima e dopo il trattamento dell'acqua calda sanitaria con monoclorammina

mette di affermare che l'intero sistema di controllo è efficace anche sotto il profilo economico. Infatti, l'applicazione del disinfettante ha consentito di ridurre nuovamente le temperature di produzione dell'acqua calda sanitaria da 65-70°C a 60°C, comportando un risparmio di circa 4.164,00 € all'anno per il “Nuovo Ospedale di Lentini” e di 7.988,00 € all'anno per l'ospedale “Umberto I” per i soli costi energetici. Tali cifre possono essere sufficienti per ammortizzare la spesa relativa all'installazione degli impianti generatori di monoclorammina. Non è stato purtroppo possibile calcolare il risparmio relativo alla riduzione del rischio di infezione, stante che nel periodo di osservazione in nessuno dei due ospedali considerati sono stati notificati casi di legionellosi nosocomiale. Ciò è verosimilmente da ricondurre al fatto che *L. pneumophila* SG3 e SG6 sono meno frequentemente associate a casi di legionellosi rispetto a SG1 [20].

In conclusione, il nostro studio dimostra che la disinfezione dell'acqua calda sanitaria con monoclorammina a concentrazioni di 2.0-2.5 mg/L è efficace nel controllare il livello di colonizzazione da *Legionella* in impianti fortemente contaminati, senza modificare la composizione chimico-fisica dell'acqua e senza alterare i parametri relativi alla sua potabilità.

### Dichiarazione di conflitto di interessi

Il Dr. Stefano Melada, responsabile del settore Ricerca e Sviluppo dell'Azienda Sanipur Srl, ha

contribuito apportando il supporto tecnico e scientifico necessario per la pianificazione dello studio. Si dichiara che il Dr. Stefano Melada non ha partecipato ad alcun campionamento, né alla esecuzione delle indagini per la ricerca di *Legionella*. Si dichiara, altresì, che gli Autori non hanno percepito alcun compenso per la esecuzione dello studio.

## BIBLIOGRAFIA

1. Casini, B.; Valentini, P.; Baggiani, A.; Torracca, F.; Frateschi, S., et al. Molecular epidemiology of *Legionella pneumophila* serogroup 1 isolates following long-term chlorine dioxide treatment in a university hospital water system. *J Hosp Infect*, 2008, 69(2),141-147.
2. Regulation (EU) no 528/2012 of the European parliament and of the council of 22 may 2012. Official Journal of the European Union; L 167/1; 27.06.2012. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri>. Accessed September 10, 2014.
3. Kandiah, A.; Yassin, M.H.; Hariri, R.; Ferrelli, J.; Fabrizio, M.; Porter, L., et al. Control of *Legionella* contamination with monochloramine disinfection in a large urban hospital hot water system. *Am J Infect Control*, 2012, 40(5),e84.
4. Marchesi, I.; Cencetti, S.; Marchegiano, P.; Frezza, G.; Borella, P.; Bargellini, A. Control of *Legionella* contamination in a hospital water distribution system by monochloramine. *Am J Infect Control*, 2012, 40(3), 279-281.
5. Casini, B.; Buzzigoli, A.; Cristina, M.L.; Spagnolo, AM; Del Giudice, P.; Brusaferrero, S., et al. Long-term effects of hospital water network disinfection on *Legionella* and other waterborne bacteria in an Italian university hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2014, 35(3),293-299.
6. Italian guidelines for prevention and control of legionellosis G.U. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie generale, n.103. 2000.
7. ISO (International Standard Organization) 2006. ISO 19458:2006 Water Quality - Sampling for Microbiological Analysis. International Organization for Standardization, Geneva.
8. ISO (International Standard Organization) 1988. Water Quality. Enumeration of Viable Microorganisms. Colony Count by Inoculation in or on a Solid Medium. International 302 Standard ISO 6222, International Organization for Standardization, Geneva.
9. ISO (International Standard Organization) 1988. Water Quality Detection and Enumeration of *Legionella*. ISO 11731, Geneva.
10. European Standard EN902:2009(E). Chemicals used for treatment of water intended for human consumption - Hydrogen peroxide. CEN (Comité Européen de Normalisation) 2009. Brussels.
11. Chord, F.; Fascia, P.; Mallaval, F.; Cornillon, J.; Roesch, L.; Pozzetto, B., et al. Chlorine dioxide for *Legionella* spp. disinfection: danger for cross-linked polyethylene pipes? *J Hosp Infect*, 2011, 78(3),242-243.
12. Devilliers, C.; Fayolle, B.; Laiarinandrasana, L.; Oberti, S.; Gaudichet-Maurin, E. Kinetics of chlorine-induced polyethylene degradation in water pipes. *Polymer Degradation and Stability*, 2011, 96(7),1361-1368.
13. Yu, W.; Azhdar, B.; Andersson, D.; Reitberger, T.; Hassinen, J.; Hjertberg, T., et al. Deterioration of polyethylene pipes exposed to water containing chlorine dioxide. *Polymer Degradation and Stability*, 2011, 96(5),790-797.
14. Yu, W.; Sedghi, E.; Nawaza, S.; Hjertberg, T.; Oderkerk, J.; Costa, F.R., et al. Assessing the long-term performance of polyethylene stabilised with phenolic antioxidants Exposed to water containing chlorine dioxide. *Polymer Testing*, 2013, 32(2),359-365.
15. Zhang, Z.; Stout, J.E.; Yu, V.L.; Vidic, R. Effect of pipe corrosion scales on chlorine dioxide consumption in drinking water distribution systems. *Wat Res*, 2008, 42(1-2),129-136.
16. Hall, K.K.; Giannetta, E.T.; Getchell-White, S.I.; Durbin, L.J.; Farr, B.M. Ultraviolet light disinfection of hospital water for preventing nosocomial *Legionella* infection: a 13-year follow-up. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2003, 24(8),580-583.
17. Ditommaso, S.; Biasin, C.; Giacomuzzi, M.; Zotti, C.M., Cavanna, A.; Ruggeni Moiraghi, A. Peracetic acid in the disinfection of a hospital water system contaminated with *Legionella* species. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2005, 26(5),490-493.
18. Leoni, E.; Sacchetti, R.; Zanetti, F.; Legnani, P.P. Control of *Legionella pneumophila* contamination in a respiratory hydrotherapy system with sulfurous spa water. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2006,27(7),716-721.
19. Ditommaso, S.; Giacomuzzi, M.; Biasin, C.; Gentile, M; Maggiorotto, G.; Ruggenini Moiraghi, A, et al. Incidence of legionellosis in hospitals contaminated by *Legionella pneumophila* other than serogroup 1. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2007, 28(4),509-511.

# REGOLAMENTO della ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE

Il presente regolamento è attuativo dello statuto dell'Associazione approvato dall'Assemblea Nazionale il 10 aprile 2014

## **Art. 1 – Modalità di convocazione**

**1.1.** L'Assemblea Nazionale è convocata dal Presidente Nazionale a mezzo *e-mail*, *fax* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione straordinaria o urgente che non potrà comunque avere un preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza, oltre l'ordine del giorno stabiliti dal Direttivo Nazionale.

L'Assemblea Nazionale deve essere convocata quando se ne ravvisa la necessità o quando ne è fatta richiesta motivata da almeno 1/10 (un decimo) degli associati.

**1.2.** Il Consiglio Nazionale è convocato dal Presidente Nazionale a mezzo *fax*, *e-mail* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza, oltre l'ordine del giorno.

Il Consiglio Nazionale deve essere convocato quando se ne ravvisa la necessità, quando ne è fatta richiesta motivata da almeno 1/2 (un mezzo) dei suoi membri ovvero quando ne è deliberata la convocazione dal Direttivo Nazionale.

**1.3.** Il Direttivo Nazionale è convocato dal Pre-

sidente Nazionale a mezzo *fax*, *e-mail* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza, oltre l'ordine del giorno.

Il Direttivo Nazionale si riunisce di norma una volta ogni 3 (tre) mesi e, comunque, ogniqualvolta 1/3 (un terzo) dei suoi membri lo richieda.

**1.4.** Le richieste di convocazione straordinaria devono essere dirette al Presidente Nazionale che, verificata la sussistenza delle condizioni di cui *supra*, provvede alla redazione e alla spedizione dell'avviso di convocazione con le modalità di cui ai precedenti commi. In caso di assenza o impedimento del Presidente Nazionale provvede il Vice Presidente più anziano d'età.

**1.5.** Le Assemblee Regionali sono convocate dal rispettivo Presidente Regionale a mezzo *fax*, *e-mail* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione dell'ordine del giorno, del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza.

Le Assemblee Regionali devono essere convocate quando se ne ravvisa la necessità o quando ne è fatta richiesta motivata da almeno 1/10 (un

decimo) degli associati della rispettiva Sede Regionale, Interregionale o di Provincia autonoma e, comunque, almeno una volta all'anno.

**Art. 2 – Modalità delle elezioni**

**2.1.** L'elezione dei componenti il Direttivo Nazionale espressi dall'Assemblea Nazionale e dei membri del Collegio dei Revisori dei Conti avviene con le modalità di cui all'art. 24 dello Statuto. Ogni altra votazione in seno all'Assemblea Nazionale avviene con voto palese.

**2.2.** Ogni votazione in seno al Consiglio Nazionale avviene con votazione palese.

**2.3.** Ogni votazione in seno al Direttivo Nazionale avviene con voto palese.

**2.4.** L'elezione dei membri dei Direttivi Regionali, da parte dell'Assemblea Regionale, Interregionale o di Provincia autonoma, avviene mediante la presentazione di una o più liste chiuse ciascuna sottoscritta da almeno il 20% (venti per cento) degli iscritti con esclusione dei candidati e depositata presso la Segreteria Nazionale. La Lista deve contenere i nominativi dei soci che intendono candidarsi con la specificazione della carica da ricoprire secondo quanto previsto dal comma 2, art. 12 dello Statuto.

Ciascun candidato, regolarmente iscritto e in regola con la quota sociale, deve sottoscrivere una dichiarazione dalla quale risulti l'accettazione della candidatura e la non sussistenza delle condizioni di cui all'art. 6 dello Statuto.

Ciascuna lista deve essere corredata da un documento programmatico quadriennale recante l'indicazione degli obiettivi che si intendono perseguire e comunque deve risultare coerente con i contenuti dei documenti nazionali che sanciscono la linea di politica sanitaria che l'ANMDO intende perseguire.

Il Direttivo Nazionale, a tal fine nomina una commissione costituita dal Presidente Nazionale, dal Vice - Presidente Nazionale organizzativo, dal Segretario generale nazionale, dal Tesoriere Nazionale, da un componente del Direttivo Nazionale e dal Presidente del Collegio nazionale dei Revisori dei Conti.

Il seggio elettorale comunica al Presidente Nazionale entro 3 giorni l'esito delle elezioni regionali. Il Direttivo Nazionale approva la lista e i

documenti programmatici valutandoli sia dal punto di vista regolamentare e procedurale, che rispetto ai documenti nazionali.

Dalla data di approvazione da parte del Direttivo Nazionale, entro 30 giorni vengono espletate le elezioni con convocazione che deve avvenire con le modalità di cui al comma 1.5, art. 1 del presente Regolamento.

Nessun socio può essere candidato in più di una lista.

L'elezione avviene, predisposto il seggio elettorale, tramite votazione delle liste chiuse depositate secondo le predette modalità e votate per scrutinio palese, risultando eletti i componenti individuati nella lista che raccoglie il maggior numero di voti.

Ogni altra votazione in seno alle Assemblee Regionali avviene con voto palese per alzata di mano.

Il seggio elettorale in via ordinaria costituito nella sede dell'Assemblea Regionale è composto da 3 (tre) associati designati dall'Assemblea Regionale che dovranno sovrintendere e garantire il regolare espletamento delle operazioni preliminari al voto, della votazione e del successivo scrutinio ed è presieduto dal più anziano dei componenti del seggio elettorale stesso.

**Art. 3 – Incompatibilità**

La qualifica di componente del Direttivo Nazionale e del Collegio dei Revisori dei Conti è incompatibile con le cariche elettive regionali.

**Art. 4 – Deleghe**

**4.1.** Salvo il disposto dell'art. 13.4. dello Statuto, le deleghe per la rappresentanza nelle Assemblee (Nazionale e Regionali) devono essere conferite per iscritto e i documenti relativi devono essere conservati agli atti dell'Associazione.

La delega può essere conferita solo per singole assemblee con effetto anche per le successive convocazioni. La delega non può essere rilasciata con il nome del rappresentante in bianco ed è sempre revocabile nonostante ogni patto contrario. Il rappresentante può a sua volta farsi sostituire soltanto da chi sia espressamente indicato nella delega. La delega deve essere conferita ad altro socio. La delega non può essere conferita ai membri degli Organi amministrativi dell'Associazione.

La partecipazione alle riunioni degli Organi amministrativi e di controllo (nazionali e regionali) è personale e non è ammesso il voto per delega. Spetta a chi presiede la riunione di verificare la regolarità formale e sostanziale delle deleghe.

#### **Art. 5– Presidenza delle riunioni**

**5.1.** L'Assemblea Nazionale, il Direttivo Nazionale ed il Consiglio Nazionale sono presieduti dal Presidente Nazionale e, in mancanza, dal Vice-Presidente più anziano d'età. In mancanza, l'Assemblea Nazionale, il Direttivo Nazionale ed il Consiglio Nazionale sono presieduti dalla persona eletta con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

Il Presidente è assistito dal Segretario Generale o, in mancanza, da un segretario nominato con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

**5.2.** L'Assemblea Regionale ed il Direttivo Regionale sono presieduti dal Presidente Regionale e, in mancanza, dal Vice-Presidente Regionale. In mancanza, l'Assemblea Regionale ed il Direttivo Regionale sono presieduti dalla persona eletta con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

Il Presidente è assistito dal segretario tesoriere o in mancanza da un componente nominato con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

**5.3.** Il Presidente della riunione verifica la regolarità della costituzione della riunione, accerta l'identità dei presenti, accerta la legittimità all'intervento e al voto dei presenti, regola lo svolgimento della riunione, accerta i risultati delle votazioni. Degli esiti delle attività e degli accertamenti del Presidente deve essere dato conto nel verbale della riunione. L'assistenza del segretario non è necessaria quando il verbale è redatto da un notaio.

#### **Art. 6 – Verbalizzazione delle riunioni**

**6.1.** Le riunioni dell'Assemblea Nazionale e Regionale, del Direttivo Nazionale e Regionale, del Consiglio Nazionale e del Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti devono constare da verbale sottoscritto dal Presidente e dal segretario. Il verbale deve indicare la data della riunione e,

anche in allegato, l'identità dei partecipanti; deve altresì indicare le modalità e il risultato delle votazioni e deve consentire, anche per allegato, l'identificazione dei soci favorevoli, astenuti o contrari.

Nel verbale devono essere riassunte, su richiesta dei soci, le loro dichiarazioni pertinenti all'ordine del giorno.

I verbali degli organi di livello nazionale devono essere trascritti nei libri sociali di cui all'art 27 dello Statuto.

#### **Art. 7 – Domiciliazione**

**7.1.** Il domicilio legale dei soci, per ogni rapporto con l'Associazione, è quello risultante dal libro dei soci.

È onere dei soci comunicare all'Associazione, ai fini della trascrizione nel libro dei soci, anche il numero di *fax* e l'indirizzo *e-mail*. In mancanza, non sarà possibile l'utilizzazione nei confronti del socio di tali forme di comunicazione.

#### **Art. 8 – Quota Associativa**

**8.1.** La quota associativa è annuale. Il Direttivo Nazionale stabilisce con propria delibera le quote di iscrizione associative comprensive di abbonamento alle riviste «L'ospedale» e «A.N.M.D.O. News» distinguendo le tipologie dovute per categoria di associato. La decisione è comunicata ai soci, in forma scritta, con qualunque mezzo.

**8.2.** Le quote associative annuali sono versate mediante una delle seguenti modalità:

- Trattenuta in busta paga
- Versamento su C/C bancario ANMDO
- Assegno Bancario intestato
- Assegno circolare non trasferibile intestato.

I soci devono provvedere al versamento della quota associativa, salvo che avvenga per trattenuta sullo stipendio, entro e non oltre il giorno 31 (trentuno) marzo dell'esercizio sociale di riferimento. I nuovi soci devono provvedere al versamento della quota associativa al momento dell'ammissione, salvo che avvenga per trattenuta sullo stipendio.

**8.3.** Coloro i quali non avranno presentata la richiesta di recesso dall'Associazione mediante comunicazione a mezzo lettera A/R diretta al Presidente Nazionale entro il 31 (trentuno) di-

cembre di ogni anno, saranno considerati soci anche per l'anno successivo e obbligati al pagamento della quota associativa.

#### **Art. 9 – Cessazione dalla carica di Presidente Nazionale**

**9.1.** Restano ferme le disposizioni di cui allo Statuto in materia di cessazione a vario titolo delle cariche sociali. La cessazione del Presidente per scadenza del termine ha effetto dall'1 (uno) gennaio dell'anno successivo all'Assemblea Nazionale Elettiva, previa accettazione scritta del suo successore.

**9.2.** Il Presidente Nazionale deve comunicare le proprie dimissioni per iscritto al Direttivo Nazionale.

Le dimissioni hanno effetto dal momento in cui il Presidente dimissionario è stato sostituito in seguito all'accettazione del suo successore. Nelle more della sua sostituzione il Presidente può compiere soltanto atti di ordinaria amministrazione.

**9.3.** Le disposizioni del presente articolo trovano applicazione anche alla cessazione dalla carica di Presidente Regionale.

#### **Art. 10 – Amministrazione a livello locale**

**10.1.** In applicazione dell'art. 12 dello Statuto, gli organi delle Sedi Regionali, Interregionali o di Provincia autonoma sono:

- l'Assemblea Regionale;
- il Direttivo Regionale;
- il Presidente Regionale;
- il Vicepresidente Regionale;
- il Segretario scientifico;
- il Segretario per la tutela legale e sindacale;
- il Segretario Tesoriere Regionale.

**10.2.** Salva la disciplina del controllo e della vigilanza sulle amministrazioni locali di cui all'art. 12.4. dello Statuto, l'amministrazione della Sede Regionale, Interregionale o di Provincia autonoma, la gestione economica e finanziaria delle entrate procurate ed ottenute direttamente a livello locale e/o dagli organi statutari sono decise ed esercitate collegialmente dal Direttivo nominato dall'Assemblea e/o dagli organi statutari stessi.

**10.3.** Nei limiti di cui all'art. 12.2. dello Statuto, il potere di firma per l'attuazione delle decisioni adottate dal Direttivo Regionale compete al Presidente Regionale.

#### **Art. 11 – Collegio dei Revisori dei Conti**

**11.1.** Il Collegio dei Revisori dei Conti è convocato dal Presidente Nazionale a mezzo *fax*, *e-mail* o lettera raccomandata A/R inviati almeno 15 (quindici) giorni prima di quello fissato per l'adunanza, salvo necessità di convocazione urgente che non potrà comunque avere un preavviso inferiore a 3 (tre) giorni. L'avviso di convocazione dovrà contenere l'indicazione dell'ordine del giorno e del luogo, del giorno e dell'ora dell'adunanza.

Il Collegio dei Revisori si riunisce su richiesta del Direttivo Nazionale e, comunque, almeno una volta all'anno per esprimere il proprio parere in ordine ai bilanci redatti dal Tesoriere Nazionale.

**11.2.** Ogni votazione in seno al Collegio dei Revisori dei Conti avviene con votazione palese per alzata di mano.

**11.3.** Al Collegio dei Revisori dei Conti sono altresì affidate le funzioni del Collegio dei Probiviri. Tutte le controversie che dovessero insorgere tra i soci, tra questi e l'Associazione, tra gli organi della stessa, saranno sottoposte, in tutti i casi non vietati dalla legge e con esclusione di ogni altra giurisdizione, alla competenza del Collegio.

Il Collegio giudicherà *ex bono et aequo* e il suo giudizio sarà inappellabile.

Le sanzioni irrogabili sono la censura scritta, la sospensione e l'esclusione. La sospensione può essere comminata per un periodo non superiore alla durata dell'esercizio sociale e nelle more del provvedimento di sospensione è precluso al socio sospeso l'esercizio dei diritti sociali.

Per garantire l'imparzialità del giudizio si conviene che i membri del Collegio non potranno ricoprire altri incarichi all'interno dell'Associazione.

#### **Art. 12 – Disciplina del pagamento dei rimborsi delle spese**

**12.1.** I rimborsi delle spese possono essere riconosciuti agli aventi diritto per:

- la partecipazione alle riunioni del Direttivo Nazionale;
- la partecipazione alle riunioni delle Segreterie Nazionali;
- la partecipazione alle riunioni del Collegio dei Revisori dei Conti;
- la partecipazione a riunioni, incontri, convegni, et cetera, effettuate su comando del Presidente Nazionale o del Direttivo Nazionale.

**12.2.** Sono ammessi i rimborsi delle spese derivanti da:

- uso dei mezzi pubblici. Le lunghe percorrenze devono essere coperte in treno (2a classe treni alta velocità). L'uso dell'aereo può essere autorizzato dal Presidente Nazionale solo quando non sono possibili altre soluzioni;
- uso di un proprio mezzo di trasporto. In tal caso, il rimborso non potrà essere superiore all'equivalente costo del biglietto del treno (alla tariffa di 2a classe treni alta velocità) per coprire la medesima tratta;
- uso di parcheggi pubblici e privati;
- pedaggi autostradali;
- uso di taxi limitatamente agli spostamenti urbani. Gli spostamenti extra-urbani potranno essere rimborsati soltanto per gli spostamenti da e verso gli aeroporti;
- consumazioni individuali per riunioni del Direttivo Nazionale o per missioni effettuate su comando del Presidente Nazionale o del Direttivo Nazionale (fino ad un massimo di 40,00 euro per ciascun pasto, previa presentazione delle ricevute fiscali);
- pernottamenti in camere singole, o doppie ad uso singolo, con l'esclusione di eventuali spese extra e di pernottamenti non giustificati;
- altre spese documentate attinenti l'oggetto della missione, previa autorizzazione del Presidente Nazionale.

**12.3.** Le spese effettivamente sostenute vengono rimborsate sulla base delle ricevute allegata alla richiesta di rimborso. I rimborsi sono autorizzati dal Presidente ed effettuati dal Tesoriere Nazionale a mezzo bonifico bancario, di norma, alla fine di ogni mese, previa presentazione del documento riepilogativo, dei giustificativi e dei titoli di spesa.

**12.4.** Il Presidente potrà autorizzare deroghe alla disciplina dei rimborsi per particolari situazioni o eventi.

#### ***Art. 13 – Compiti della Segreteria Nazionale per la Tutela Legale e Sindacale***

**13.1.** Sono compiti della SNTLS:

- a) conoscere e approfondire le tematiche relative alla tutela legale e sindacale;
- b) formulare proprie proposte finalizzate al mantenimento e all'incremento della visibilità e dei ruoli della professionalità igienico-organizzativa;
- c) conoscere, approfondire e coordinare le attività delle Segreterie Regionali per la tutela legale e sindacale che devono sempre più essere in grado di reggere autonomamente, seppure in un quadro omogeneo condiviso, le sfide negoziali presenti e future;
- d) promuovere e intrattenere scambi di conoscenze e progettualità con altre realtà sindacali nazionali e con le Istituzioni di riferimento e, in particolare, con l'Associazione sindacale di cui all'art. 2.3. dello Statuto;
- e) sviluppare la tutela sindacale degli associati attraverso l'azione legale o comunque attraverso iniziative adeguate ai singoli casi;
- f) istruire, commentare e presentare al Direttivo Nazionale le richieste dei Presidenti Regionali di patrocinio e/o contributo economico per casi di ricorsi e/o iniziative giudiziarie loco-regionali di particolare interesse generale.

#### ***Art. 14 – Segretario Nazionale per la tutela legale e sindacale***

**14.1.** Il Segretario Nazionale per la tutela legale e sindacale:

- a) convoca e presiede le riunioni della Segreteria per la tutela legale e sindacale;
- b) provvede a dare attuazione, insieme agli altri componenti della Segreteria per la tutela legale e sindacale alle decisioni adottate dal Direttivo Nazionale;
- c) cura il regolare svolgimento dell'attività della Sezione per la tutela legale e sindacale e il perseguimento delle finalità della stessa in armonia con i fini statutari;
- d) rappresenta la Segreteria per la tutela legale e sindacale dell'A.N.M.D.O. nell'ambito delle associazioni delle sigle sindacali di categoria cui l'A.N.M.D.O. aderisce.

**Art. 15 – Composizione della Segreteria Nazionale per la tutela legale e sindacale**

**15.1.** La Segreteria nazionale per la tutela legale e sindacale è composta secondo quanto disposto dal comma 2, art. 19 dello Statuto.

**15.2.** I componenti restano in carica quattro anni e sono rieleggibili.

**15.3.** In caso di cessazione anticipata dalla carica di Segretario Nazionale per la Tutela Legale e Sindacale o di un componente della Segreteria Nazionale per la Tutela legale e Sindacale si procede come di seguito:

- a) fino all'elezione del nuovo Segretario Nazionale per la tutela legale e sindacale da parte dell'Assemblea Nazionale il Direttivo Nazionale designa un Vicario reggente;
- b) i due membri della Segreteria Nazionale per la Tutela Legale e Sindacale scelti nel proprio ambito dal Direttivo Nazionale sono sostituiti dal medesimo;
- c) i membri scelti dal Segretario Nazionale per la tutela legale e sindacale sono sostituiti con altri membri scelti dal nuovo Segretario Nazionale per la Tutela Legale e Sindacale e proposti al Direttivo Nazionale per la ratifica.

**Art. 16 – Compiti della Segreteria Nazionale Scientifica**

**16.1.** Sono compiti della Segreteria scientifica:

- a) perfezionare l'organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali sotto il profilo della pianificazione, programmazione, organizzazione e gestione aziendale, del governo clinico aziendale, di presidio e delle articolazioni territoriali, dell'organizzazione igienico – sanitaria, dell'etica professionale ed aziendale e delle tecniche assistenziali;
- b) promuovere la qualità dell'organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali anche tramite iniziative di formazione, di accreditamento e di certificazione;
- c) promuovere, per mezzo di corsi di perfezionamento, corsi di formazione manageriale ai sensi della normativa vigente, viaggi e convegni di studio, la migliore formazione tecnica professionale dei medici di cui all'art. 6 dello Statuto;
- d) programmare ed organizzare le riunioni scientifiche nazionali dell'A.N.M.D.O., predi-

sponendo i relativi programmi;

- e) formulare le indicazioni strategiche generali per le iniziative culturali e scientifiche delle regioni e province autonome;
- f) coordinare le iniziative scientifiche delle sezioni periferiche per evitare sovrapposizioni e agevolare la partecipazione degli iscritti al maggior numero di eventi formativi;
- g) collaborare con altre strutture organizzative aventi finalità di formazione e/o di ricerca in ambito socio-sanitario;
- h) proporre al Direttivo nazionale il Comitato scientifico e di redazione, ed individuare il Comitato di referee ed il Comitato editoriale della Rivista dell'Associazione;
- i) collaborare con l'Autorità sanitaria anche ai fini dell'aggiornamento delle disposizioni vigenti in materia ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali;
- j) promuovere ed intrattenere scambi culturali con associazioni scientifiche nazionali ed estere.

**Art. 17 – Segretario Scientifico Nazionale**

**17.1.** Il Segretario Scientifico Nazionale:

- a) convoca e presiede le riunioni della Segreteria scientifica;
- b) provvede a dare attuazione, insieme agli altri componenti della Segreteria scientifica, alle decisioni adottate dal Direttivo Nazionale ed a predisporre i bilanci preventivi e consuntivi da presentare al medesimo;
- c) cura il regolare svolgimento dell'attività della Sezione scientifica e il perseguimento delle finalità della stessa in armonia con i fini statutari;
- d) rilascia, su richiesta, il patrocinio A.N.M.D.O. per le iniziative scientifiche ritenute valide, in base ai criteri stabiliti dalla Segreteria scientifica;

**Art. 18– Composizione della Segreteria Nazionale per la sezione scientifica**

**18.1.** La segreteria nazionale è composta secondo quanto disposto dal comma 2, art. 18 dello Statuto

**18.2.** I componenti restano in carica quattro anni e sono rieleggibili.

**18.3.** In caso di cessazione anticipata dalla carica di Segretario Scientifico Nazionale o di un

componente della Segreteria Scientifica Nazionale si procede come di seguito:

- a) fino all'elezione del nuovo Segretario Scientifico Nazionale da parte dell'Assemblea Nazionale il Direttivo Nazionale designa un Vicario reggente;
- b) i due membri della Segreteria Scientifica Nazionale scelti nel proprio ambito dal Direttivo Nazionale sono sostituiti dal medesimo;
- c) i due membri scelti dal Segretario Scientifico Nazionale sono sostituiti con altri due membri scelti dal nuovo Segretario Scientifico Nazionale nonché proposti al Direttivo Nazionale per la ratifica.

#### **Art. 19 – Convocazione delle riunioni delle Segreterie Nazionali**

**19.1.** Le riunioni delle Segreterie scientifiche e per la tutela legale e sindacale sono convocate dai rispettivi Segretari Nazionali a mezzo fax o lettera o e-mail almeno 15 giorni prima del loro svolgimento, salvo necessità di convocazione urgente.

**19.2.** Per la validità dell'adunanza è necessaria la presenza della maggioranza dei componenti del consesso.

#### **Art. 20 – votazione**

**20.1.** Le deliberazioni dei consessi, nazionali e regionali, scientifici e per la tutela legale e sindacale, sono adottate a maggioranza dei presenti. In caso di parità di voti prevale il voto del Presidente del Consesso. Le votazioni hanno luogo a scrutinio palese.

#### **Art. 21 – Collaborazione soci**

**21.1.** Gli Organi Nazionali e Regionali, possono avvalersi della collaborazione di soci iscritti nonché di altri esperti, anche costituendo gruppi di lavoro, su tematiche specifiche.

#### **Art. 22 – Efficacia del regolamento**

**22.1.** Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo alla sua approvazione.

**22.2.** Il presente regolamento è adottato in attuazione dello Statuto dell'Associazione rispetto al quale è fonte normativa subordinata; pertanto, il presente regolamento non può contenere norme contrarie alle disposizioni dello Statuto.

  
**FILMOP**<sup>®</sup>  
INTERNATIONAL

**ALPHA METAL  
FREE**

**new**

L'unico carrello totalmente in  
**PLASTICA**



Pulizia in **massima sicurezza**  
anche nelle sale di  
**risonanza magnetica**

100%

**METAL  
FREE**

visita [filmop.com](http://filmop.com)



## ANALISI DEL CONTENZIOSO PER RESPONSABILITA' PROFESSIONALE NEL QUINQUENNIO 2010-2014 NELL'ASL 3 PISTOIA



**Chellini M.<sup>1</sup>; Bucelli P.<sup>2</sup>; Tattini L.<sup>2</sup>; Guarducci S.<sup>2</sup>; Pieralli F.<sup>1</sup>; Pieri L.<sup>1</sup>; Donzellini M.<sup>1</sup>; Paolini D.<sup>1</sup>; Dami C.<sup>3</sup>; Garofalo G.<sup>4</sup>; Bonaccorsi G.<sup>5</sup>; Bonanni P.<sup>6</sup>; Giannini R.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze; <sup>2</sup> Direzione sanitaria aziendale ASL 10 Firenze; <sup>3</sup> Unità Funzionale Medicina Legale ASL 3 Pistoia; <sup>4</sup> Dipartimento della Prevenzione ASL 10 Firenze; <sup>5</sup> Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze <sup>6</sup> Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

### INTRODUZIONE

Il passaggio dalla tutela assicurativa esterna all'autogestione avvenuta in Toscana si prefigge di tutelare sia i diritti del cittadino danneggiato che l'immagine della Struttura Sanitaria, ma anche di attuare un sistema virtuoso di analisi e gestione del rischio clinico. L'unificazione delle ASL Firenze, Prato, Pistoia e Empoli rappresenta un momento importante sia per un fruttuoso confronto tra le procedure utilizzate che per l'omogeneizzazione della procedura e della reportistica. Il presente report produce un'analisi comparativa dei dati relativi alle richieste danni avanzate dalla ASL 3 nel quinquennio 2010-2014.

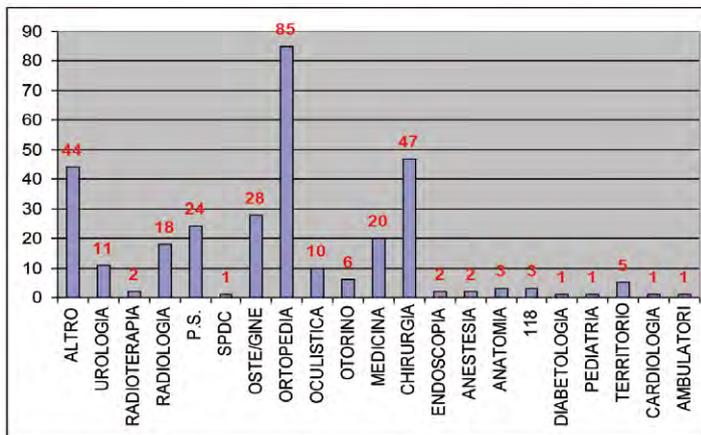


Fig.1: Casistica ASL 3 di Pistoia richiesta danni 2010 - 2014

### CONTENUTI

Le richieste di risarcimento sono rivolte nella maggioranza dei casi verso l'operato medico, ma iniziano a comparire istanze rivolte anche alla professione assistenziale. Per quanto riguarda l'area coinvolta vi è un aumento delle richieste di pertinenza chirurgica, in ordinario e day-surgery. La più rappresentata è la traumatologia; la disamina dei casi traumatologici ha permesso di rilevare talvolta un coinvolgimento congiunto di altre U.U.O.O. come ad esempio la Radiologia (tipicamente nelle omesse diagnosi strumentali). Nelle tipologie di condotta oltre l'80% è rappresentato da condotta commissiva e omissiva; meno rappresentati gli scostamenti dalle linee guida o responsabilità di equipe. E' interessante l'osservazione di una progressiva diminuzione delle cadute con danno dei pazienti, segno dell'attenzione al tema e all'implementazione della Buona Pratica prevista dalla Regione Toscana. Nel periodo esaminato appare stabile anche il dato sul riconoscimento di responsabilità che vede attestarsi intorno al 50% le richieste pretestuose. Quest'ultime insieme ai casi dubbi sono comunque spesso oggetto di contenzioso, la cui tempistica e onerosità risulta di difficile stima, stante le variabili molteplici e scarsamente governabili che vi incidono. Infine per quanto riguarda le percentuali d'invalidità permanente che sono state liquidate, nell'oltre l'85% dei casi si tratta di condizioni micro-permanenti (1-8%).

### CONCLUSIONI

La gestione diretta dei sinistri, favorendo gli aspetti conciliativi e le soluzioni stragiudiziali, riduce i tempi necessari per gli eventuali risarcimenti dei danni e diminuisce la sinistrosità aziendale mediante un sistema di monitoraggio nonché di attivazione di buone pratiche per il contenimento del rischio come delle cause più frequenti all'origine delle istanze risarcitorie.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTALE
<b>Nr. Richieste risarcitorie pervenute</b>	78	95 + 2 con polizza	98 + 1 con polizza	89 + 1 con polizza	89	57	
<b>Aperti</b>	1	3	7	11	33	47	
<b>Aperti contenzioso</b>	10	16	16	19	5	0	
<b>Respinti</b>	23	28	41	33	32	9	
<b>S/Seguito</b>	4	7	3	0	3	1	
<b>Liquidati</b>	40	41	31	26	16	0	
<b>Riserva</b>	980.720,29	2.014.618,96	4.249.529,73	5.781.866,92	4.941.427,44	4.802.957	
<b>Liquidato</b>	1.956.513,50	4.289.988,72	576.653,80	1.718.098,33	180.135,00	-	8.721.389,35
<b>Oneri*</b>	130.597,21	54.343,37	12.974,27	47.755,24	2.562,68	244,00	248.476,77
<b>Spese pr. penali</b>							14.282,49

Fig. 2: Valore liquidato ed oneri legali

\* Legali, peritali, mediazioni e registrazioni.





## Pseudomonas nelle lavaendoscopi: regia della DM tra sicurezza clinica, contratti e tecnologia

A. Di Caprio <sup>1</sup>, M. Casarotto <sup>2</sup>, C. Disconzi <sup>3</sup>, G. Tonato <sup>4</sup>, M. Zoppelletto <sup>5</sup>, E. Apolloni <sup>6</sup>, M. Carlucci <sup>7</sup>

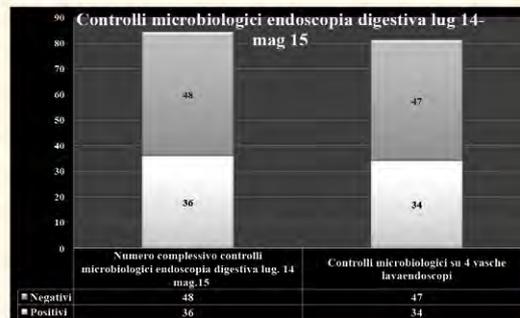
1, 3 7: Direzione Medica Funzione Ospedaliera, 2: Ingegneria Clinica, 4: Farmacia, 5: Microbiologia, 6: Direttore Sanitario Ospedale di Bassano del Grappa (VI), Azienda Ulss n. 3

Parole chiave: lavaendoscopi – colonizzazione - disinfezione

**Introduzione:** a giugno 2014 abbiamo avuto riscontro di Pseudomonas su uno strumento endoscopico. I controlli dettagliati eseguiti per ricercare la causa hanno evidenziato la colonizzazione delle lavaendoscopi utilizzate in comodato d'uso. Per 9 mesi abbiamo lavorato al fine di far convergere esigenze di sicurezza e vincoli contrattuali, poiché, pur dando

corso alla procedura già preventivata per l'acquisto di nuove macchine, eravamo condizionati dai contratti in essere. A marzo, la ditta si è resa disponibile a sostituire una lavaendoscopi. A luglio è stata espletata la gara e siamo in attesa di sostituire l'intero parco lavaendoscopi aziendale.

**Contenuti:** gli interventi di controllo microbiologico e le misure correttive messe in atto per mantenere in minime condizioni d'uso le lavaendoscopi disponibili sono rappresentati con sequenza cronologica nella tabella riportata e sommariamente riassunti nel grafico in calce. La nostra attenzione è stata rivolta ad ogni parte delle macchine utilizzando un metodo analitico sequenziale procedendo per esclusione: l'acqua in ingresso, i blocchi filtri, il detergente, il serbatoio detergente senza arrivare ad alcuna soluzione rilevante. La Direzione ha assunto la regia del team multidisciplinare che ha lavorato sia per individuare i punti critici della macchina sia per coniugare l'esigenza di erogare prestazioni sicure, (considerando che lo Pseudomonas non è tollerabile ad alcun valore tra i contaminanti) nel rispetto dei termini del contratto in corso, dei tempi di espletamento della nuova gara e del contenimento dei costi che le azioni di controllo e le misure correttive hanno determinato. Garantire la sicurezza del re processing e quella dell'operatore sono diventati specifiche essenziali la stesura del capitolato e la valutazione delle macchine proposte.



	G1	G2	G3	C1	C2	C3	C4	C5	VASCA 1	VASCA 2	VASCA 3	VASCA 4	LAVAND. D. 1 INGRESSO O PORELLI	LAVAND. D. 2 INGRESSO O PORELLI	LAVAND. D. 3 H2O POST FILTRI	LAVAND. D. 4 H2O POST FILTRI	DETERGENTE ENZIMATICO	UGELLO DETERGENTE VASCA 3	UGELLO DETERGENTE VASCA 4
06/05/15			P																
22/04/15									P	P	N	N							
15/04/15									P	P	P	N							
28/02/15									P	N	N	N							
25/08/15																			
23/12/15									P	P	P								
17/12/14								N		N	P	N							
06/11/14									N	N									
03/11/14									N	P									
29/10/14									P 100	P 80									
23/10/14									N	P 10	N	N							
08/10/14									N	N	N	N							
28/09/14									N	N	N	N							
16/09/14									N	N	N	N							
15/09/14									P Ufc > 100										
08/09/14									N	N	N	N							
28/08/14									N	N	N	N							
12/08/14										P 100	P 100						P		
28/07/14										Ufc	Ufc							N	N
24/07/14									N	N	P 50	P							
23/07/14											Ufc								
16/07/14											P		N	N			P	N	
16/07/14									N	P									
16/07/14									N	N	P	P							
10/07/14									P	P	P	P							

**Conclusioni:** a) abbiamo concluso una gara con criteri qualitativi elevati e clausole contrattuali che impongono al fornitore di mantenere la qualità dichiarata b) stiamo ultimando un manuale di re processing degli endoscopi al fine di standardizzare le procedure per tutti i servizi c) divideremo tra i servizi interessati e la microbiologia un planning per i controlli microbiologici sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo al fine di avere una comunicazione diretta dalla microbiologia delle positività ed un'omogenea azione correttiva d'intervento in caso di positività d) utilizzeremo la funzione di

accesso da remoto offerta dalle macchine per controllare gli stati manutentivi e i consumi e) l'esperienza è stata un'occasione per creare una coesione operativa tra ingegneria clinica, direzione medica e servizio approvvigionamento



### Ospedale Evangelico Internazionale Genova

#### L'Ospedale Evangelico Internazionale ed il Progetto "Finestra Rosa" per l'Accoglienza alle vittime fragili

#### "Accoglienza", sensibilizzazione, contrasto

Dr Marinella Fulgheri \*, Dr Alessio Parodi \*\*, Signora Barbara Oliveri Caviglia \*\*\*

\* Dirigente Medico Ospedaliero - Responsabile Struttura Semplice Direzione Sanitaria

\*\* Direttore Generale

\*\*\* Presidente

**Introduzione:** Il Progetto "Finestra Rosa" - Ospedale Evangelico Internazionale (O.E.I.), è percorso indirizzato "all'Accoglienza" alla vittima di violenza/maltrattamento/abuso: alle "Vittime fragili"

Ha organizzazione articolata e stabile, grazie al finanziamento ottenuto per adesione dell'O.E.I. alla campagna Otto per Mille "Ferite a volte uccise" – 2013 Chiesa Valdese, a sostegno di progetti contro la discriminazione, la violenza sulle Donne, il femminicidio.

È inserito nel contesto Metropolitano di Genova: Ponente cittadino (Presidio di Voltri) e zona-Centro (Sede di Castelletto), aree territoriali delle Strutture ospedaliere O.E.I.

**Contenuti:** Prevista oltre all'Accoglienza alla vittima dal punto di vista clinico assistenziale e sanitario, l'Accoglienza alla Persona con offerta di "Ascolto Psicologico", Psicologa dedicata nell'arco della settimana: può essere attivato con differenti modalità, potendo usufruirne Chi è già Paziente presso Ambulatorio polispecialistico o in caso di ricovero o di accesso al Pronto Soccorso, per diagnosi e cure sanitarie, anche di altro tipo. Parte integrante, la *location* per "l'Ascolto Psicologico": locali dedicati in zona riservata, facile accesso, rispetto *privacy*

Aspetti peculiari e finalità:

- min 03 max 08 i colloqui "Ascolto Psicologico"/caso necessari
- supporto alle richieste di consulenza da parte degli Operatori Sanitari ospedalieri
- formazione/*in-formazione*, sensibilizzazione Operatori sanitari e non sanitari (fornire opportune competenze)
- assistenza e cura alla vittima di violenza/maltrattamento, attraverso momenti di incontro congiunto Operatori Sanitari/Psicologa e promozione del percorso di ricerca di aiuto da parte delle donne maltrattate
- immediato soccorso clinico-sanitario (visita medica, la raccolta e conservazione delle prove nei casi previsti *et al*), capacità di ascolto con percorso dedicato, *link* con Strutture esterne Socio-Sanitarie e Giurisprudenziali (Distrettuale Sanitario e Sociale, Servizi Consultoriali, Centri e Associazioni di tutela della Donna, Procura, Forze dell'Ordine *et al*)

**Conclusioni:** Base e fondamento storico di O.E.I., lo spirito di Accoglienza correlato all'attività erogata in Sanità: *Accoglienza* a Chi accede in luogo di Cura nel rispetto della Persona

La contestualizzazione del Progetto Finestra Rosa ha previsto l'adesione dell'Ente O.E.I. a Percorsi e Protocolli d'Intesa promossi dalla Regione Liguria e dal Comune di Genova e con Istituzioni esterne di tutela della donna

L'intercettare i fenomeni *borderline*, linea di confine ad ulteriori atti potenzialmente criminali, è la sfida che anima il Progetto: le Donne che non riferiscono la violenza subita, difficilmente richiederanno aiuto in successivo e spontaneo accesso alla struttura Sanitaria.

Con il percorso previsto, diminuendo la frammentarietà della presa in carico ed in maggiore coordinamento con i Servizi Territoriali di tutela della Donna, potrà essere offerto gratuitamente sostegno e informazione sulle possibili scelte e "diritto" alla via d'uscita, che è uscita dallo stato di forte disagio emozionale

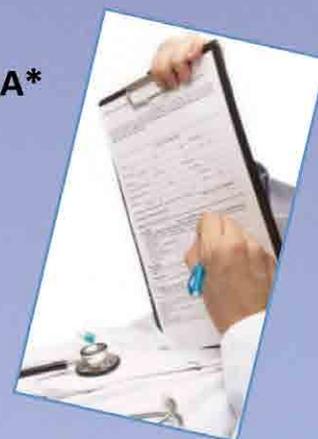


**Guaccero A, Mundo A, Fusano MS, Gigliobianco A, Leaci A\***

*Direzione Medica, \*Direttore Medico – P.O. San Paolo - ASL BARI*

## CORRETTEZZA COMPILATIVA DELLA CARTELLA CLINICA:

*verso un nuovo orientamento culturale?*



### INTRODUZIONE

La Cartella Clinica (CC) è un documento strategico per il contenimento del Rischio Clinico e per il miglioramento della qualità assistenziale.

Un'accurata compilazione della CC è indispensabile per identificare eventuali responsabilità dei singoli operatori. La CC quanto più è accurata, tanto più favorisce la continuità assistenziale e la comunicazione tra i vari Operatori coinvolti, la valutazione della qualità dell'assistenza erogata e l'appropriatezza delle prestazioni. La correttezza compilativa permette di fornire una documentazione completa, veritiera e di chiara consultazione a tutti coloro che abbiano necessità di consultare la CC, nonché di predisporre uno strumento atto a documentare il flusso informativo verso pazienti, familiari ed i MMG.

### CONTENUTI

Nell'anno 2011 la Direzione Medica del Presidio ha prodotto e distribuito a tutti i Dirigenti Medici delle 11 Unità Operative di degenza che insistono nel Presidio un opuscolo sulla corretta compilazione della CC; ha organizzato 4 Giornate di Aggiornamento per confrontarsi con le difficoltà operative dei Dirigenti Medici ed adottare soluzioni condivise; ha effettuato

controlli a campione sulle CC per verificare l'attuazione delle disposizioni impartite ed evidenziarne le problematiche redigendo relativi verbali.

Nell'anno 2012 si è proceduto ad una valutazione a campione su 600 CC.

Negli anni 2013, 2014, in concomitanza con l'introduzione della Nuova Cartella Unificata e nei primi 6 mesi del 2015, la Direzione Medica ha lavorato fianco a fianco con i colleghi Clinici e Chirurghi, attraverso incontri formativi-informativi, ribadendo l'importanza dei concetti di rintracciabilità, chiarezza, veridicità, integrità e completezza della Cartella, oltre che diffondere la cultura della CC come strumento essenziale per la prevenzione del rischio e del contenzioso.

Nel 2014 si è proceduto ad un nuovo controllo a campione su 900 CC di tale anno, per un confronto con l'anno 2012.

Tale lavoro ha riguardato tre aspetti della CC: la presenza del Consenso Informato (CI), come manifestazione della volontà del paziente e momento importante nel rapporto che il medico instaura con il paziente; la proposta di prescrizione del principio attivo del farmaco indirizzata al MMG; la presenza della lettera di dimissione al MMG in grado di fornire tutte le

Informazioni utili per conoscere le circostanze del ricovero, l'iter diagnostico, la terapia ed eventuali indicazioni per i successivi esami e visite di controllo.

Nell'anno 2012, il CI era presente e corretto nel 37% dei casi; nel 2014 lo era per il 90%.

Il 34% delle CC del 2012 presentava l'indicazione del principio attivo; nel 2014 era riportato nel 45% delle CC.

Nel 2012, il 40% delle CC presentava la lettera di dimissione; nel 2014 era inserita nel 71% delle CC.

### CONCLUSIONI

Il confronto dei dati tra le rilevazioni effettuate nel 2012 e nel 2014 ha dimostrato un'inversione di tendenza, positiva ed incoraggiante. Il grande impegno della Direzione Medica sembra essere stato ripagato, grazie anche al contributo dei Medici di Reparto che pare abbiano rivalutato l'importanza della CC ed il valore dei suoi contenuti, non più visti come una mera prassi burocratica, ma come strumento di lavoro e di tutela del Medico e del paziente e che riflette il rapporto relazionale col paziente stesso.



## PROGRAMMA NAZIONALE ESITI: AUDIT SULLA QUALITÀ DEI DATI DELLA SDO DI RICOVERI CON DP DI IMA E DI SCC DELL'AOU DI ANCONA



**Martini C\***, **Papa R\***, **Inciicchitti L\***, **Polenta L\***, **Sebastiani M\***, **Luzi F\***, **Tirabassi F\*\***, **Serafini G\***

AOU Ospedali Riuniti Ancona: \*Direzione Medica Ospedaliera; \*\* Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva

**Introduzione:** sulla base dei risultati dell'analisi dei dati PNE 2014 per gli indicatori "mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di Infarto Miocardico Acuto" e "mortalità a 30 giorni dal ricovero per Scompenso Cardiaco congestizio", l'AGENAS ha individuato l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona tra le strutture con più bassa mortalità. Su indicazione dell'AGENAS è stata, pertanto, avviata un'attività di audit da parte della Direzione Medica Ospedaliera, finalizzata a verificare la qualità dei dati delle SDO contenute nelle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati nel 2013, presso le U.O. di Cardiologia e Clinica di Cardiologia, con Diagnosi Principale (DP) di IMA e di SCC.

**Contenuti:** l'obiettivo dell'audit richiesto dall'AGENAS era quello di verificare se i dati molto positivi sugli indicatori di mortalità a 30 giorni per IMA e SCC, fossero stati generati da eventuali errori di codifica delle SDO. Si è proceduto all'analisi della coerenza dei dati registrati nelle SDO con il contenuto delle cartelle cliniche. La popolazione selezionata per lo studio è stata la seguente:

- ricoveri in regime ordinario, avvenuti nei reparti di Clinica di Cardiologia e Cardiologia, con dimissione tra il 1 gennaio e il 30 novembre 2013 e con diagnosi principale di IMA (ICD-9-CM 410.xx) o con diagnosi principale di una condizione compatibile con la diagnosi di infarto ed IMA in diagnosi secondaria, con i seguenti criteri di esclusione:
  - ricoveri di pz. non residenti in Italia
  - ricoveri di pz. di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni
  - ricoveri per trasferimento da altro istituto
  - ricoveri con degenza inferiore alle 48 ore e dimessi a domicilio
  - ricoveri preceduti, nelle 4 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi principale di IMA
- ricoveri in regime ordinario, avvenuti nei reparti di Clinica di Cardiologia e Cardiologia, con dimissione tra il 1 gennaio e il 30 novembre 2013 e con i seguenti codici ICD-9-CM di scompenso cardiaco in diagnosi principale: 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.0, 428.1, 428.9, con i seguenti criteri di esclusione:
  - ricoveri di pz. non residenti in Italia
  - ricoveri di pz. di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni
  - ricoveri per trasferimento da altro istituto
  - ricoveri con diagnosi principale di edema polmonare (cod. 518.4) o insufficienza renale acuta (cod. 584)

Dal totale di 420 cartelle cliniche, individuate secondo i criteri sopra descritti, è stato estratto mediante campionamento casuale semplice un campione di 152 cartelle (36,2%). L'indicatore misurato è stato la % di casi in cui venga confermata la coerenza del codice della diagnosi principale di Scompenso cardiaco o IMA riportato nella SDO rispetto documentazione clinica presente nella cartella esaminata sul totale dei casi esaminati. Il 98,7 % delle cartelle cliniche esaminate ha mostrato coerenza tra le DP, le DS e la relativa restante documentazione.

Risultati qualità dei dati per i casi di Infarto Miocardico Acuto (IMA)

	codifica coerente	codifica non coerente	Totale
Cardiologia	37	0	37
Clinica di Cardiologia	3	0	3
<b>Totale</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>40</b>

Risultati qualità dei dati per i casi di Scompenso Cardiaco Congestizio (SCC)

	codifica coerente	codifica non coerente	Totale
Cardiologia	86	1	87
Clinica di Cardiologia	24	1	25
<b>Totale</b>	<b>110</b>	<b>2</b>	<b>112</b>

Circa il 99 % delle cartelle cliniche della SDO di Cardiologia ha mostrato coerenza tra il codice della diagnosi principale di SCC e relativa restante documentazione. Il 100 % delle cartelle cliniche della SDO di Cardiologia ha mostrato coerenza tra il codice della diagnosi principale di IMA e relativa restante documentazione. Il 96 % delle cartelle cliniche della SDO di Clinica di Cardiologia ha mostrato coerenza tra il codice della diagnosi principale di SCC e relativa restante documentazione.

**Conclusioni:** l'audit condotto ha dimostrato che la qualità dei dati delle SDO valutate è molto buona e che, pertanto, le lusinghiere misure degli indicatori di mortalità a 30 giorni per IMA e SCC, di pazienti dimessi dai reparti di Cardiologia dell'AOU di Ancona, non dipendono minimamente da bias di codifica.



## Indagine Epidemiologica sulla presenza di germi multiresistenti in UTI



**Autori:** Patriarca G\*\*, Aricò M.^\, Cappello G.°, Drago G.\*, Midolo A.\*\*, Barbarossa C.\*\*, Caselli D.°, D'Arrigo A.°

\* Direttore Sanitario Azienda ASP 7 Ragusa; °Direttore Medico P.P.O.O. Vittoria/Comiso; \*\*\*Direzione Medica - Servizio Infermieristico P.O. Vittoria; °°°Dirigente Medico ASP 7 Ragusa; ^Direttore Generale ASP 7 Ragusa; \*\*Direzione Sanitaria Aziendale - Staff ASP 7 Ragusa; ° Direzione Medica - Tecnico di laboratorio biomedico

**Key word:** Intensive care unit (ICU); Antimicrobial resistance;; *Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)*, *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasi (KPC);;

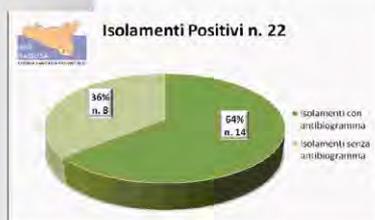
**Background:** I pazienti degenti nelle Unità di Terapia Intensiva (UTI) presentano il rischio di contrarre infezioni correlate all'assistenza (ICA) fino a 10 volte superiore rispetto a quello di degenti ricoverati in altri reparti ospedalieri. La diffusione di batteri resistenti agli antibiotici rappresenta un importante problema di sanità pubblica, fenomeno in aumento in molti Paesi, rendendo problematica la terapia di molte infezioni e aumentando la mortalità. La mancanza di nuovi antibiotici in commercio o in fase di sperimentazione aggrava lo scenario.



### Materiali e Metodi

Lo studio è stato condotto attraverso un'analisi osservazionale e retrospettiva di tutti i pazienti ricoverati presso l'U.O. di Terapia Intensiva dell'Ospedale "Guzzardi" di Vittoria (ASP Ragusa) nel semestre dal 1 ottobre 2014 al 31 marzo 2015. I dati clinici e i parametri di laboratorio sono stati estrapolati dalla sezione di Microbiologia del presidio, procedendo ad una successiva stratificazione dei pazienti degenti in UTI ed a cui sono stati richiesti esami microbiologici di campioni quali: emocoltura, urinocoltura, espettorato, broncoaspirato, broncolavaggio e punta di catetere venoso centrale.

**Risultati:** Il campione in esame è costituito da 110 pazienti. In essi su 40 tentativi di isolamento, effettuati sulla base del sospetto clinico, 22 hanno portato ad identificazione batterica: infezioni con localizzazione del torrente ematico (BSD) 13% (5), polmonitosocomiali (PN) 50% (20), infezioni delle vie urinarie (IVU) 20% (8) ed infezioni associate a CVC (4). In alcuni pazienti sono presenti coinfezioni. Il tasso grezzo di mortalità nel campione di 40 pazienti è del 32% (13), ma è risultato del 41% nei pazienti con isolamento positivo, mentre nel gruppo di controllo dei 18 pazienti con isolamento negativo è risultato pari al 22%. Tra i 22 isolamenti positivi in 6 casi il tentativo di isolamento è avvenuto tramite emocoltura, di queste 5 emocolture sono risultate positive con 3 decessi ed 1 negativa con 1 decesso, complessivamente 4 decessi su 6 emocolture richieste: è stato stimato un tasso di mortalità di questi pazienti pari a 10%. Dallo studio dei campioni di emocoltura, urinocoltura, espettorato, broncoaspirato, broncolavaggio e punta di catetere venoso centrale, il tasso di incidenza del sito di infezione rivela una maggiore percentuale di infezione nel tratto respiratorio pari al 50% (20), 20% di infezioni del tratto urinario (8), 13% del tratto ematico (5) ed infine 10% di infezioni associate a catetere venoso centrale (4). L'antibiogramma è stato ottenuto per 14 su 22 isolamenti positivi, di cui 12 sono rappresentati dalla *Klebsiella pneumoniae*, tra questi 8 sono risultati multiresistenti e 5 CPE; 4 dall'*Acinetobacter baumannii* con multiresistenza pari a 3. Il tasso di mortalità/sopravvivenza, stimato nel gruppo di 14 pazienti ai quali è stato richiesto l'antibiogramma, ha evidenziato una mortalità del 35% (5 pazienti).



**Conclusioni:** I nostri dati segnalano che il problema dei germi multiresistenti è presente nelle nostre strutture con un impatto importante anche sulla mortalità che si è rivelata circa doppia nei pazienti con isolamento positivo. L'antibiotico-resistenza interessa maggiormente le infezioni correlate alle pratiche assistenziali, ma non risparmia le infezioni comunitarie e questo risulta evidente anche dai nostri dati in cui il 23% dei pazienti con infezioni da germi multiresistenti provenivano dal domicilio. La riduzione dei tempi di degenza e l'evoluzione verso la continuità assistenziale favoriscono la diffusione comunitaria di batteri antibiotico-resistenti selezionati in ospedale. Le misure di controllo riconosciute come efficaci sono rappresentate da una tempestiva identificazione dei pazienti infetti, dalla sorveglianza attiva dei pazienti colonizzati, dall'isolamento dei 2 pazienti colonizzati/infetti e l'adozione delle precauzioni da contatto nella gestione di questi pazienti.

**Bibliografia e ringrazio**  
 1. Azzurro G. *Infettologia*. SETTE - Parolotto per la rilevazione delle infezioni in terapia intensiva. Agenzia sanitaria e sorveglianza dell'Emilia Romagna, dicembre 2006  
 2. Azzurro G. *Infettologia*. SETTE - Parolotto per la rilevazione delle infezioni in terapia intensiva. Agenzia sanitaria e sorveglianza dell'Emilia Romagna, dicembre 2006  
 3. Azzurro G. *Infettologia*. SETTE - Parolotto per la rilevazione delle infezioni in terapia intensiva. Agenzia sanitaria e sorveglianza dell'Emilia Romagna, dicembre 2006  
 4. Azzurro G. *Infettologia*. SETTE - Parolotto per la rilevazione delle infezioni in terapia intensiva. Agenzia sanitaria e sorveglianza dell'Emilia Romagna, dicembre 2006  
 5. Ministero della Salute - Dipartimento delle Sanzioni Pubbliche e dell'Inquinamento - Ufficio di Controllo Sanitario e Sanzioni Pubbliche di Catanzaro (CPE)  
 6. PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA SORVEGLIANZA DEL CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICROBIORESISTENZA MULTIRESISTENTE - Regione Lazio  
 7. *http://www.micromedicalab.com/pege/pege.htm*  
 8. *http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO\_CDS\_CSR\_OIEC\_09/WHO\_CDS\_CSR\_OIEC\_09.pdf*  
 9. *http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO\_CDS\_CSR\_OIEC\_09/WHO\_CDS\_CSR\_OIEC\_09.pdf*  
 10. *http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO\_CDS\_CSR\_OIEC\_09/WHO\_CDS\_CSR\_OIEC\_09.pdf*  
 11. *http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO\_CDS\_CSR\_OIEC\_09/WHO\_CDS\_CSR\_OIEC\_09.pdf*  
 12. *http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO\_CDS\_CSR\_OIEC\_09/WHO\_CDS\_CSR\_OIEC\_09.pdf*  
 13. *http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO\_CDS\_CSR\_OIEC\_09/WHO\_CDS\_CSR\_OIEC\_09.pdf*



# Rischio Infettivo in Ospedale: the strange case of *Dr. Chickenpox* and *Mr. Measles*

**Ennio Ricchi\*, Vittorio Lodi°, Guido Govoni\*, Constantia Vrahulaki°,**

**Ivana Fini\*, Francesco Saverio Violante°**

## Introduzione

La tutela degli operatori sanitari nei confronti dei rischi di contrarre infezioni potenzialmente gravi e letali e la sicurezza degli utenti sono precise responsabilità della Direzione delle Aziende Sanitarie. In un contesto in cui non è ancora richiesta la immunizzazione universale del personale di assistenza verso morbillo e varicella, per ogni notifica di malattia infettiva diffusiva l'Igiene Ospedaliera avvia una specifica indagine epidemiologica orientata alla ricerca dei contatti intra-ospedalieri a seguito della quale la Medicina del Lavoro verifica, consultando la cartella del dipendente o eseguendo la ricerca del titolo anticorpale, la eventuale immunità specifica del dipendente e, se del caso, offre la vaccinazione per morbillo o varicella. Scopo di questo lavoro, condotto in un Policlinico di circa 1.300 posti letto e oltre 5.000 dipendenti cui devono essere necessariamente sommati alcune migliaia di professionisti che, a qualsiasi titolo, quotidianamente operano al suo interno, è verificare se e in che misura le procedure in essere risultino efficaci nel controllare il rischio di diffusione di queste infezioni fra gli operatori sanitari ed i pazienti.

## Contenuti

Nel periodo gennaio 2014-giugno 2015 sono pervenute 238 notifiche di morbillo (74) e varicella (164). Tutti i professionisti esposti erano categorizzati come "*potenzialmente suscettibili*" sino al momento della verifica della eventuale immunocompetenza specifica: 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. Nella **tab. 1** le esposizioni nel personale sanitario sono stratificate come di seguito:

- la maggior parte delle esposizioni al morbillo e varicella (197/238 pari al 64,1%) si esauriscono, ovviamente (considerato il tipo di malattie di cui trattasi), in sede di Pronto Soccorso ed in quest'ambito la prevalenza di esposizioni potenzialmente suscettibili risulta pari al 5%.
- I 22 casi di morbillo o varicella insorti in pazienti ricoverati (per altri motivi o con diverso sospetto diagnostico) rappresentano meno del 10% di tutte le notifiche ma sono la causa di oltre 560 esposizioni professionali, il 26,4% delle quali interessano soggetti potenzialmente suscettibili.
- Infine si sono verificati 19 casi di malattia in operatori sanitari che hanno determinato un elevato numero di esposizioni di colleghi (520) dei quali, nel 33,8% dei casi, non era noto lo stato immunitario.

**Tab 1.** Notifiche di morbillo e varicella per provenienza: esposizione di operatori sanitari, numero e % di esposizioni in soggetti potenzialmente suscettibili.

	notifiche	esposizioni personale sanitario	casi potenzialmente suscettibili	%
personale di PS	197	1.937	96	5.0
Ricoverati	22	565	149	26.4
Sanitari ammalati	19	520	176	33.8

\**Igiene Ospedaliera e Prevenzione*    *Medicina del Lavoro*  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.

Orsola-Malpighi

ennio.ricchi@aosp.bo.it

Questa categoria riveste particolare importanza per quanto attiene poi il rischio per gli utenti: abbiamo stimato infatti, che non meno di 500 ricoverati siano stati esposti ai 19 sanitari nella fase di incubazione delle infezioni di cui trattasi. L'analisi delle sedi di lavoro dimostra che questi sanitari sono prevalentemente impiegati in settori ove usualmente non sono gestite malattie diffuse e di conseguenza la sensibilità del personale alle misure di profilassi ed ai controlli periodici è più modesto (chirurgie e medicine specialistiche). Rilevante è però la quota di operatori impiegati in contesti (Terapia Intensiva 4 casi, Onco-ematologia 3 casi) in cui il rischio di complicanze per i pazienti che contraggano morbillo o varicella è potenzialmente maggiore. Inoltre si tratta prevalentemente di specializzandi e personale in formazione in genere, caratterizzati da una maggiore mobilità fra i reparti: emblematico è 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. Nello stesso periodo sono stati infine registrati 5 *cluster* epidemiologicamente correlati nei quali il caso indice erano pazienti (3) o operatori sanitari (2).

## Conclusioni

Per quanto il concetto di "potenziale suscettibilità", adottato in questo lavoro, non si identifichi con l'assenza di una immunità specifica ma tenda piuttosto a evidenziare eventuali carenze nei meccanismi di controllo, il Policlinico dimostra una notevole "fragilità" nei confronti della penetrazione di queste comuni infezioni ed elevato è il rischio che queste diffondano agli operatori sanitari e ai pazienti. La mancanza di informazioni in una percentuale così elevata di contatti professionali comporta sempre notevoli perdite di tempo laddove un efficace contenimento di infezioni altamente contagiose richiede tempestività. Riteniamo che la "fragilità" del nostro ospedale non sia una prerogativa esclusiva, in quanto le condizioni predisponenti (età, resistenze culturali ai controlli ed alle vaccinazioni, scarsa sensibilità verso le misure di prevenzione, una certa farraginosità dei meccanismi di controllo e verifica in contesti tanto vasti ed articolati) siano elementi comuni a molteplici realtà assistenziali. In presenza poi di un tasso di immunocompetenza nota del tutto insoddisfacente è probabilmente più utile un approccio che colleghi la immunità certa nei confronti di queste e di altre infezioni altamente diffuse alla idoneità alla mansione specifica del lavoratore (D.lgs. 91/2008).



## IL MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO IN "DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO": UNA NUOVA ESPERIENZA FORMATIVA



Roberta Siliquini\*, Maria Rosaria Gualano\*\*, Renata Gili\*\*\*, Fabrizio Bert\*\*, Antonio Scarmozzino°

\*Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. Presidente del Consiglio Superiore di Sanità.

\*\*Ricercatore, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

\*\*\*Medico in formazione specialistica in Igiene, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

°Direttore Sanitario, Ospedale Molinette, Città della Salute e della Scienza, Torino



### Introduzione

A partire dall'Anno Accademico 2014-2015, la Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Torino, in collaborazione con ANMDO - Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere, ha organizzato il primo Master residenziale in Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

Negli ultimi decenni l'organizzazione ospedaliera è stata soggetta ad importanti trasformazioni. La progressiva riduzione delle risorse accompagnate dalla trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale e dall'introduzione di metodiche diagnostiche e terapeutiche sempre più complesse e rischiose si sono di fatto accompagnate a una vera rivoluzione culturale che vede da un lato una maggior consapevolezza del cittadino, dall'altro la necessità di un ruolo forte delle Direzioni Mediche di Presidio per la tutela della salute. Il Master si propone di fornire una elevata specializzazione di carattere interdisciplinare sulle competenze del Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero ed è diretto a soddisfare la diffusa richiesta di approfondimento culturale, nonché le esigenze di aggiornamento e qualificazione professionale degli operatori del settore.

### Contenuti

Il Master è partito a Novembre 2014 e attualmente è in svolgimento il Quarto modulo con i 14 iscritti provenienti dalle varie Regioni italiane. Il percorso formativo ha durata di 18 mesi ed è organizzato in formule settimanali (dal lunedì pomeriggio al giovedì mattina) e week-end (dal giovedì pomeriggio al sabato mattina), con lezioni teoriche e tirocini pratici.

È organizzato in 6 Moduli didattici (1. Le funzioni organizzative e gestionali nel presidio ospedaliero; 2. Le funzioni di prevenzione, igienico sanitarie e di gestione del parco edilizio e tecnologico; 3. Le funzioni medico-legali; 4. Le funzioni di promozione della Qualità; 5. Le funzioni scientifiche; 6. Le funzioni relazionali e di comunicazione). I docenti sono individuati in ambito universitario, in ambito di SSN e in professionalità specifiche.

### Conclusioni

I partecipanti dovranno acquisire un dettagliato e aggiornato bagaglio culturale di conoscenze e competenze tecniche inerenti l'igiene, l'organizzazione e la gestione ospedaliera. La forte cooperazione con la Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere (ANMDO) inoltre garantisce agli studenti percorsi formativi di elevatissima qualità.

Nel panorama italiano il Master può rappresentare un ottimo percorso per l'approfondimento di molti temi fondamentali per gli Specialisti in Igiene e Medicina Preventiva che vogliano intraprendere la carriera di Direttore Sanitario.

La frequenza alle lezioni è obbligatoria per un minimo del 70%. La SAA di Torino è la sede di svolgimento delle lezioni (più le varie sedi di tirocinio e di visite guidate che sono state effettuate presso strutture sanitarie all'avanguardia in Italia).



### I 6 moduli formativi del Master



Il conseguimento del master è subordinato al superamento di una prova finale di accertamento delle competenze complessivamente acquisite tenuto anche conto dell'attività di tirocinio, oltre che alla discussione della tesi. La prova finale porterà al conseguimento del titolo di "Master Universitario di II livello in Direzione Medica di Presidio Ospedaliero".



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



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





## LA GESTIONE DELL'ERRORE MEDICO: ISTITUZIONE DI UN MODELLO PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI NELL'A.O.R.N. DEI COLLI DI NAPOLI (MONALDI-COTUGNO-CTO)

VITTORIOSO L.⊙.; SAGLIOCCO G.\*; BAMONTE E.\*; RAIOLA E.°; PAGANO L.ˆ; BOCCIA M.C.⊙; BERNARDO A.⊙; DIANA M.V.⊙; LONGO G.\*\*; CAPASSO A.⊙; MAIORINO C. ●; SILVESTRI N.\*\*\*; GIORDANO A.\*\*\*\*

⊙ MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE DIREZIONE SANITARIA OSPEDALE MONALDI; \*DIRIGENTE MEDICO DIREZIONE SANITARIA OSPEDALE MONALDI; \*\* DIRETTORE SANITARIO OSPEDALE MONALDI; \*\*\*DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE AORN DEI COLLI; \*\*\*\*DIRETTORE GENERALE AORN DEI COLLI; °MEDICO SPECIALISTA IN IGIENE E MED. PREV OSPEDALE MONALDI; ˆINFERMIERA EPIDEMIOLOGA OSPEDALE MONALDI; ⊙DIRIGENTE MEDICO STAFF DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE AORN DEI COLLI; ⊙ MEDICO STAFF DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE AORN DEI COLLI; ⊙DIRETTORE SANITARIO OSPEDALE COTUGNO; ●DIRETTORE SANITARIO OSPEDALE CTO

### INTRODUZIONE

Il rischio clinico è definibile come “l’eventualità di subire un danno come conseguenza di un errore”. Il perseguimento di obiettivi di qualità e sicurezza nell’assistenza e l’aumento dei contenziosi tra medici e pazienti, con i loro costi assicurativi e legali, dimostrano l’importanza della prevenzione e gestione degli errori medici. Il principio di “Imparare dagli errori e prevenire il loro ripetersi” trova una prima difficoltà nella barriera culturale a percepire ed ammettere l’errore, superando sia distorsioni cognitive nell’applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici validati da linee guida e sia il timore di giudizi negativi e di sanzioni che attiva comportamenti di difesa e di omertà.

### KEY-WORDS

- ERRORE MEDICO
- PRATICA CLINICA
- RISCHIO PROFESSIONALE

### CONTENUTI

Allo scopo di aumentare la comprensione degli errori e la sicurezza dei pazienti ricoverati, presso l’AORN dei Colli di Napoli è stato implementato un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, come evidenziate dalle raccomandazioni ministeriali, con l’obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose, fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l’assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema, con l’obiettivo di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi. E’ stata implementata la rilevazione e l’analisi degli errori e gli interventi a favore dei pazienti danneggiati e degli operatori responsabili con l’elaborazione di un percorso aziendale e di una checklist distribuita a tutto il personale sanitario dell’AORN dei Colli. Dall’analisi preliminare dei dati acquisiti, riferiti al primo semestre del 2015, è emerso che gli errori medici non sono dovuti solo alla responsabilità personale degli operatori (negligenza, imperizia, imprudenza, errore cognitivo), ma spesso sono concausati da carenze del sistema organizzativo nei percorsi di cura multidisciplinari.

### CONCLUSIONI

Alla luce dei primi dati ottenuti gli interventi utili a gestire il rischio clinico sono così riassumibili:  
Istituzione di un sistema di rilevazione e analisi degli errori comprendente la creazione di un database;  
Formazione clinica con simulazione guidata nella gestione dei casi e nell’applicazione pratica di percorsi diagnostico terapeutici;  
Condivisione dei dati sanitari in rete per un lavoro multidisciplinare interattivo e Informatizzazione delle prescrizioni;  
Formazione sulla comunicazione efficace medico-paziente e sulla corretta acquisizione del consenso informato per ridurre il rischio di contenziosi legali;  
Audit interni con l’obiettivo di riconoscere che l’errore va compreso e il disagio dell’ammissione va trasformato nella percezione motivante di un’opportunità costruttiva per imparare una migliore pratica clinica, a vantaggio della sicurezza dei pazienti e della propria crescita professionale e umana.

l.vittorioso@libero.it

## Il Pronto Soccorso come luogo di cure di fine vita e luogo di morte per i pazienti oncologici

Daniela Zolli<sup>1</sup>, Silvia Reggiani<sup>1</sup>, Paolo Pronzato<sup>2</sup>, Francesca Casabona<sup>3</sup>, Matteo Lambertini<sup>4</sup>, Simona Morganti<sup>5</sup>, Giovanni Orengo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Medici in Formazione Specialistica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova  
<sup>2</sup> Direttore, U.O. Oncologia Medica 2, IRCCS AOU San Martino-IST  
<sup>3</sup> Medico, U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP, IRCCS AOU San Martino-IST  
<sup>4</sup> Medico in Formazione Specialistica, U.O. Oncologia Medica 2, IRCCS AOU San Martino-IST  
<sup>5</sup> Dirigente Medico, U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP, IRCCS AOU San Martino-IST  
<sup>6</sup> Direttore, U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP, IRCCS AOU San Martino-IST

### Introduzione

Le neoplasie rappresentano una delle principali cause di morte nel mondo e il tema dell'assistenza al malato oncologico nella fase terminale della malattia ha assunto sempre più negli ultimi anni una forte rilevanza clinica ed etica. Il modello assistenziale proposto per i malati oncologici in fase terminale si basa sull'assistenza extra-ospedaliera, ovvero sulla permanenza del paziente al domicilio, resa possibile con il supporto delle cure palliative, degli Hospice e di strutture intermedie. Se da un lato tale modalità di organizzazione dell'assistenza incontra il favore dei pazienti e dei loro familiari, oltre che quello della comunità scientifica, dall'altro la percentuale di pazienti che decedono in ospedale ed, in particolare, nei Pronti Soccorso (PS) rimane elevata.

Per meglio comprendere la qualità dell'assistenza erogata e l'utilizzo delle risorse utilizzate durante la fase terminale della vita dei pazienti con diagnosi di cancro, abbiamo condotto uno studio retrospettivo su una coorte di pazienti deceduti in un anno nel Pronto Soccorso dell'IRCCS San Martino-IST di Genova.

### Contenuti

Si tratta di uno studio descrittivo di popolazione. Attraverso le Schede di Dimissione Ospedaliera, sono stati identificati tutti i pazienti con diagnosi oncologica, morti nel 2013 presso il Pronto Soccorso del nostro Istituto. Sono stati esclusi coloro i quali, pur avendo avuto il primo accesso in PS, sono morti in un'altra Unità Operativa. I dati sul motivo del ricovero e sull'assistenza ricevuta in Pronto Soccorso, sono stati desunti dalla lettura delle cartelle cliniche.

Dei 381 pazienti oncologici morti nel 2013 nel nostro Istituto, 254 hanno avuto un primo ricovero in PS. Di questi pazienti, 108 (45.4% femmine e 54.6% maschi) sono deceduti in questa sede e sono stati quindi inclusi nello studio. L'età mediana è risultata pari a 78 anni (IQR = 69 - 86). Al triage a 53 pazienti è stato affidato il codice rosso, a 48 il codice giallo e a 7 il codice verde. I tumori più frequentemente riscontrati sono stati: polmone (25.9%), mammella (9.3%) e fegato (9.3%). La degenza mediana in PS è stata di 23.5 ore (IQR = 10 - 58.3). Dei pazienti che avevano disponibili i dati sull'uso di chemioterapia e radioterapia, il tempo mediano tra l'ultimo ciclo di chemioterapia e il ricovero in PS è risultato pari a 41 giorni (IQR = 19 - 91), e dall'ultima radioterapia 201 giorni (IQR = 23 - 312). I motivi che hanno portato più frequentemente i pazienti in PS sono stati: l'insufficienza respiratoria (54.6%), il dolore (16.7%), e la cachessia (14.8%). Su un totale di 135 procedure diagnostiche effettuate negli ultimi 3 giorni di vita del paziente, le più comuni sono state: le radiografie (56.3%) e le TC (19.3%). Le terapie più frequentemente somministrate sono state: antibiotici (17.6%), antidolorifici (10.2%) e sedativi (8.3%). 5 pazienti (4.6%) sono stati sottoposti a procedure rianimatorie. La consapevolezza da parte dei medici e degli infermieri della fase terminale della malattia, rilevabile dalla cartella, non era presente nel 7.4% e nell'8.3% dei casi, rispettivamente. Nel 18.5% casi non era documentato in cartella un colloquio con i familiari del paziente.

### Conclusioni

I pazienti oncologici sono dei grandi utilizzatori di risorse nella fase terminale della loro vita. In un'ottica di qualità, appropriatezza e di sostenibilità, si rendono necessarie ulteriori analisi al fine di valutare sia le ragioni del ricorso di questo tipo di pazienti all'assistenza ospedaliera sia il corretto utilizzo delle risorse durante la fase terminale della vita.



# A PORTATA DI TABLET



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

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



Scansiona il codice QR e apri con il browser

Consulta e Scarica

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

Condividi

la web app

Visita

il sito [www.anmdo.org](http://www.anmdo.org)

**EDICOM**



# 42° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.



**13 -14**  
**Ottobre**  
**2016**  
**Palazzo**  
**dei Congressi**

**26<sup>TH</sup> EAHM CONGRESS**  
BOLOGNA ITALY-2016



**La Sanità Sostenibile orientata al Futuro**  
**Competenze e Responsabilità**

**CONGRESSO NAZIONALE ANMDO**

**Leadership, Competenza e Responsabilità in Sanità**

**Bologna, 12-13-14 Ottobre 2016**

**Palazzo dei Congressi**

## LEADERSHIP, COMPETENZA E RESPONSABILITÀ IN SANITÀ

Gestire la Sanità nel nostro tempo significa trovare soluzioni innovative per rispondere a sfide epocali: allungamento della vita media e aumento della prevalenza delle malattie cronico-degenerative, globalizzazione e migrazioni, maggiore impiego di risorse per diagnosi e cure, fenomeni di consumismo sanitario, innovazioni tecnologiche e terapeutiche, etc... Siamo di fronte ad un quadro demografico caratterizzato da una popolazione più longeva, ma maggiormente bisognosa di assistenza che mette in crisi la sostenibilità dei sistemi sanitari nazionale e regionale. La contrazione dei sistemi di welfare, correlata al ciclo di crisi economica e alle scelte politiche di “spending review”, ha aggravato le disuguaglianze esistenti, creando spesso mancanza di equità nell’accesso ai servizi. In uno scenario simile occorre non perdere i punti di riferimento fondamentali, rappresentati dalla consapevolezza che l’obiettivo primario e imprescindibile è costituito dalla garanzia del soddisfacimento dei bisogni e di risposta alle aspettative di salute e di accesso alle cure di alta qualità da parte della popolazione. Questo richiama tutti i soggetti interessati, e soprattutto i Manager della sanità, a nuovi modelli di intervento e ad un più alto livello di responsabilità. Occorre essere consapevoli che servono nuove competenze e nuovi approcci per promuovere e governare i necessari cambiamenti in una prospettiva di organizzazione sanitaria ormai modificata e che il SSN, come la gran parte dei Servizi Sanitari europei, si confronta oggi con nuove

importanti sfide assistenziali. Diventa pertanto decisivo il tema della “leadership” in ogni settore della società e a tutti i livelli delle organizzazioni per considerare la salute come una scelta e una priorità politica e la sanità come fonte di ricchezza, come risorsa e come investimento piuttosto che costo. È quindi opportuno impegnarsi per una nuova generazione di “public health leaders” che non abbiano solo conoscenze sulle tematiche di sanità pubblica, ma anche competenze nella comunicazione e siano capaci di sostenere, promuovere, migliorare la salute collettiva in ogni ambito. Leaders che si sapranno adattare ai cambiamenti in un contesto socio-sanitario in rapida evoluzione, che superino le incertezze ed ambiguità del sistema, che siano capaci di resilienza rispetto alle sollecitazioni legate all’aumento dei costi e alla contrazione delle risorse, che sappiano affrontare le pressanti sfide dell’organizzazione del lavoro a fronte di una sempre più crescente domanda dell’utenza e coniugare al meglio le attuali professionalità con i nuovi percorsi assistenziali e modelli di cura.

Pertanto l’attuale realtà sanitaria e le esigenze assistenziali e preventive richiedono non solo le competenze manageriali per le attività di pianificazione, organizzazione, direzione e controllo, ma anche abilità più complesse di leadership capaci di influenzare, motivare e rendere possibile il perseguimento degli obiettivi, rispettando le linee programmatiche, i ruoli di tutti i professionisti coinvolti e la sostenibilità del sistema sanitario.

*Il Presidente Nazionale  
La Segreteria Scientifica*

### ORGANIZZAZIONE SCIENTIFICA DEL CONGRESSO

#### **PRESIDENTE**

Gianfranco Finzi

#### **COMITATO SCIENTIFICO-ORGANIZZATIVO**

Amendola Pasquale Francesco  
Appicciafuoco Alberto  
Battista Antonio  
Benvenuto Antonella  
Bisetto Francesco  
Brusaferro Silvio  
Cuppone Maria Teresa  
Del Giudice Carmelo  
Kob Karl

Lanzetta Rosario  
Li Donni Renato  
Matarazzo Giuseppe  
Messori Ioli Giovanni  
Mura Ida  
Nicastro Ottavio  
Pellicano' Angelo  
Pelissero Gabriele  
Ponzetti Clemente  
Predonzani Roberto  
Reggiani Stefano  
Scarmozzino Antonio  
Schirripa Giuseppe  
Serafini Gianluca

Siliquini Roberta  
Stalteri Domenico  
Tattini Laura  
Zuccarello Giuseppe  
Segreteria Scientifica  
Appicciafuoco Alberto  
Chittaro Michele  
Kob Karl  
Mura Ida Iolanda  
Nicastro Ottavio  
Pelissero Gabriele  
Ripa Franco  
Siliquini Roberta

**MERCOLEDÌ 12 OTTOBRE 2016**

**Ore 9.30 Presentazione del Congresso**  
Finzi Gianfranco, Mura Ida Iolanda,  
Giovanni Pieroni

Lettura Magistrale  
**Leadership, Competenza  
e Responsabilità in Sanità**  
Domenico Bodega

Presentazione dei risultati della ricerca Anmdo  
in collaborazione con MSD Italia: "Percepire e  
gestire l'innovazione in Sanità Il 'clima' dell'in-  
novazione secondo il Direttore Sanitario"  
a cura di Gianfranco Finzi

**Ore 10.30 PRIMA SESSIONE**  
**I nuovi standard ospedalieri**

Moderatori: Antonio Battista – Giovanni Pieroni

**Relazione di Inquadramento  
Nazionale**

Renato Alberto Mario Botti  
(invitato)

**Relazione di Inquadramento  
Regionale**

Gianni Giovannini  
Domenico Mantoan  
Joseph Polimeni  
Le Applicazioni nelle Aziende  
Chiara Gibertoni  
Carlo Nicora  
Daniela Pedà  
Angelo Pellicanò  
Giuseppe Sechi  
Le Applicazioni nel Privato  
Barbara Cittadini  
Dalla parte dei cittadini  
Tonino Aceti

**Ore 14.00 SECONDA SESSIONE**  
**LA FORMAZIONE GESTIONALE**

Moderatori: Francesco Bisetto - Ida Iolanda Mura

**Esperienze nazionali:**

Carlo Favaretti  
Franco Ripa  
Gabriele Romano  
Tavola rotonda:  
Francesco Auxilia  
Renato Li Donni  
Carlo Signorelli  
Francesco Soncini

**Ore 16.30 Sessione presentazione Poster**  
Moderatori: Paola Antonioli – Domenico Stalteri

**Ore 16.30 Sessione presentazione  
Comunicazioni**

Moderatori: Pasquale Francesco Amendola -  
Giuseppe Schirripa

**SEMINARI:**

**Ore 14.00 Seminario:**  
**Gli ospedali del futuro  
in collaborazione con Siais**

Moderatori Mattia Altini - Marcello Fiorenza

**Ore 14.00 Le linee di tendenza delle fun-  
zioni ospedaliere nel futuro**

Giorgio Mazzi

**Ore 14.30 Gli ospedali monospécialistici:  
Quale futuro?**

Giovanni Pieroni- Mario Tubertini

**Ore 15.00 La flessibilità dell'organismo  
edilizi, mito o realtà?**

Gabriele Zingaretti

**Ore 15.30 Struttura ed efficienza gestionale  
(percorsi, trasporti  
ed approvvigionamenti)**

Anselmo Campagna

**Ore 16.00 Elementi caratterizzanti  
la qualità e il comfort  
per i pazienti e gli operatori**

Augusto Cavina

**Ore 16.30 Alla fine del seminario è previ-  
sta una visita tecnica al Polo Cardio Tor-  
cico Vascolare presso l'Ospedale Universi-  
tario Policlinico S. Orsola-Malpighi.**

La partecipazione è possibile solo dopo l'iscri-  
zione al Congresso. Maggiori informazioni:  
<http://anmdo.eventicongressimeeting.it/>

**GIOVEDÌ 13 OTTOBRE 2016****SEMINARI:**

**Ore 16.30 Seminario:**  
**La responsabilità professionale:  
quale futuro?**

Moderatori: Clemente Ponzetti  
Alberto Appicciafuoco  
**Relazione introduttiva**  
Federico Gelli  
**Interventi di:**  
Antonio Catricalà  
Benedetto Fucci  
Filippo Leonardi  
Vittorio Manes  
Andrea Minarini  
Marino Nonis

**SEMINARI:**

**Ore 16.30 Seminario:**  
**Migranti ed emergenze sanitarie**

Moderatori: Rosario Cunsolo  
Giuseppe Matarazzo

**Relazione introduttiva**  
Raniero Guerra

**Interventi di:**  
Pietro Bartolo  
Vito De Filippo  
Salvatore Geraci  
Michele Lo Iudice  
Pierluigi Lo Palco

**VENERDÌ 14 OTTOBRE 2016****SEMINARI:**

**Ore 09.00 Seminario:**  
**La comunicazione in sanità:  
quali NUOVI attori?**

Moderatori: Gianluca Serafini  
Francesca Ciralo

**Relazione introduttiva:**  
Simona Ravizza

**Interventi di:**  
Maria Teresa Cuppone  
Gianluca Foresti  
Silvia Pierotti  
Piera Poletti  
Mario Tubertini  
Francesco Venneri

**SONO IN VIA DI DEFINIZIONE  
I SEGUENTI SEMINARI:**

**Ecosistema microbico delle superfici nosocomiali e resistoma: Le nuove ricerche scientifiche sulla riduzione del rischio infettivo con il sistema di igiene PCHS**

**Alimentazione ospedaliera: come soddisfare le esigenze del paziente nell'era della spending review**

**VISITE TECNICHE:****MERCOLEDÌ 12 OTTOBRE**

Per i soli partecipanti il seminario in collaborazione S.I.A.I.S: Gli ospedali del futuro è prevista la visita al nuovo Polo Cardio Toracico Vascolare dell'Ospedale Universitario Policlinico S. Orsola-Malpighi.

*La partecipazione è a numero chiuso ed è possibile solo dopo l'iscrizione al congresso. Maggiori informazioni:*  
<http://anmdo.eventicongressimeeting.it/>

**Visita tecnica ad alcuni Istituti di Salute Mentale dalle 9 alle 17,30 secondo il seguente calendario:**

- 09.00 - 10.30: Casa della salute di via Nani e centro salute mentale  
11.00 - 11.30: Sede di via Pepoli: coffee break con il gruppo di "artisti irregolari"  
11.30 - 12.30: Incontro con direzione del Dipartimento di Salute Mentale e con la Clinica Psichiatrica dell'Università  
13.00 - 15.00: Pranzo al "Provvidone" e incontro con l'Associazione "Prisma"  
15.00 - 17.30 Visita ad una delle seguenti strutture secondo disponibilità:  
- PsicoRadio (intervista ad alcuni ospiti)  
- Teatro "Arena del sole" esperienze di teatro di prosa con pazienti psichiatrici  
- Servizi di neuropsichiatria infantile  
- Servizi "Corte Roncati" (disabilità intellettive, neurosensoriali, neuromotorie)  
- Servizio per le tossicodipendenze di via Carpaccio  
- Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Maggiore

*La partecipazione è a numero chiuso ed è possibile solo dopo l'iscrizione al congresso e il pagamento della quota congressuale e della quota aggiuntiva. Maggiori informazioni:*  
<http://anmdo.eventicongressimeeting.it/>

## PROGRAMMA SOCIALE: CONGRESSISTI E ACCOMPAGNATORI

### GIOVEDÌ 13 OTTOBRE

#### Cena di Gala

Palazzo Isolani  
(via Santo Stefano, 16)

*La partecipazione è possibile solo dopo l'iscrizione e il pagamento della quota di euro 73,00.*  
<http://anmdo.eventicongressimeeting.it/>

### SABATO 15 OTTOBRE

#### Gita a Firenze

- Partenza in bus da Bologna
- Appuntamento con la guida in Lungarno della Zecca, ed in bus, percorrendo il Viale dei Colli, veduta panoramica dal Piazzale Michelangelo e visita alla Basilica San Miniato al Monte.
- Rientro in centro città per passeggiata in P.za Signoria, Ponte Vecchio e visita alla Basilica di S. Croce
- Pausa pranzo libera.
- Al pomeriggio visita al Grande Complesso del Duomo.
- Rientro a Bologna nel tardo pomeriggio in bus.

*La partecipazione è possibile solo dopo l'iscrizione e il pagamento della quota di partecipazione. Maggiori informazioni:*  
<http://anmdo.eventicongressimeeting.it/>

## PROGRAMMA ACCOMPAGNATORI:

### MERCOLEDÌ 12 OTTOBRE - BOLOGNA

L'itinerario ha inizio con Piazza Maggiore, cuore della città. Qui si affacciano i monumenti civici di origine medievale: il Palazzo di Re Enzo, che prende il nome dall'illustre prigioniero, figlio dell'imperatore Federico II di Svevia; il Palazzo Comunale la Sala Farnese e l'appartamento del Legato, testimonianza del periodo pontificio; il Palazzo dei Notai, sede della potente corporazione; il Palazzo del Podestà, architettura quattrocentesca

voluta dai Bentivoglio, Signori di Bologna; il Palazzo dei Banchi, quinta scenografica progettata dal Vignola; la Fontana del Nettuno, capolavoro manierista del Giambologna. Infine la gotica Basilica di S. Petronio, con il portale maggiore incorniciato dalle sculture di Jacopo della Quercia, e all'interno, la cappella Bolognini e la meridiana del Cassini. Visita alla Basilica di S. Francesco, S. Maria della Vita, S. Domenico per la visita della Cappella del Santo.

Percorrendo il portico del Pavaglione, il passeggio elegante dei Bolognesi, si raggiunge il cinquecentesco Palazzo dell'Archiginnasio, antica sede dell'Università, decorato da migliaia di stemmi di studenti; all'interno, il seicentesco Teatro Anatomico, utilizzato per le dissezioni e abbellito da un ricco apparato scultoreo. Attraverso i pittoreschi vicoli del Mercato di Mezzo, tra salumerie, pastifici, pescherie, si raggiunge la splendida piazza S. Stefano, con il complesso monastico medievale di S. Stefano, detto "La Gerusalemme di Bologna" o "Le Sette Chiese". Si raggiunge il gotico Palazzo della Mercanzia, affiancato da case del '200 con portici lignei, per terminare presso le Due Torri, simbolo della città.

Programma di circa 4 ore.

*La partecipazione è possibile solo dopo l'iscrizione alla gita tramite il sito:*  
<http://anmdo.eventicongressimeeting.it/>

### GIOVEDÌ 13 OTTOBRE - PARMA

Partenza in bus da Bologna. Incontro con la guida e visita guidata classica del centro storico di Parma in cui si ammireranno monumenti unici tra cui: il Teatro Farnese, la Camera di San Paolo, il Parco Ducale, la Chiesa della Steccata, Battistero, Duomo e alla Chiesa di San Giovanni entrambe con le cupole affrescate dal grande Correggio. Pausa pranzo libera oppure pranzo presso Ristorante La Filoma (costo aggiuntivo euro 30,00) Nel primo pomeriggio trasferimento alla Rocca di Soragna. Rientro a Bologna nel tardo pomeriggio in bus.

*La partecipazione è possibile solo dopo l'iscrizione alla gita tramite il sito:*  
<http://anmdo.eventicongressimeeting.it/>

**VENERDÌ 14 OTTOBRE - FERRARA**

Partenza in bus da Bologna. Visita alla Ferrara medievale con ingresso al Castello Estense, monumento principale della città e sede dell'esposizione La libertà dell'arte. Tra verità e immaginazione: un nuovo allestimento che, a partire da giugno prossimo e fino al 31 dicembre, affiancherà a Giovanni Boldini e Filippo De Pisis importanti lavori tra '800 e '900 di Gaetano Previati e Giuseppe Mentessi.

Il percorso potrà proseguire nel cuore della città medievale con la visita alla cattedrale romanico gotica, le antiche vie San Romano e delle Volte, per raggiungere il ghetto ebraico con la Sinagoga in via Mazzini, l'ex Scuola Sefardita in via Vittoria, la piazzetta Isacco Lampronti e la via Vignatagliata. Pausa pranzo libera oppure Ristorante La Romantica (costo aggiuntivo euro 30,00) Dopo il pranzo si raggiungerà il Palazzo Schifanoia per l'illustrazione, nel salone dei

mesi, del famoso ciclo pittorico del pieno '400, opera di quella che Roberto Longhi ha chiamato "Officina Ferrarese" per indicare la bottega di Cosme' Tura, i dipinti, tra gli altri, di Francesco del Cossa e Ercole de Roberti. Passeggiata nell'Addizione Rinascimentale di Ferrara, lungo la via "più bella d'Europa" come è stato chiamato il Corso Ercole primo d'Este per l'intatta prospettiva rinascimentale, a raggiungere il Quadrivio storico di Palazzo dei Diamanti e la piazza Nova, oggi Ariosteia.

Possibilità di visitare la mostra che sarà allestita a Palazzo Diamanti: "Orlando Furioso 500 anni. Che cosa vedeva Ariosto quando chiudeva gli occhi" (costo aggiuntivo euro 16,00). Rientro a Bologna nel tardo pomeriggio in bus.

*La partecipazione è possibile solo dopo l'iscrizione alla gita tramite il sito:*

*<http://anmdo.eventicongressimeeting.it/>*

**DESTINATARI**

- Medici di Direzione Organizzativa Ospedaliera
- Medici Igienisti
- Medici di Sanità Pubblica
- Medici di Distretto
- Direttori Medici di Presidio Ospedaliero
- Direttori Sanitari Aziendali
- Specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva
- Architetti e Ingegneri che operano nel settore della Sanità
- Dirigenti Amministrativi della Sanità
- Dirigenti e Coordinatori Infermieristici e Tecnico-Sanitari
- Direttori di Dipartimento
- Direttori Generali
- Direttori di Struttura Complessa
- Docenti Universitari nelle discipline igienistiche
- Professionisti e altri Operatori delle Organizzazioni Sanitarie
- Esperti della materia
- Personale delle professioni sanitarie

**ECM  
EDUCAZIONE CONTINUA  
IN MEDICINA**

Il 42° Congresso Anmdo e il 26° Congresso EAHM sono accreditati presso il Ministero della Salute e riconoscono ai partecipanti i crediti ECM. L'accreditamento sarà per singolo seminario o plenaria.

Ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi è **INDISPENSABILE** la presenza effettiva al 100% della durata complessiva delle singole sessioni accreditate e almeno il 75% delle risposte corrette al questionario di valutazione dell'apprendimento.

Non saranno previste deroghe a tali obblighi.

**I PREMI SCIENTIFICI**

L'impegno dell'ANMDO come promotore di innovazione ed evoluzione scientifica si fonda sulla volontà di dare spazio anche per il 2016 ai contributi scientifici dei partecipanti, premiando la rilevanza scientifica del contenuto, l'originalità dello studio e l'efficacia della presentazione.

## LE COMUNICAZIONI

Le comunicazioni dovranno essere inviate da tutti gli iscritti al Congresso, esclusi i componenti del Comitato Direttivo e del Comitato Scientifico dell'ANMDO, alla segreteria nazionale ANMDO al seguente indirizzo mail:

e-mail: [comunicazioni.anmndo@gmail.com](mailto:comunicazioni.anmndo@gmail.com)

Il testo, dovrà essere strutturato in: Titolo, Nomi autori (es. Rossi M.; Bianchi S.), Carica e struttura di appartenenza autori, Parole chiave (max 3), Introduzione, Materiali e metodi, Risultati. Grafici e tabelle, non più di due, dovranno essere in bianco e nero.

I lavori dovranno essere in formato Word 97-2003, con carattere Times New Roman, grandezza 10, interlinea 1, bordo 2 cm su tutti i lati. Titolo (max 100 battute), testo (max 3500 caratteri spazi inclusi e max 2500 caratteri spazi inclusi, in presenza di grafico o tabella). Andrà indicato l'Autore che, se accettato, presenterà il lavoro. È obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore. Ciascun iscritto al Congresso può presentare una sola Comunicazione come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altre Comunicazioni. Le Comunicazioni che non si atterranno alle presenti indicazioni non saranno accettate e quindi non verranno pubblicate sugli Atti del Congresso.

La scadenza per l'invio dei contributi scientifici è fissata entro e non oltre il 20 settembre 2016. Verranno selezionate 24 Comunicazioni tra quelle pervenute; il primo Autore verrà avvisato con anticipo se la Comunicazione è stata accettata per essere presentata in sede congressuale. Ai 24 autori delle Comunicazioni prescelte verrà rilasciato un attestato di merito da parte di ANMDO che certifica l'accettazione del lavoro per la presentazione e partecipazione al concorso. Le 24 comunicazioni prescelte saranno pubblicate sulla rivista "L'Ospedale".

Al vincitore saranno attribuiti i seguenti premi:

1° classificato	1.000,00 euro
2° classificato	500,00 euro
3° classificato	250,00 euro

Tutte le Comunicazioni pervenute e a norma in base a quanto sopra descritto, verranno pubblicate sugli Atti del Congresso.

Le Comunicazioni saranno di proprietà dell'Anmndo e saranno trattenute ed utilizzate da Anmndo ai fini della pubblicazione sugli strumenti di comunicazione dell'Associazione.

## I POSTER

I Poster, possono essere presentati da tutti gli iscritti al Congresso esclusi i componenti del Comitato Direttivo e del Comitato Scientifico dell'ANMDO. Gli interessati dovranno segnalare sulla scheda di iscrizione la volontà di presentare un Poster. È obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore. Ciascun iscritto al Congresso può portare un solo Poster come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altri Poster. I Poster pervenuti entro il 20 settembre 2016 e accettati dalla Segreteria Scientifica saranno esposti in sede congressuale.

Ai vincitori saranno attribuiti i seguenti premi:

1° classificato	1.000,00 euro
2° classificato	500,00 euro
3° classificato	250,00 euro

Gli abstract dei Poster dovranno essere inviati esclusivamente alla segreteria nazionale ANMDO previa iscrizione al Congresso, al seguente indirizzo e-mail: [poster.anmndo@gmail.com](mailto:poster.anmndo@gmail.com).

I poster devono avere dimensioni massime di cm 70x100 (LXH). I testi (3.500 caratteri solo testo, 2.500 caratteri in presenza di grafico o tabella, non più di 2, in bianco e nero) dovranno essere strutturati come segue: Titolo, max 100 battute, Nomi autori, Carica e struttura di appartenenza autori, Parole chiave (max 3), Introduzione, Contenuti, Conclusioni.

I lavori dovranno essere inviati in formato word 97-2003, (carattere Times New Roman, grandezza 10, interlinea 1, bordo 2 cm su tutti i lati) e in formato PDF nella loro forma definitiva di presentazione, al medesimo indirizzo e con la stessa scadenza. I Poster che non si atterranno alle presenti indicazioni non saranno accettati e quindi non verranno pubblicati sugli Atti del Congresso. Ai 12 autori dei Poster prescelti per concorrere all'assegnazione dei premi verrà chiesto di presentare oralmente il lavoro (7 minuti) e verrà rilasciato un attestato di merito da parte di ANMDO che certifica il superamento della selezione per la partecipazione al concorso per l'assegnazione dei premi. I 12 Poster prescelti saranno pubblicati sulla rivista L'Ospedale. Tutti i poster pervenuti e a norma in base a quanto sopra descritto verranno pubblicati sugli atti del Congresso.

Verranno accettati Comunicazioni e Poster inerenti le seguenti tematiche:

- Ambiente e Ospedale
- Distretto socio-sanitario
- Documentazione sanitaria
- Edilizia Sanitaria
- Etica
- Formazione
- Health Technology Assessment
- Horizon Scanning
- Igiene Ospedaliera
- Infezioni correlate all'assistenza
- Information Technology
- Innovazione in Sanità
- Legislazione sanitaria
- Logistica ospedaliera
- Organizzazione sanitaria
- Ospedale ecologico
- Programmazione, organizzazione e gestione sanitaria
- Qualità
- Rischio Infettivo
- Risk Management
- Servizi in gestione appaltata
- Sicurezza in ospedale
- Tutela dei dati
- Valutazione delle Performance

I Poster saranno di proprietà dell'Anmdo e saranno trattenuti ed utilizzati da Anmdo ai fini della pubblicazione sugli strumenti di comunicazione dell'Associazione.

## 2° CONCORSO LETTERARIO ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

### DESTINATARI

Potranno partecipare tutti i professionisti soci ANMDO

### FINALITÀ DEL CONCORSO

Il concorso si prefigge lo scopo di sviluppare forme artistiche tra gli Associati ANMDO.

Al vincitore sarà attribuito il seguente premio:

1° classificato 500,00 euro

### MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

Ogni partecipante, regolarmente iscritto al Congresso, può inviare, entro e non oltre il 20 settembre 2016, il manoscritto inedito e non presentato in concorsi precedenti pena esclusione dal concorso. I lavori non dovranno superare la lunghezza massima di 15 cartelle giornalistiche (30 righe per 60 battute, pari a circa 1.800 caratteri, spazi inclusi, per pagina). Le battute complessive, spazi bianchi compresi, dovranno essere al massimo 27.000, sarà tollerata una lunghezza massima di 17 cartelle, corrispondenti al massimo a 31.600 battute, spazi bianchi

compresi. I lavori eccedenti il limite di tolleranza saranno scartati ed esclusi dalla valutazione della Giuria. Il carattere utilizzato dovrà essere Times New Roman. Il corpo del testo 12 e l'interlinea 14. I manoscritti, copia cartacea in formato word e su supporto digitale, dovranno essere spediti tramite e-mail all'indirizzo [anmdo.segreteria@gmail.com](mailto:anmdo.segreteria@gmail.com) e tramite posta ordinaria in busta protetta all'indirizzo:

Segreteria Redazione Concorsi Congresso ANMDO: Segreteria Nazionale ANMDO c/o Casa di Cura Villa Erbosa - ospedale privato accreditato

Via dell'Arcoveggio 50/2 - 40129 Bologna  
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108 - Cell. 333/8105555

Dr.ssa Anna Maria De Palma [anmdo.segreteria@gmail.com](mailto:anmdo.segreteria@gmail.com)

Il manoscritto sarà di proprietà dell'ANMDO e potrà essere utilizzato per la sua pubblicazione sui network dell'Associazione.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti riguardanti i concorsi è possibile rivolgersi alla Segreteria Nazionale ANMDO nella persona di: Dott.ssa Anna Maria De Palma  
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108 - Cell. 333/8105555

e-mail: [anmdo.segreteria@gmail.com](mailto:anmdo.segreteria@gmail.com)

## 4° CONCORSO FOTOGRAFICO ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici delle  
Direzioni Ospedaliere

### DESTINATARI

Potranno partecipare tutti i professionisti  
soci ANMDO

### FINALITÀ DEL CONCORSO

Il concorso si prefigge lo scopo di svilup-  
pare forme artistiche tra gli  
Associati ANMDO.

### TEMA DEL CONCORSO

#### I "volti" dell'Europa

Al vincitore sarà attribuito il seguente  
premio:

1° classificato 500,00 euro

### MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

Ogni partecipante, regolarmente iscritto al  
Congresso, può inviare, entro e non oltre  
il 20 settembre 2016 da un minimo di una  
fotografia ad un massimo di 5 fotografie,  
non presentate in concorsi precedenti pe-

na esclusione dal concorso.

Le fotografie possono essere all'origine di-  
gitali o analogiche. I soggetti, la tecnica  
ed il colore delle fotografie sono liberi,  
devono attenersi al tema del concorso.

Le fotografie, stampate su carta lucida  
(formato minimo cm 18x24) e in formato  
digitale, dovranno essere spedite tramite  
posta ordinaria in busta protetta all'in-  
dirizzo:

Segreteria Redazione Concorsi Congresso  
ANMDO: Segreteria Nazionale ANMDO  
c/o Casa di Cura Villa Erbosca - ospedale  
privato accreditato

Via dell'Arcoveggio 50/2 - 40129 Bologna  
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108

Cell. 333/8105555

Dr.ssa Anna Maria De Palma

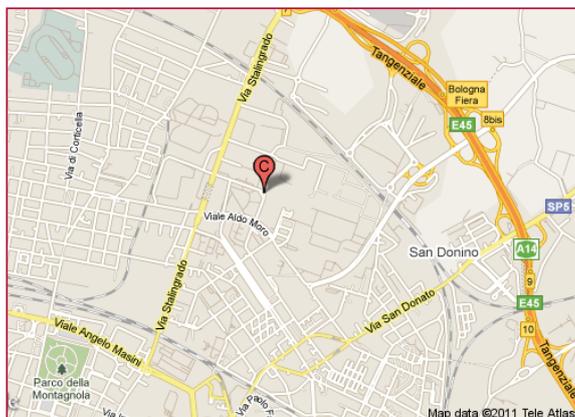
anmdo.segreteria@gmail.com

www.anmdo.org

Il materiale fotografico sarà di proprietà  
dell'ANMDO e potrà essere utilizzato per  
la sua pubblicazione sui network dell'As-  
sociazione.

### LA SEDE DEL CONGRESSO

Palazzo dei Congressi e della Cultura  
Bologna - Piazza della Costituzione, 5



### DALLA STAZIONE FS

La Stazione Centrale di Bologna si trova a soli  
10 minuti dal Palazzo dei Congressi e della

Cultura ed è collegata con gli autobus dalla  
linea Tper A con tariffa urbana BolognaFiere  
ed è collegata agli ingressi di Piazza Costitu-  
zione e Viale Aldo Moro

■ Stazione -> Fiera = linea bus 35 e 38

■ Fiera -> Stazione = linea bus 35 e 39

### DALL'AEROPORTO

l'Aeroporto Internazionale Guglielmo Mar-  
coni è collegato al Palazzo dei Congressi e  
della Cultura con il servizio navetta AERO-  
BUS BLQ.

### DALL'AUTOSTRADA

Da Roma o Milano (Autostrada A1) direzione  
Ancona (A14) uscita Bologna Fiera.

Da Ancona (Autostrada A14) direzione Bolo-  
gna uscita Bologna Fiera.

Da Padova (Autostrada A13) direzione Anco-  
na uscita bologna Fiera.

In contemporanea con il Congresso Nazionale ANMDO si terrà il 26° Congresso Europeo della European Association of Health Managers



**13 -14  
Ottobre  
2016**  
Palazzo  
dei Congressi

**26<sup>TH</sup> EAHM CONGRESS**  
BOLOGNA ITALY-2016



**La Sanità Sostenibile orientata al Futuro**  
**Competenze e Responsabilità**

#### **GIOVEDÌ 13 OTTOBRE 2016**

Ore 9.30 **Coro Collegium Musicum Alma Mater Studiorum**  
Apertura del Congresso  
Lettura Magistrale

Ore 14.00 **PRIMA SESSIONE**  
Sostenibilità e Futuro  
dei Sistemi Sanitari

#### **VENERDÌ 14 OTTOBRE 2016**

Ore 9.30 **SECONDA SESSIONE**  
Valori e Responsabilità dei Professionisti

Ore 14.00 **TERZA SESSIONE**  
Leadership e Competenze dei Manager

Ore 16.00 **Conclusioni del Congresso**

Ore 16.30 **Assemblea Generale EAHM**

#### **SEMINARI:**

mercoledì 12 ottobre 2016: Gli ospedali del futuro  
giovedì 13 e venerdì 14 ottobre 2016: IT e Management  
venerdì 14 ottobre 2016: Salute Mentale

Maggiori informazioni sono reperibili sul sito:  
[www.eahm-bologna2016.com](http://www.eahm-bologna2016.com)



## Twister e Qleeno, una vera rivoluzione per i pavimenti

Le gare al massimo ribasso, i capitolati con metodi sorpassati, i sistemi di lavaggio manuali e molto altro ancora, mettono a rischio l'igiene nelle strutture sanitarie, contribuendo a rendere difficile la rimozione rapida ed efficace dei batteri. Oggi con il Sistema di dischi diamantati Twister e i macchinari Qleeno l'igiene nei nostri Ospedali può essere migliorata: infatti qualsiasi area nelle strutture sanitarie può essere lavata e asciugata simultanea-



mente, eliminando così tutti i batteri con semplicità ed efficacia. Qualsiasi operatore con questo sistema sarà in grado di raddoppiare la propria resa oraria e soprattutto l'efficacia del proprio operato. Con il sistema Qleeno-Twister oltre ad avere una riduzione dell'uso di acqua del 78% si otterrà la completa eliminazione di tutti i prodotti chimici utilizzati sino ad oggi per la pulizie e manutenzione dei pavimenti. Scordiamoci l'uso di: deceranti, cere metallizzate, sgrassanti e manutentori.

Qualsiasi procedura sino ad oggi effettuata, sarà stravolta nel modo più ecologico possibile con la sola acqua e Dischi Twister. Queste tecnologie sono attive da anni nelle più importanti strutture sanitarie a livello mondiale, esistono relazioni tecniche realizzate dai importanti laboratori di analisi che ne certificano i risultati. Non aspettiamo oltre, agevoliamo questo sistema di lavaggio ecosostenibile.

[www.calitalia.com](http://www.calitalia.com)

## Copma e PCHS nel segno dell'igiene

Il restyling dei loghi significa riaffermare la propensione dell'azienda a ricercare soluzioni operative in grado di garantire l'unico risultato utile in un ambiente nosocomiale: l'igiene.

*Igiene 2.0* vuol dire produrre igiene in grado di corrispondere

ai livelli oggi attesi, ovvero contrastare efficacemente l'emergenza data dalla diffusione dei batteri multiresistenti. Il prodotto dell'attività Copma ha un nome solo: igiene; non basta più parlare di pulizia; i pazienti sono esposti a crescenti livelli di rischio infettivo anche a causa di un mercato sempre più dequalificato. È un dovere rendere salubre l'ambiente nosocomiale; mantenere bassi e stabili livelli di potenziali patogeni vuol dire contribuire a ridurre concretamente il rischio di trasmissione di infezioni da contatto. Copma non si è fermata ai risultati pur importantissimi già conseguiti con il sistema PCHS; la "ricerca continua" è il suo background, ed accompagna il PCHS con una costante attività di studio e di ricerca. Oggi le autorità sanitarie europee (e non solo) stanno cercando soluzioni per fronteggiare l'emergenza data dai cosiddetti superbatteri; tutto sembra concentrarsi nella ricerca di nuovi antibiotici anche se la comunità scientifica parla sempre più di "era post antibiotica". Copma cerca di promuovere ed estendere la ricerca di soluzioni anche in altre direzioni. I superbatteri a livello ambientale possono essere fortemente contrastati come dimostra la recente pubblicazione scientifica dell'Università di Ferrara; si dimostra infatti che a seguito dell'applicazione del PCHS, oltre alle conferme inerenti la sicurezza e l'affidabilità del Sistema, il "resistoma" cambia radicalmente: vengono inibite e sostanzialmente annullate le resistenze preesistenti. Tali straordinari risultati inducono a proseguire nella ricerca di correlazione tra l'applicazione del PCHS, l'ecosistema microbico e la riduzione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA).

[www.copma.it](http://www.copma.it)



## Filmop presenta *Alpha Metal Free*, il primo carrello di pulizia privo di metallo: via libera nelle sale di risonanza magnetica!



Negli ambienti sanitari offrire un servizio di pulizia che garantisca la massima sicurezza può fare davvero la differenza. Filmop oggi presenta *Alpha Metal Free*, il primo carrello di pulizia completamente privo di parti metalliche, progettato per accedere liberamente alle aree di risonanza magnetica e in tutti gli ambienti dove non sia consentito l'ingresso con attrezzatura magnetizzabile. *Alpha Metal Free* è infatti realizzato al 100% in plastica, comprese ruote, sostegni e persino tutta componentistica più minuta come viti e perni. Un nuovo prodotto specifico per l'ambito ospedaliero proposto da Filmop, azienda leader nel settore del cleaning internazionale che da oltre quarant'anni grazie alla sua esperienza realizza sistemi di pulizia riconosciuti per la loro qualità, funzionalità e resistenza nel tempo. Maggiore sicurezza, completa libertà di movimento, prevenzione di infortuni: con *Alpha Metal Free* si qualifica e specializza il servizio di pulizia in ambito sanitario.

[www.filmop.com](http://www.filmop.com)

## Gli acquisti verdi della PA e le novità del collegato ambientale: la best practice Markas con il progetto "appalto a impatto zero"

Come si può misurare l'impegno in campo ambientale delle aziende che erogano servizi di pulizia? La recente legge 221/2015 – il c.d. collegato ambientale - ha infatti introdotto l'obbligo di applicare i Criteri Ambientali Minimi negli appalti pubblici e la facoltà, per le Pubbliche Amministrazioni, di prevedere ulteriori criteri idonei ad incentivare l'impegno delle aziende in campo ambientale. Riguardo in particolare a quest'ultimo punto, ecco che si torna alla domanda iniziale e alla relativa risposta: è un dato di fatto che non esista, ad oggi, un indicatore oggettivo per misurare l'impegno ambientale delle aziende che erogano servizi.

Markas, azienda leader nei servizi di pulizie e sanificazione, è stata fra le prime aziende del suo settore decise a superare questo limite. Per farlo, ha avviato un progetto-pilota presso un proprio sito rappresentativo, l'ospedale di Desenzano del Garda (BS), calcolando l'impatto ambientale globale prodotto in un anno dal proprio servizio di pulizie tramite lo strumento dell'EPD (Environmental Product Declaration o Dichiarazione Ambientale di Prodotto - DAP).



Questa misurazione non è rimasta fine a se stessa: l'azienda, sulla base di questi dati, ha adottato significative azioni di ottimizzazione dei processi e della logistica, per ridurre in maniera drastica le emissioni prodotte dal proprio servizio di pulizia; per neutralizzare le emissioni residue, inoltre, Markas ha posto in essere diverse azioni di forestazione compensativa, avvenute in loco, a livello nazionale e internazionale.

Da qui, Markas ha iniziato a declinare azioni significative in campo ambientale, per raggiungere l'obiettivo dell'"appalto a impatto zero" e offrire un servizio di pulizie di qualità e rispettoso dell'ambiente circostante.

[www.markas.com](http://www.markas.com)

## Infocad.FM per la gestione delle infrastrutture e dei trasporti in ambito ospedaliero

La complessità delle strutture sanitarie e i forti tagli alla spesa pubblica rendono la gestione delle attività di Facility Management in ambito ospedaliero un aspetto sempre più cruciale.

Importanti Ospedali italiani hanno già scelto di affidarsi a Infocad.FM, il sistema integrato di facility & energy management che consente di censire e gestire spazi, impianti, arredi e dispositivi elettromedicali. I principali vantaggi ottenuti sono la pianificazione esatta e misurata dei servizi, la gestione e il monitoraggio delle attività di manutenzione, pulizia e sanificazione, la migliore comunicazione con i fornitori, la gestione della documentazione tecnica, la qualificazione delle risorse interne interessate. Per supportare un centro ospedaliero d'eccellenza, Infocad.FM ha reso disponibile un modulo che permette di gestire in maniera centralizzata e informatizzata le richieste di trasporto di materiali e pazienti tra i reparti. La comunicazione tra centrale operativa e personale addetto al trasporto avviene in tempo reale grazie all'App installata sugli smartphone in dotazione agli ausiliari.

[www.infocad.fm](http://www.infocad.fm)



## Kiehl, protezione e ceratura garantiti

Le recenti applicazioni delle restrizioni economiche, meglio conosciute come Spending Review, costringono a una maggiore attenzione nella gestione dei costi per le operazioni di manutenzione delle superfici. Come ormai noto, l'incidenza maggiore viene attribuita per le attività necessarie alla protezione dei pavimenti sintetici, come Linoleum, Pvc e gomme. In particolar modo per l'operazione di deceratura, fase che richiede molto tempo di esecuzione e preparazione. Per venire incontro alle imprese appaltanti, Kiehl ha sviluppato una serie di cere protettive capaci di resistere a lungo nel tempo, facili da applicare, di ottima resa e che richiedono una minima

manutenzione ordinaria. Kiehl Thermodur Diamant, protezione compatta risulta essere molto resistente ai disinfettanti e grazie alla sua particolare formulazione, di facile pulizia e molto semplice da rimuovere a fine vita. Kiehl Thermodur Diamant è conforme alla normativa CAM come indicato sulla scheda di sicurezza. Kiehl Ceradur Eco è la risposta alla necessità di avere un prodotto correlato di Certificato ambientale.

Per la rimozione rapida e sicura delle cere Kiehl si può abbinare Veroclean decerante rapido a basso PH e Copex Eco nella versione Ecolabel.

[www.kiehl-grop.com](http://www.kiehl-grop.com) [www.kiehl-App.com](http://www.kiehl-App.com)



forumpulire.it

# FORUM **PULIRE**

3<sup>rd</sup> edition

## CLEANING AS AN ABSOLUTE VALUE

FUTURE OF WORK, E-LEARNING AND TRAINING  
INDUSTRY 4.0, NEW SUPPLY PROCESSES

INTERNATIONAL CONGRESS

14-15 september 2016

UniCredit Pavilion - Milan

Promoted by:



Organizer:



further  
informations:  
+39 02 6744581

Location:



Media Partner:



Partner:

ANIP FISE | CNA  
CONFCOOPERATIVE  
CONFARTIGIANATO  
FENI | FIDEM | FNIP | ISSA  
LEGACOOP SERVIZI | SNS

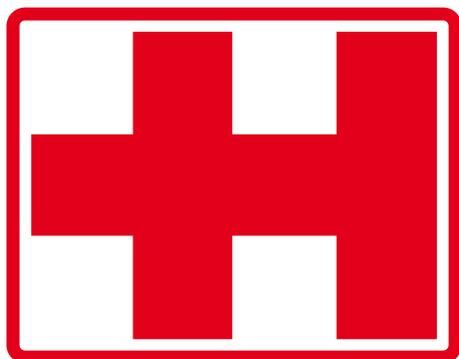
SILVER SPONSOR



BRONZE SPONSOR



Ospedale • Terza età • Disabilità • Prevenzione • Emergenza • Riabilitazione



# EXPOSANITA'

20<sup>a</sup> mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza

**18 | 19 | 20** maggio **2016**

Tutti i Saloni

**21** maggio **2016**

Horus, 3DPrint Hub, Primo Soccorso

**BolognaFiere**

Seguici su

il **96%**  
dei visitatori  
è soddisfatto  
di Exposanità

In collaborazione con



exposanita@senaf.it

**www.exposanita.it**

Progetto e direzione



Gruppo  **tecniche nuove**



# L'igiene è stabile!

**COPMA: produttori di igiene e cultori dell'ambiente**

- 
- **riduzione stabile dei patogeni**
  - **riduzione del rischio di trasmissione delle infezioni**
  - **riduzione impatto ambientale**
  - **riduzione costi**

- 
- **più qualità**
  - **più sicurezza**
  - **più cultura dell'igiene**
  - **più ambiente salubre**



**PCHS Sistema Probiotico di Pulizia e Igiene**