

4 Ottobre-Dicembre 2015

L'OSPEDALE

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

**I riflessi dei LEA
sui servizi territoriali**

**Promuovere la cultura
della vaccinazione
in Ospedale.**

**La vaccinazione
antinfluenzale degli
Operatori Sanitari
tra libertà e
responsabilità**

**Regione Piemonte:
progetto ventilazione
polmonare A.O.U.
Città della Salute e della
Scienza di Torino**

**Buone pratiche in
sanità: fare, fare bene,
risparmiare molto: alcuni
esempi dalla virtuosa
periferia piemontese**

**Comunicazioni
41° Congresso Nazionale
A.N.M.D.O.**

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

ORIZZONTI





QUAL È LA DIFFERENZA TRA PULIZIA E... PULIZIA ORGANIZZATA?



Ospedali, ambulatori, case di cura. Nel settore della sanità, la pulizia non è un optional: qui competenza, tecnologia e organizzazione fanno la differenza. **Kärcher ECO!Manager** è il programma che ottimizza i processi di gestione del cleaning. Grazie ad ECO!Manager è possibile acquisire, organizzare e monitorare informazioni su aree, attrezzature e servizi, ovunque e in qualsiasi momento.

Qual è la differenza tra pulizia e... **pulizia organizzata**? Kärcher ECO!Manager è la risposta. **Le soluzioni Kärcher fanno la differenza.**

KÄRCHER

makes a difference

SANIKILL



TI AFFIDERESTI AD UNO STRUMENTO COSÌ INVASIVO?

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

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

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

Sanipur
PURENESS FOR YOUR HEALTH.

Editoriale	7
I riflessi dei LEA sui servizi territoriali	10
<i>Francesco Bisetto, Paola Anello</i>	
Promuovere la cultura della vaccinazione in Ospedale. La vaccinazione antinfluenzale degli Operatori Sanitari tra libertà e responsabilità	18
<i>Benedetto Arru, Paolo Castiglia, Ida Mura</i>	
Regione Piemonte: progetto ventilazione polmonare A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino	22
<i>Antonio Scarmozzino, Ida Marina Raciti, Andrea Calvo, Alessio Mattei, Adriano Chiò, Giulio Fornero, Roberto Arione</i>	
Buone pratiche in sanità: fare, fare bene, risparmiare molto: alcuni esempi dalla virtuosa periferia piemontese	26
<i>P. Tofanini, GF. Cassisa, MC. Frigeri, G. Viglino, G. Murialdo, Cane, D. Saglietti, L. Monchiero, E. Laudani, M.G. Brociero, R. Servetto, G. De Nonno, O. Davini</i>	
Comunicazioni - 41° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.	40
Poster - 41° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.	48
ORIZZONTI	53

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 68 - Numero 4 - ottobre-dicembre 2015

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità

EDICOM s.r.l.

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

Sede operativa:

Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano

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

fax 02 70 63 34 29

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

Direttore responsabile: G. Serrano

Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: I.I. Mura

Comitato di direzione: Appicciafuoco, A. Battista, A. Benvenuto, F. Bisetto, S. Brusafiero, M.T. Cuppone, G. Finzi, K. Kob, R. Lanzetta, R. Li Donni, G. Matarazzo, I.I. Mura, O.A. Nicastro, G. Pelissero, A. Pellicano, 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 Amoroso 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

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

Periodicità: TRIMESTRALE

Tiratura media: 4.500

Diffusione media: 4.402

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

Società di Revisione: FAUSTO VITTUCCI

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

CONFERMA



L'igiene è stabile!

**Dalla ricerca scientifica all'Innovazione applicata:
biostabilizzazione ambientale e microflora benefica**



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



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



PCHS Sistema Probiotico di Pulizia e Igiene

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. E' 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 Nazionale**

**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**

26TH EAHM CONGRESS
BOLOGNA ITALY-2016



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

**PROGRAMMA
PRELIMINARE
CONGRESSO
EAHM 2016**



giovedì 13 Ottobre 2016

- Ore 10.00 Coro Collegium Musicum
Alma Mater Studiorum
Apertura del Congresso
- Ore 11.00 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 14.30 **TERZA SESSIONE**
Leadership e Competenze dei Manager
- Ore 16.00 Conclusioni del Congresso
- Ore 16.30 Assemblea Generale EAHM

giovedì 13 - venerdì 14 Ottobre 2016

SEMINARI :

- Gli Ospedali del Futuro
In collaborazione con **SIATS**
- La Medicina Rigenerativa
- Mental Health

**PROGRAMMA PRELIMINARE
CONGRESSO ANMDO**

MERCOLEDÌ 12 OTTOBRE 2016

Ore 9.30 Presentazione del Congresso
Finzi Gianfranco, Mura Ida

Lettura Magistrale
Domenico Bodega

Ore 10.30 **PRIMA SESSIONE**
I nuovi standard ospedalieri
Inquadramento Nazionale
Inquadramento Regionale
Le Applicazioni nelle Aziende
Dalla parte dei cittadini

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

Ore 16.30 **SEMINARI**
Migranti ed Emergenze Sanitarie

Ore 18.30 **SESSIONE PRESENTAZIONE**
Poster e Comunicazioni

GIOVEDÌ 13 OTTOBRE 2016

Ore 15.00 **SEMINARI**
La Responsabilità Professionale: quale futuro?

VENERDÌ 14 OTTOBRE 2016

Ore 9.00 **SEMINARI**
La Comunicazione in Sanità: quali attori?

**ECM
EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA**

Si rende noto che 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.anmdo@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. Ciascun iscritto al Congresso può presentare una sola Comunicazione come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altre Comunicazioni. Peraltro è obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore. 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 10 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'Anmdo e saranno trattenute ed utilizzate da Anmdo 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. Ciascun iscritto al Congresso può portare un solo Poster come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altri Poster. Peraltro è obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore.

I Poster pervenuti entro il 10 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.anmdo@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.

I riflessi dei LEA sui servizi territoriali

Francesco Bisetto*, Paola Anello**

* *Direttore Medico di Presidio Ospedaliero - Ospedale di Camposampiero, Padova*

** *Medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva, Padova*

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nascono dall'esigenza di tutelare la salute dell'individuo -come sancito dalla Costituzione e dalla legge n.833/1978, istitutiva del Ssn-, e di garantire un'erogazione delle cure appropriata, efficace e uniforme sul territorio nazionale. Definiti in prima istanza come "Livelli Uniformi di Assistenza" consensualmente al processo di decentralizzazione sanitaria (D.leg. n°502/92 e 517/93), vengono introdotti con il D.leg. n°229 del 19 giugno 1999 e definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29 novembre 2001.

I LEA interessano tre aree di assistenza sanitaria: collettiva, distrettuale e ospedaliera. L'area

distrettuale, oggetto di questa relazione, prevede l'erogazione delle prestazioni elencate in Tabella 1.

Stabilire degli standard qualitativi e quantitativi di cura trova il proprio razionale, oltre che nella decentralizzazione del sistema sanitario e la conseguente necessità di equilibrare le differenze economiche, infrastrutturali e organizzative peculiari dei singoli Sistemi Sanitari Regionali (SSR), in un contesto epidemiologico caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione -nel 2013 il 21.4% della popolazione residente in Italia era ultrasessantacinquenne- e da un aumento della prevalenza delle patologie croniche: si stima, infatti, che sia affetto da almeno una patologia

cronica il 38% della popolazione italiana, pari a 23 milioni di residenti.

Allo scopo di monitorare l'adempimento dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sul territorio nazionale, l'Intesa stato regioni del 23 marzo 2005 ha istituito il "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA", che si avvale di un sistema di indicatori, inseriti nella Griglia LEA (Tabella 2).

Gli indicatori disponibili indicano una copertura disomogenea dei posti letto nelle strutture residenziali e semi-residenziali che erogano assistenza ai disabili (Grafico 1). Dal 2001, anno dell'introduzione dei LEA, fino all'ultima rilevazione disponibile, risalente al 2012, si riscontra un aumento del numero dei posti equivalenti per mille abitanti in tutte le regioni, ad eccezione di Friuli Venezia Giulia, Lazio e Basilicata. L'incremento più evidente è stato in Veneto, Liguria, Emi-

Tabella 1. Elenco dei Livelli Essenziali di Assistenza Distrettuali

- Assistenza sanitaria di base (MMG e PLS, continuità assistenziale notturna e festiva, guardia medica turistica)
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza integrativa (alimenti dietetici a categorie particolari, presidi sanitari ai diabetici)
- Assistenza specialistica ambulatoriale (visite specialistiche, prestazioni terapeutiche e riabilitative, diagnostica strumentale e di laboratorio)
- Assistenza protesica (protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali)
- Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare (assistenza domiciliare, consultori familiari, servizi di salute mentale, servizi di riabilitazione ai disabili, servizi a persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool, assistenza domiciliare a pazienti nella fase terminale, assistenza alle persone con infezione da HIV)
- Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale (residenze e centri diurni per persone anziane non autosufficienti, comunità terapeutiche e centri diurni per persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool, comunità terapeutiche e centri diurni per persone con problemi psichiatrici, residenze e centri diurni per la riabilitazione di persone disabili, hospice per pazienti nella fase terminale, residenze per le persone con infezione da HIV)
- Assistenza termale (cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie)

Tabella 2. Elenco degli indicatori di adempimento dei Lea distrettuali della griglia Lea

Indicatore	Descrizione indicatore
7) Distrettuale	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrica, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO (indice pesato per fasce d'età)
8) Distr. anziani	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI
9) Distr. Anziani	Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1000 anziani residenti
10) Distr. Disabili	Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti
11) Distr. malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)
12) Distr. farmaceutica	Costo (%) dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)
13) Distr. specialistica	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti
14) Distr. salute mentale	Utenti in carico nei centri di salute mentale per 100.000 ab
21) Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso

lia Romagna, Abruzzo e Molise. I valori spaziano da un minimo di 0,36 in Friuli-Venezia Giulia e PA di Bolzano, a valori superiori a 1,20 posti equivalenti per 1000 abitanti in Lombardia, Veneto e Liguria.

I posti letto attivi in hospice per 100 deceduti per tumore, raggiungono i valori più bassi in Abruzzo (0,34) e Campania (0,26), mentre si attestano al di sotto del target, pari a 1, in Piemonte, Toscana, Calabria e Sicilia, con modesti segnali di miglioramento dal 2007 al 2012. Valori notevolmente al di sopra di 3,4 per 100 si riscontrano in Valle d'Aosta e Sardegna (Grafico 2).

Nel range, con poche eccezioni, il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti (Grafico 3); tra queste, si rileva un virtuoso ridimensionamento della regione Molise, che nel biennio 2010-2012 ha più che dimezzato il numero di accertamenti, da 15,87 a 6,99 per 100 residenti; viceversa, Marche, Sicilia e Puglia non raggiungono il limite inferiore previsto.

Considerando il numero di utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 abitanti, nel 2012 la totalità delle regioni si è rivelata adempiente. Per quanto riguarda, invece, l'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso, nel 2012 Abruzzo, Molise, Basilicata e Calabria hanno ampiamente superato il valore massimo previsto (Grafico 4).

Una riflessione più ampia merita la gestione territoriale dell'anziano non autosufficiente. Secondo la Banca Dati SDO, nel 2010 la maggior parte dei ricoveri per acuti in regime ordinario era imputabile ai soggetti di età compresa tra i 65 e i 74 anni e agli ultra 75enni (rispettivamente 199 e 312), mentre nella popolazione di tutte le età ammontavano a 120 per 1000 abitanti.

Uno studio pubblicato nel 2011 ha analizzato, per il decennio 1996-2006, la correlazione tra il tasso di ospedalizzazione per mille residenti tra gli ultra-65enni, il numero di posti letto per 1000 abitanti, e i servizi territoriali dedicati all'anziano desumibili dai flussi informativi a disposizione, ovvero istituzio-

nalizzazioni e accesso alle case di cura. Lo studio ha evidenziato, nel quinquennio 1996-2001, una prima deflessione del 6,8% nel tasso di ospedalizzazione, accompagnato ad un calo della durata delle degenze. Gli autori attribuiscono la rilevazione a una maggior appropriatezza dei ricoveri legata all'introduzione del sistema di codifica DRG all'inizio degli anni Novanta. I tassi di ospedalizzazione calano di un ulteriore 14,3% nel quinquennio successivo, senza sensibili cambiamenti nella durata della degenza. Disaggregando il dato a livello regionale, si spazia da un -3,96% in Molise a un -22,96% nelle Marche. Nel 2006 il numero di posti letto per 1000 abitanti, presentava una media nazionale di 4,7; dal 2001 al 2006 il trend si è confermato in decremento nella quasi totalità delle regioni, a eccezione del Molise. Le analisi condotte dai ricercatori hanno escluso correlazioni statisticamente significative tra il decremento delle ospedalizzazioni nel periodo in studio e la disponibilità di servizi territoriali di cura dell'anziano; al contrario, la

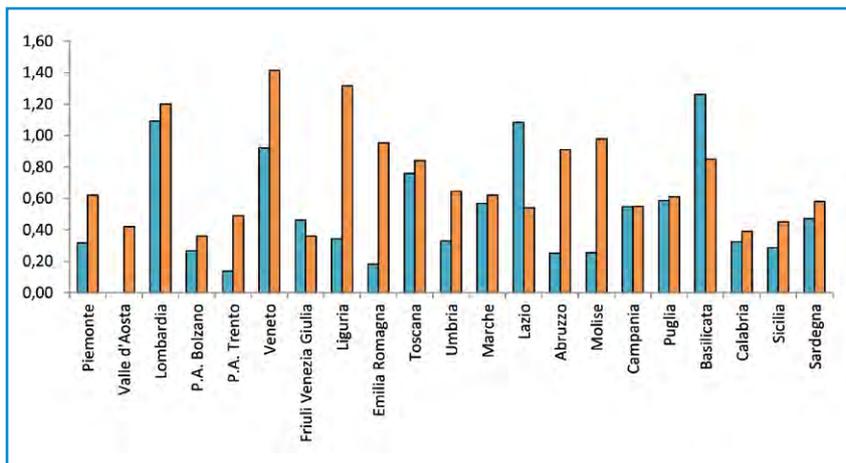


Grafico 1. Numero di posti equivalenti residenziali e semi-residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti, negli anni 2001 e 2012, per regione

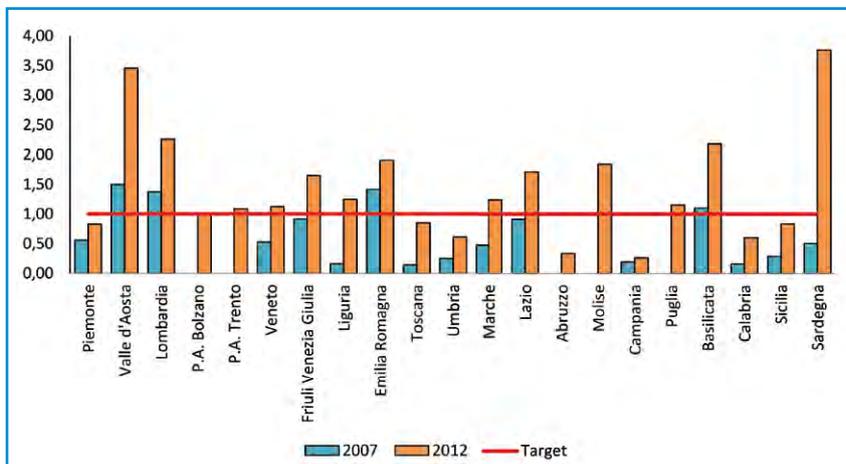


Grafico 2. Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100) nel 2007 e nel 2012, per regione

correlazione risultava statisticamente significativa prendendo in considerazione la riduzione dei posti letto ospedalieri. E' inoltre da segnalare come, nello stesso periodo, si sia rilevato un aumento della spesa sanitaria sostenuta dalle famiglie "di tasca propria" o "out-of-pocket" (da 428 a 533 \$US), oltre ad un aumento dei collaboratori domestici, che nel 2009 accudivano il 6,6% degli ultra65enni, per un costo totale a carico delle famiglie di 9 miliardi di euro. Dallo studio, il primo di questo genere in Italia, si desumeva uno "shift" dell'onere della cura degli anziani dagli ospedali alle famiglie, e si riscontrava la necessità di interventi più inci-

sivi, sul territorio, finalizzati alla gestione del paziente anziano. Due indicatori della griglia LEA, dedicati alla presa in carico dell'anziano, consentono di verificare se l'andamento dell'offerta si sia modificato o meno negli anni successivi allo studio, e più in generale dall'introduzione dei LEA nel 2001. Il primo è rappresentato dalla percentuale di anziani in Assistenza Domiciliare Integrata o ADI sul totale degli ultrasessantacinquenni; una regione viene considerata adempiente quando è in grado di garantire la copertura di almeno il 4% degli anziani (Grafico 5). Il secondo è rappresentato dal numero di posti equivalenti per

assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1000 anziani residenti; in questo caso, il target è posto a 10 posti letto ogni mille ultrasessantacinquenni (Grafico 6).

Dal 2001 al 2009, in tutto il territorio nazionale, si è assistito ad un modesto incremento della copertura dell'ADI per gli anziani, passando da una media nazionale del 3% a oltre il 4%. Disaggregando il dato a livello regionale, si riscontra come il miglioramento dell'offerta sia avvenuto principalmente a livello di alcune regioni del Nord e del Centro Italia, come Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Umbria, Lazio, Abruzzo, oltre a Basilicata e Sardegna. Ulteriori considerazioni derivano dall'analisi congiunta della copertura dell'ADI e l'intensità assistenziale, intesa come numero di ore di assistenza erogata per singolo caso trattato. Nel 2009, in Italia, il 3,6% degli anziani aveva usufruito di questo servizio (contro il 3,3% nel 2008 e l'1,9% nel 2001), per un totale di 19 ore di assistenza. L'erogazione dell'ADI, definita in modo poco dettagliato nel DPCM nel 2001, è stato interpretato dai molteplici SSR con accezioni estremamente diversificate, talora diametralmente opposte. Alcune regioni, quali l'Emilia Romagna e il Friuli-Venezia Giulia, l'hanno inteso come un servizio caratterizzato accessi di breve durata ed un intervento sanitario mirato e prevalentemente di natura infermieristica. Nelle due regioni, rispettivamente l'8,3% e il 7,7% degli anziani ha ricevuto accessi ADI solo per 21 e 7 ore annue. All'estremo opposto, si colloca la regione Molise, in cui la copertura del servizio si attesta al 2,3%, per un totale di 55 ore annue per singolo assistito. Una maggior quota di inadempienze si riscontra nell'assistenza

residenziale all'anziano, riscontrata in Valle d'Aosta, Marche, Lazio, Sicilia, Molise, Abruzzo, Puglia, Calabria, Basilicata, Sicilia e Campania.

Per quanto riguarda la gestione territoriale delle cronicità, la griglia LEA propone un unico indicatore, che consiste nella somma ponderata (pesata per fasce di età) di tassi specifici di ospedalizzazione normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario, quali asma pediatrica, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO (Grafico 8). Il target è una media regionale al di sotto di 570, o in alternativa al di sopra di 600 se il trend mostra un decremento dall'ultima rilevazione. La maggior parte delle regioni italiane presentava un valore nei limiti; i valori massimi, al di sopra di 610, si riscontrano in Lombardia, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Umbria, ma sono in riduzione negli ultimi tre anni di osservazione. I valori più bassi, approssimativamente pari a 430, si riscontrano in Piemonte e Basilicata. L'indicatore, peraltro inclusivo dei tassi di ospedalizzazione per alcune patologie acute, appare di dubbia interpretazione se si considera nel contesto di una riduzione generalizzata del tasso standardizzato di ospedalizzazione, che, a titolo esemplificativo, dal 2006 al 2008 è sceso da 204 a 187 per 1000; inoltre, appare lecito supporre come possa essere influenzato, oltre dalle qualità delle cure, dalla prevalenza delle specifiche patologie.

Per valutare i tassi di ricovero per singole patologie croniche, dobbiamo affidarci alla letteratura scientifica. Uno studio pubblicato nel 2013 ha analizzato il trend temporale (dal 2001 al

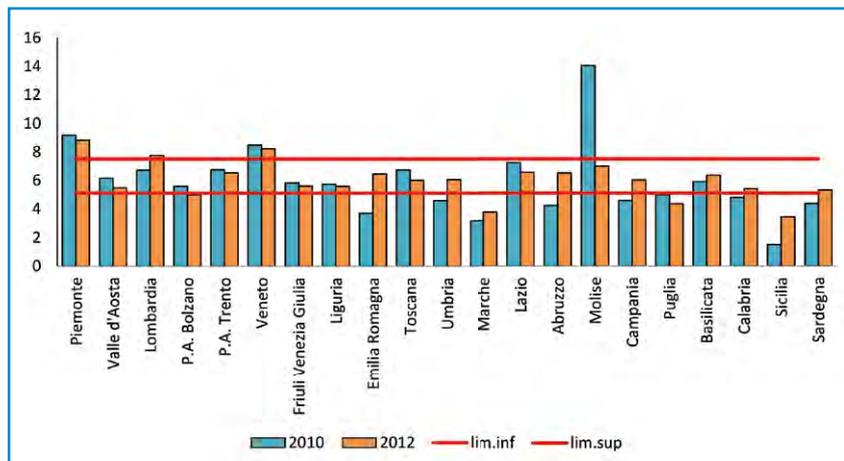


Grafico 3. Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti nel 2010 e nel 2012, per regione

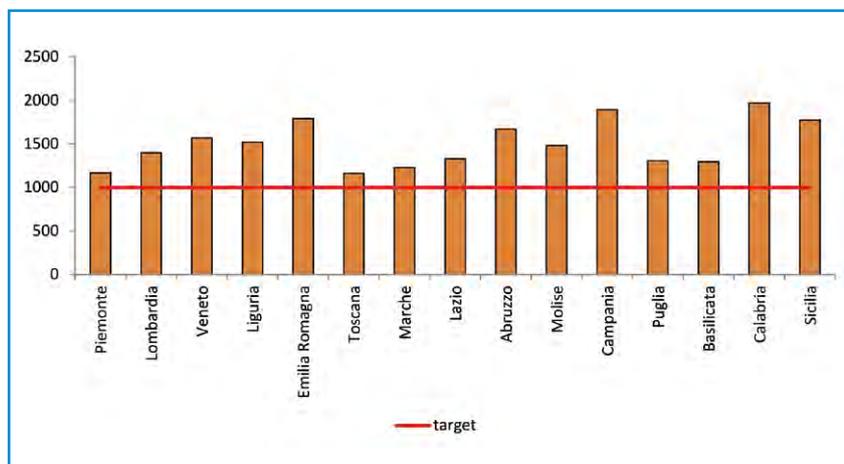


Grafico 4. Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 abitanti nel 2012, per regione

2010) dei ricoveri per complicanze acute del diabete. Lo studio ha dimostrato una diminuzione del tasso di ospedalizzazione per mille pazienti diabetici nel periodo considerato, ma ha rilevato sostanziali differenze tra Nord, Centro e Sud Italia. I valori, nel 2010, si attestavano a 6,2 per mille nelle regioni del Nord, 7,5 nel Centro e 7,8 nel Sud.

I tassi di ospedalizzazione rappresentano davvero lo strumento più efficace per valutare il processo di presa in carico di una patologia cronica sul territorio? Dai risultati relativi all'anno 2013 degli indicatori prodotti dall'Istituto di Management di Sant'Anna di Pisa, rilevati nel-

le regioni aderenti al progetto, emerge una contraddizione. Il tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti di età compresa tra i 20 e i 74 anni è stato valutato come pessimo, ovvero il più elevato (>50), nella PA di Bolzano. Considerando invece il tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti, una complicanza della patologia, emerge come, paradossalmente, i valori ottimali (compresi nel range tra 31 e 53) siano stati raggiunti proprio dalla PA di Bolzano, a dispetto del più alto tasso di ospedalizzazione. Queste osservazione, specie se considerata isolatamente, non si adatta ad un'interpretazione

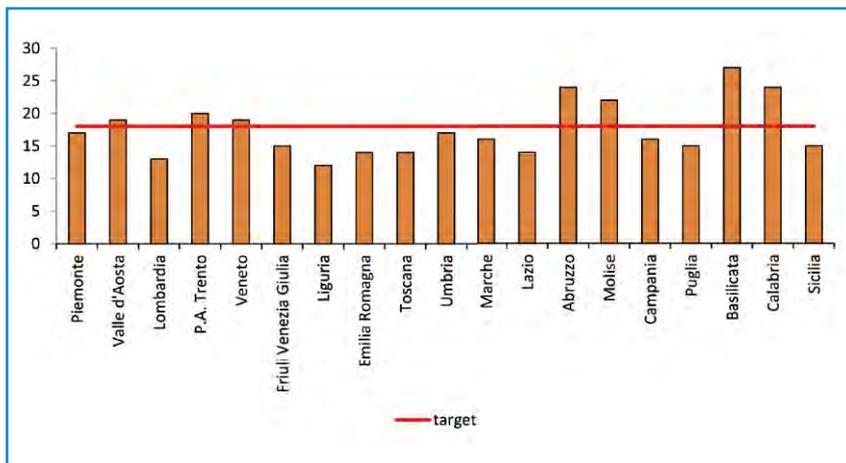


Grafico 5. Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti) nel 2012, per regione

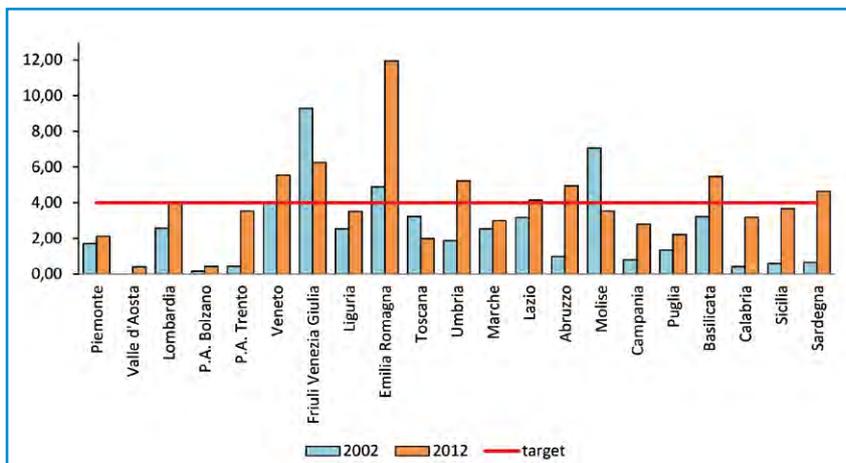


Grafico 6. Percentuale anziani in ADI per regione: confronto 2002-2012 per regione

sistematica del fenomeno; ma può fungere da spunto per una riflessione. Il tasso di ospedalizzazione rappresenta un indicatore indiretto, non solo dell'efficacia delle cure primarie, ma anche dell'accessibilità alle stesse da parte dei pazienti. Gli indicatori della griglia LEA dovrebbero essere finalizzati a definire e qualificare il percorso di presa in carico, non solo dal punto di vista dell'efficacia, ma effettuando un'ulteriore discriminazione in termini di costo-efficacia. Per quanto riguarda altre patologie croniche, Francesconi e collaboratori hanno considerato, per gli anni 2006 e 2008 i tassi standardizzati di dimissione

ospedaliera per Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) e insufficienza cardiaca senza procedure. Le ospedalizzazioni evitabili considerate presentavano una notevole variabilità territoriale: da 2,8 a 10,7 per 1.000 anziani nel caso della BPCO; da 9,4 a 19,8 per 1.000 anziani nel caso dell'insufficienza cardiaca. Ad eccezione della BPCO, per la quale le Regioni meridionali presentavano un tasso di ospedalizzazione maggiore, non si sono riscontrate differenze significative tra Nord e Sud Italia. Considerando le variazioni temporali, dal 2006 al 2008 si rileva in alcune regioni, una riduzione accentuata, anche di più del 30%.

L'analisi del capitolo di spesa relativo ai LEA territoriali rende conto dei miglioramenti riscontrati negli ultimi anni. A partire dal 2007 si è assistito ad un rallentamento della crescita della spesa sanitaria nel suo complesso, in misura maggiore nelle regioni del Centro-Sud. In parallelo, si è assistito ad un incremento della quota relativa di risorse finanziarie finalizzate all'assistenza distrettuale. Nel periodo compreso tra il 2001 e il 2009, il costo pro capite dei LEA distrettuali è aumentato nella totalità delle regioni, e nel 2009 spaziava da un valore minimo di 822 euro in Abruzzo, fino a superare i 1100 euro in Valle d'Aosta e Liguria, a fronte di una spesa sanitaria media pro capite di 1825 euro (Grafico 9). La percentuale del costo sostenuto per le prestazioni comprese nel livello di assistenza distrettuale sul costo sostenuto per il totale delle prestazioni comprese nei LEA, era in crescita per la maggior parte delle regioni; al contrario, in Abruzzo e Campania, si è verificato un decremento di più del 5%. Rispetto all'obiettivo, stabilito al 51%, nel 2009 i valori oscillavano da un minimo del 41.9% in Abruzzo, fino ad oltre il 52% in Veneto e Piemonte (Grafico 10). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, una misura dell'equità di un sistema sanitario pubblico di tipo universalistico è rappresentata dalle spese out-of-pocket (OOP) sostenute dalle famiglie, rapportate alla "Capacity to Pay". Nello specifico, l'indicatore esprime il grado di tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia. Dall'ottavo e il nono Rapporto Sanità CEIS è emerso, in particolare nelle regioni in Piano di Rientro, un incremento della proporzione della spesa OOP

sulla spesa sanitaria privata. Nel 2010, il valore medio si attestava sui 1895 euro a famiglia; il dato è stato ottenuto escludendo i nuclei familiari che non sostengono quella specifica voce di spesa. Sebbene il valore non abbia, in assoluto, subito un incremento drammatico negli ultimi anni, la prospettiva cambia se si considera il numero crescente di nuclei familiari che, a causa della crisi economica, riservano ai trattamenti sanitari una quota inferiore di risorse. In particolare, andando ad esaminare il trend temporale, emerge come la riduzione dei consumi sia selettiva. Dal 2008 al 2009 si riscontra un calo -che assume le proporzioni di un vero e proprio crollo per le famiglie impoverite e con spese catastrofiche- dei ricoveri a pagamento, le spese per i farmaci e per altri servizi classificabili come "ausiliari", come fisioterapisti e infermieri. Restano invece stabili le spese classificabili come "incomprimibili", ovvero quelle per l'assistenza agli anziani, e per le visite specialistiche. Considerando, in assoluto, i fondi investiti per singolo servizio, i dati relativi al 2010 registrano una spesa OOP maggiormente orientata verso servizi essenziali (farmaci e visite specialistiche) per le famiglie meno abbienti, mentre tra i "beni di lusso" ad appannaggio delle famiglie più agiate si annoverano protesi e ausili, cure odontoiatriche e assistenza agli anziani.

In conclusione, dall'introduzione dei LEA nel 2001, sulla base degli indicatori esistenti, si riscontra una riduzione delle ospedalizzazioni per patologie croniche, ma pochi miglioramenti per quanto riguarda l'assistenza agli anziani sul versante dell'assistenza domiciliare e residenziale, come dimostrato dalla spesa privata sostenuta dalle famiglie per l'assi-

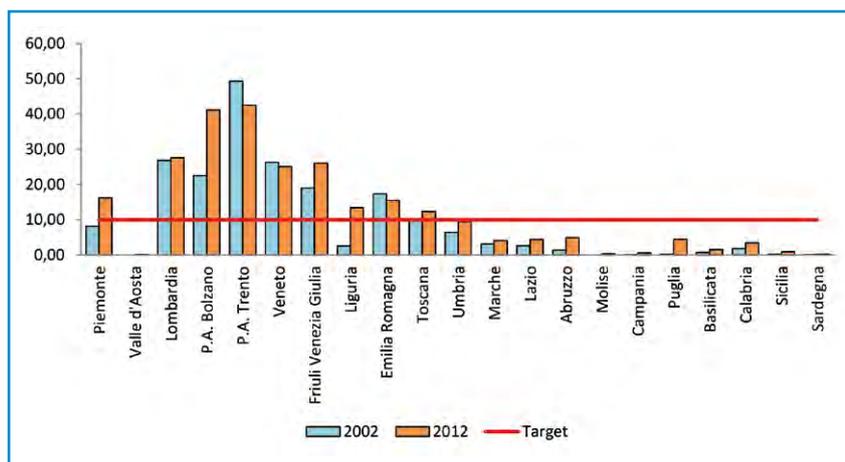


Grafico 7. Posti equivalenti per 65+ in RSA per 1.000 anziani residenti negli anni 2002 e 2012, per regione

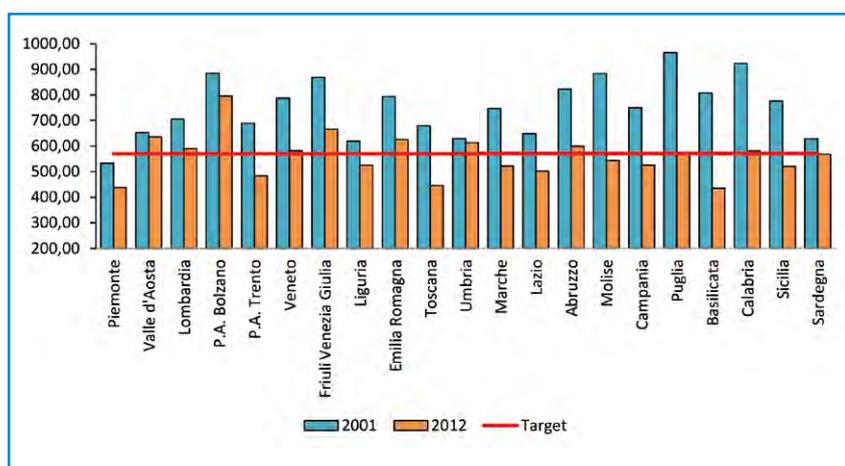


Grafico 8. Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO; nel 2001 e nel 2012, per regione

stenza agli anziani. Gli indicatori della griglia LEA, in particolare per percorsi complessi di presa in carico del paziente anziano e con patologie croniche, si limitano a informazioni di tipo descrittivo. I risultati raccolti ai fini della valutazione dell'adempimento non consentono un'interpretazione univoca della gamma eterogenea di modelli organizzativi, su base regionale, scaturiti dalla lista dei LEA territoriali, a propria volta scarsamente caratterizzati.

Un primo intervento, allo scopo di colmare questa lacuna informativa, potrebbe essere volto ad

un maggiore sviluppo dei flussi sanitari correnti. In particolare, nel campo dell'assistenza dell'anziano non autosufficiente, alcune novità sono state introdotte dal progetto Mattoni del SSN dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), approvato nel 2003 in Conferenza Stato Regioni. Il progetto ha istituito i Mattoni numero 12 (Assistenza residenziale e semi-residenziale, flusso FAD) e 13 (Assistenza primaria e prestazioni domiciliari, flusso SIAD), nel contesto di una più ampia revisione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

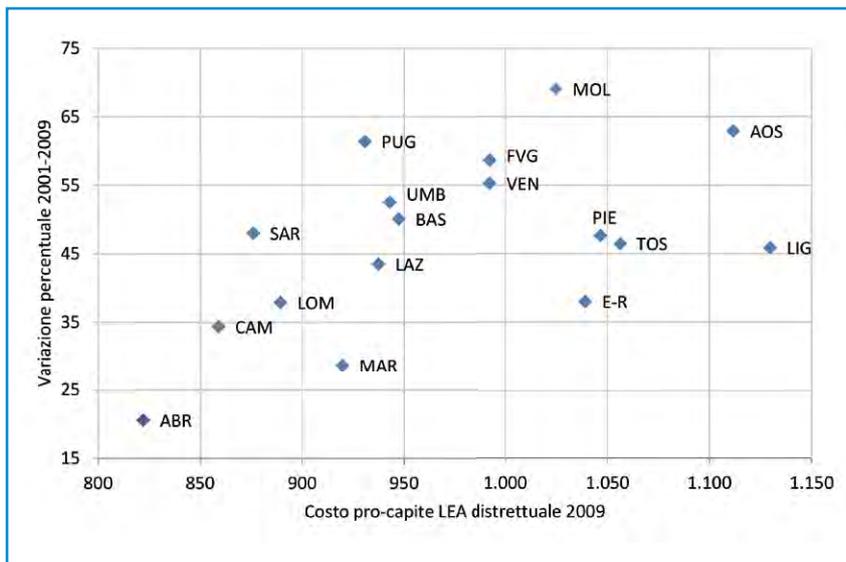


Gráfico 9. Costo pro-capite dei LEA distrettuali nel 2009 e variazione percentuale 2001-2009 *

* Rielaborazione effettuata a partire dai Rapporti di monitoraggio dell'assistenza sanitaria del Ministero della Salute, e i dati Istat sulla popolazione residente per regione, relativi agli anni 2001 e 2009.

Dalla rielaborazione sono state escluse le province autonome di Bolzano e Trento e le regioni Sicilia e Calabria per incompletezza delle informazioni.

Altra iniziativa promossa dall'Agendas, è il progetto Presa In Carico (PIC), con l'obiettivo di caratterizzare, attraverso l'elaborazione di un sistema di indicatori, i modelli regionali di presa in carico di persone con bisogni sociosanitari complessi, valutando le fasi fondamentali del processo: accesso, valutazione multidimensionale, definizione e monitoraggio dei percorsi assistenziali integrati. All'iniziativa segue il più recente progetto LUNA, volto a definire ulteriori parametri come accessibilità, continuità assistenziale, tempestività, efficacia e appropriatezza, intesa come la corrispondenza tra esito della valutazione multidimensionale e assistenza erogata.

Lo stesso razionale si presta a essere esteso alla gestione sul territorio del paziente con mono e poli-morbilità. Tra le iniziative si annovera il progetto Matrice di Agenas, prosecuzione del progetto Mattoni, che si foca-

lizza su patologie croniche quali diabete, ipertensione e scompenso cardiaco. Il sistema utilizza i flussi amministrativi esistenti per identificare e stadiare le patologie croniche, e seguire i percorsi assistenziali attraverso indicatori di processo. Il progetto consente di tracciare il consumo di risorse dei malati cronici: ricoveri, visite specialistiche, diagnostica per immagini, e così via, oltre ad avvalersi di indicatori di processo basati su linee guida nazionali e internazionali. Per fare un esempio, alcuni degli indicatori codificati per la patologia diabetica consistono nella percentuale di pazienti diabetici in terapia con statine, e che hanno effettuato almeno due controlli per l'emoglobina glicata in un anno.

In alcune regioni si stanno sviluppando dei sistemi per la gestione complessiva della cronicità. Ad esempio, la regione Toscana, nel realizzare il progetto MaCro, ha adottato il modello

organizzativo Chronic Care Model, che prevede l'aggregazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) in Moduli, con team multiprofessionale, costituiti da infermieri e OSS. Per patologie croniche selezionate, i flussi informativi vengono impiegati ai fini di ottenere indicatori di processo e di outcome. Altra soluzione organizzativa è quella adottata dal modello lombardo Chronic Related Groups (CReGs), che, applicando specifici algoritmi a flussi sanitari correnti, identifica e classifica il carico di comorbilità in raggruppamenti definiti CReG. A ciascuno dei 250 CReG, corrisponde uno specifico elenco di prestazioni attese, e un budget annuale forfettario da corrispondere al provider delle cure, solitamente individuato in un gruppo di Medici di Medicina Generale. Il sistema presenta un approccio al finanziamento dei LEA orientato al percorso assistenziale nel suo complesso (definito dall'Elenco delle Prestazioni Attese), più che alla singola prestazione.

I modelli regionali considerati vanno oltre al semplice obiettivo di provvedere all'erogazione di quell'elenco di prestazioni individuate come "essenziali", proponendo degli approcci sistemati e integrati -dei veri e propri "percorsi"- per la gestione dei pazienti con cronicità. Tali sistemi interpretano i dati estrapolati dagli archivi sanitari correnti allo scopo non solo di caratterizzare il bisogno dell'utenza, ma di calibrare la programmazione e la governance distrettuale in base alle peculiarità epidemiologiche e organizzative proprie del territorio; per monitorare se il soddisfacimento di quel bisogno -o meglio, di quel diritto, costituzionalmente garantito, alla salute- abbia trovato pieno adempimento.

BIBLIOGRAFIA

1. DPCM 29 novembre 2001 - Definizione dei livelli essenziali di assistenza.
2. Torbica, Fattore (2005) *The "Essential Levels of Care" in Italy: when being explicit serves the devolution of powers.* *Eur J Health Econom* 2005 · [Suppl 1] 6:46-52.
3. Ministero della Salute (2014) *Analisi spazio-temporale degli indicatori della Griglia LEA relativi all'adempimento sul "mantenimento dell'erogazione dei LEA" Trend regionali Anni 2001 - 2012.*
4. Ministero della Salute. *Rapporti nazionali di monitoraggio dell'assistenza sanitaria relativi agli anni 2001, 2002-2003, 2004, 2005-2006, 2007-2009 e 2012.*
5. Ministero della Salute (2010) *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2010.*
6. Liotta G, Mancinelli S, Scarcella P, Gialloreti LE (2012) *Determinants of acute hospital care use by elderly patients in Italy from 1996 to 2006.* *Archives of Gerontology and Geriatrics* 54 (2012) e364-e369.
7. Lombardo F, Maggini M, Gruden G, Bruno G (2013) *Temporal Trend in Hospitalizations for Acute Diabetic Complications: A Nationwide Study, Italy, 2001-2010.* *PLoS ONE* 8(5): e63675.
8. Francesconi P, Gini R, Maciocco G, Damiani G, gruppo Osservasalute (2011) *Primary care and chronic diseases: geographical differences in avoidable hospitalization.* *Epidemiologia e prevenzione; vol 35 (issue 5-6 Suppl 2) : pp 128-9.*
9. Rosano A, Lauria L, Viola G, Burgio A, de Belvis AG, Ricciardi W, Guasticchi G, van der Zee J (2011) *Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and the role of primary care in Italian regions.* *International Journal of Public Health - Year 9, Volume 8, Number 1.*
10. Network Non Autosufficienza (2012) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, tra*

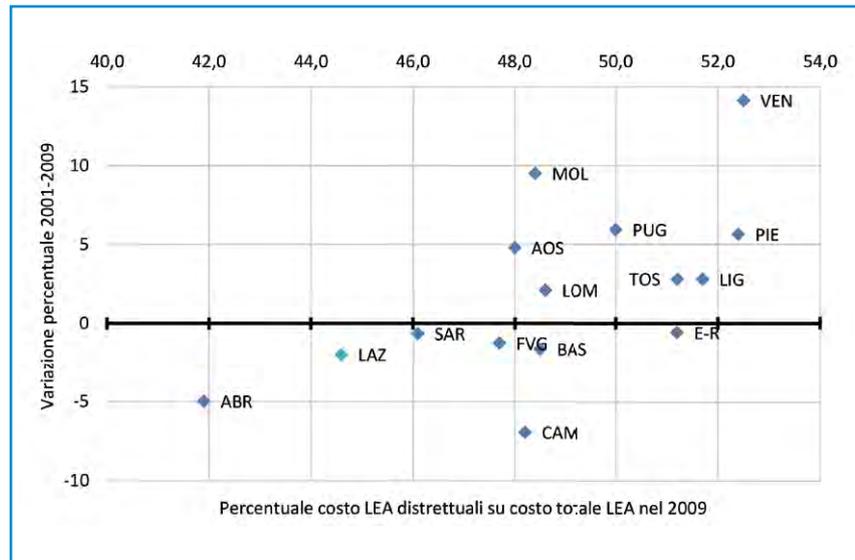


Grafico 10. Percentuale del costo dedicati ai LEA distrettuale sul totale del costo dei LEA del 2009, e variazione percentuale dal 2001 al 2009 *

* Rielaborazione effettuata a partire dai Rapporti di monitoraggio dell'assistenza sanitaria del Ministero della Salute relativi agli anni 2001 e 2009.

Dalla rielaborazione sono state escluse le province autonome di Bolzano e Trento e le regioni Sicilia e Calabria per incompletezza delle informazioni.

crisi e ripartenza - 4° Rapporto.

11. Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane (2014) *Rapporto Osservasalute.*

12. Scuola Superiore Sant'Anna da Pisa - Istituto di Management - Laboratorio Management e Sanità (2013) *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Veneto - REPORT 2013.*

13. Ferré F, de Belvis G, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, Ricciardi W, Maresso A (2014) *Health care systems in transition - Italy.* Vol. 16 No. 4 2014.

14. Spandonaro F (2012) *Opzioni di Welfare e integrazione delle politiche - Le evidenze dell'VIII rapporto Ceis.*

15. Spandonaro F (2014) *IX Rapporto CEIS Sanità - Crisi economica e sanità: come cambiare le politiche pubbliche.*

16. Agenzia Regionale di Sanità di Toscana (2006) *La banca dati Macro delle malattie croniche in To-*

scana - popolazioni con malattie croniche e indicatori di processo assistenziale.

17. Nalin M, Baroni I, Romano M, Levato G (2015) *Chronic related groups (CReG) program in Lombardy.* *European Geriatric Medicine* 6 325-330.

18. Database Istat "Health for all" (disponibile al sito web www.istat.it/it/archivio/14562)

19. Progetto Mattoni di Agenas (www.mattoni.salute.gov.it/)

20. Progetto Pic e Luna di Agenas (www.agenas.it/luna-di-agenas-per-gli-anziani-non-autosufficienti)

Promuovere la cultura della vaccinazione in Ospedale. La vaccinazione antinfluenzale degli Operatori Sanitari tra libertà e responsabilità.¹

Riassunto

Fine del lavoro è riflettere sulla dimensione etica della vaccinazione antinfluenzale degli Operatori Sanitari in un percorso che, partendo dalla identificazione dei principali determinanti della vaccinazione, si sofferma sulla formazione del Personale nella prospettiva di una acquisizione di consapevolezza sui propri atti. Solo agendo sulla coscienza morale dell'Operatore e sul suo dovere di responsabilità è infatti possibile raggiungere i risultati attesi.

Benedetto Arru, Paolo Castiglia, Ida Mura

Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari

PAROLE CHIAVE:

Influenza, Operatori Sanitari, Etica, Consapevolezza, Responsabilità

INTRODUZIONE

Gli Operatori Sanitari, a motivo del loro quotidiano servizio a favore dei pazienti, sono maggiormente esposti rispetto alla popolazione generale ad un'ampia varietà di agenti patogeni con il conseguente rischio di sviluppare patologie infettive o trasformarsi loro stessi in fonti di contagio per gli assistiti. Molte di queste patologie (Morbilli, Parotite, Rosolia, Varicella, Pertosse, Influenza), essendo prevenibili con la vaccinazione, non dovrebbero rappresentare tuttavia un rischio così temuto e, al contempo, un argomento tanto dibattuto in letteratura così come sui mezzi di informazione. La vaccinazione degli Operatori Sanitari comporta benefici diretti sui vaccinati e, in modo indiretto, induce la prote-

zione dei non vaccinati (*herd immunity*) che, all'interno dell'Ospedale, sono soprattutto i pazienti più fragili e ad alto rischio. Paradigma del rapporto tra Operatori Sanitari e vaccinazioni è l'adesione degli stessi alla vaccinazione antinfluenzale stagionale. Il vaccino ha ormai ampiamente dimostrato di essere sicuro, ben tollerato e costo-efficace ed è capace di prevenire dal 70 al 90% dei casi di Influenza negli adulti in buona salute (1, 2). E' per questo motivo che le organizzazioni sanitarie internazionali (WHO, CDC) lo raccomandano con forza. Purtroppo, nonostante tali raccomandazioni e a fronte dell'evidenza che le coperture degli Operatori Sanitari risultano inversamente associate al rischio di Sindrome influenzale acquisita in Ospedale (3), il ricorso alla vaccinazione rimane sia in Italia che a livello internazionale ben al di sotto della soglia raccomandata del 75% (4). L'infezione è particolarmente pericolosa per i pazienti "ad alto rischio" quali i degenti in Riani-

mazione, Terapia Intensiva neonatale, Ematologia e nelle Unità di Trapianti con conseguenti alti tassi di mortalità. La vaccinazione antinfluenzale, oltre a ridurre il rischio di infezione, contrasta sia l'assenteismo lavorativo che il cosiddetto presenteismo (la tendenza degli Operatori ad essere presenti sul luogo di lavoro pur essendo malati).

LE RAGIONI DEL RIFIUTO

Non è possibile pensare ad una efficace promozione della vaccinazione antinfluenzale all'interno dell'Ospedale senza aver prima tentato di comprendere le motivazioni che spingono gli Operatori Sanitari a non vaccinarsi. Secondo una interessante Review del 2009 (5) la paura di reazioni avverse, il disinteresse, il difficile accesso al vaccino, la bassa percezione del rischio e i dubbi sull'efficacia sono le prime cinque motivazioni che gli Operatori Sanitari adducono per non vaccinarsi. Da altri studi emerge ancora come gli Operatori sviluppino nel tempo un distorto senso di invulnerabilità nei confronti della malattia e come sia presente una diffusa ed erronea convinzione che l'Influenza sia una patologia lieve e a basso rischio (6). Non è poi di certo secondario il ruolo esercitato dai movimenti antivaccinali nello scoraggiare il ricorso alla vaccinazione sia nel nostro Paese che a livello internazionale (7).

E' comunque significativo rilevare come i principali fattori ostacolanti siano in sostanza di carattere culturale, riferibili sia ad elementi soggettivi (conoscenze, credenze, atteggiamenti, storia personale), ma anche dipendenti dal contesto esterno (mezzi di informazione, orientamenti nello stesso reparto di provenienza) (8). Nel promuovere la vaccinazione non ci si deve, dunque, scontrare tanto contro radicate

1 Contributo presentato come intervento tematico alla Sessione pre-congressuale del 41° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. (Parma, 30 settembre - 2 ottobre 2015).

posizioni e convincimenti personali, quanto contro il disinteresse e le false credenze.

DALL'INFORMAZIONE ALLA CONSAPEVOLEZZA

L'identificazione dei determinanti di vaccinazione è il presupposto fondamentale per poter progettare delle azioni più efficacemente calate nella realtà del Personale.

Un interessante tentativo di promozione della vaccinazione tra gli Operatori Sanitari è il Progetto europeo *"Hpro Immune- Promozione dell'immunizzazione degli Operatori Sanitari in Europa"* (9). Il progetto, della durata di tre anni, coordinato dall'Istituto di Medicina Preventiva dell'Università di Atene, ha coinvolto sette Paesi tra i quali l'Italia, presente con l'Istituto Superiore di Sanità. Fine del lavoro è stato l'elaborazione di uno strumento di comunicazione (*toolkit*), costruito alla luce di una revisione sistematica della letteratura, arricchita dalla raccolta delle esperienze e delle strategie vaccinali dei Paesi europei, *best practice*, linee guida e raccomandazioni.

Informare in modo comprensibile sul rischio infettivo ricordando le norme legislative in vigore; spiegare le caratteristiche e gli effetti collaterali del vaccino con dati aggiornati senza sovrastimarne l'efficacia quando non siano disponibili evidenze scientifiche a sostegno; affrontare apertamente dubbi e disinformazione. Sono questi i principali elementi chiave di una corretta strategia di promozione della vaccinazione, che deve essere condotta quanto più possibile cercando il contatto diretto e il dialogo con l'Operatore.

Informazione e formazione non hanno però alcuna speranza di modificare gli atteggiamenti del Personale Sanitario se non si agisce su un piano più profondo, che è quello della consapevolezza. La consapevolezza (*dal latino cum-sapere, sapere con*), andando al di là dell'informazione superficiale, è la presa di coscienza di un messaggio che si fa parte integrante del patrimo-

nio culturale della persona ponendo le basi per la costruzione originale del proprio pensiero. Lo stesso Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012- 2014 incoraggia a *"progettare e realizzare azioni per potenziare l'informazione e la comunicazione al fine di promuovere l'aggiornamento dei professionisti sanitari e per diffondere la cultura della prevenzione vaccinale come scelta consapevole e responsabile dei cittadini"* (10). In questo senso va anche la recente Mozione del Comitato Nazionale per la Bioetica (aprile 2015) (11) su *"L'importanza delle vaccinazioni."* Il testo, tra le altre cose, incoraggia ad una *"assunzione di responsabilità personale e sociale.. richiamando.. a scelte consapevoli e corrette."*

In che modo è allora possibile agire sulla consapevolezza degli Operatori Sanitari?

IL PRIMATO DELL'ETICA

Ippocrate, quasi 2500 anni fa, aveva affermato un principio tutt'oggi validissimo: *"Primum non nocere"*. Il cosiddetto principio di non maleficenza è forse il primo che il Personale Sanitario dovrebbe rispettare sopra tutti gli altri: ancor prima di fare il bene del paziente, è necessario non causarne il male. L'etica medica, arricchita oggi dalla riflessione bioetica, permette di inquadrare questo tema, come del resto tanti altri in Medicina, in una dimensione "alta", che è quella della coscienza morale. L'Operatore Sanitario, quotidianamente a contatto per il suo lavoro con pazienti in condizioni di fragilità, ha l'obbligo morale di vaccinarsi perché la vaccinazione è il mezzo più sicuro, efficace e costo- efficace per proteggere se stesso (e dunque i contatti familiari e amicali) e i propri pazienti.

L'affermazione di una vera cultura della vaccinazione all'interno dell'Ospedale attraverso la messa in atto di comportamenti eticamente e scientificamente corretti può dunque realizzarsi solo attraverso una autentica presa di coscienza personale. I noti

principi bioetici di non maleficenza, beneficenza, autonomia e giustizia aiutano a definire i termini della questione (12).

Non maleficenza. Il primo principio, come sopra riportato il più antico, impegna a non nuocere al prossimo. Come conseguenza di ciò il medico e tutti gli operatori sanitari devono astenersi dal recare qualsiasi danno al paziente (nella fattispecie infettarlo con il virus influenzale) e, dal canto suo, il paziente ha tutto il diritto di attendersi che il Personale di assistenza prenda ogni precauzione necessaria per proteggerlo dalle infezioni. Questo assunto ha valore non solo nei casi in cui il soggetto sa di essere malato, ma anche quando non è sicuro di essersi infettato con un agente patogeno e la trasmissione del microrganismo può essere prevenuta attraverso l'adozione di misure specifiche.

Beneficenza. Il secondo principio chiede all'Operatore di fare qualcosa in più rispetto al semplice "non recare danno", ma di agire nel miglior interesse del paziente. Il dovere della beneficenza include non solo specifici interventi clinici e assistenziali, ma impegna l'Operatore a fare tutto il possibile per il bene del paziente.

Autonomia. I principi di non maleficenza e beneficenza non sono illimitati: ogni persona ha il diritto di decidere in piena libertà se sottoporsi ad un determinato trattamento oppure rifiutarlo e nessuno può essere obbligato a subire una terapia contro la sua volontà. E' tuttavia importante sottolineare come quello di autonomia sia un principio chiave dell'etica medica, ma non dell'etica di Sanità Pubblica nel contesto della quale il bene della collettività può a volte richiedere una riduzione dell'autonomia del singolo.

Giustizia. Secondo il quarto principio è una questione di giustizia che persone in stato di malattia, ancor di più se prive delle naturali protezioni dagli agenti microbici, possano essere assistite da Operatori Sanitari che non si siano immunizzati nei confronti di patologie prevenibili.

Alla luce di questi principi sembra

esistere un imperativo morale per gli Operatori Sanitari a vaccinarsi e per le Istituzioni a promuovere la vaccinazione. Il bassissimo ricorso all'immunizzazione e la difficoltà ad elaborare strategie vincenti conduce, tuttavia, frequentemente, in modo più deciso negli Stati Uniti, ad invocare l'obbligatorietà della vaccinazione degli Operatori Sanitari con conseguenti ampi dibattiti a riguardo (13). Secondo un'etica di Sanità Pubblica, la vaccinazione obbligatoria è una strategia che subordina il diritto dell'individuo a prendere decisioni autonome agli interessi collettivi di sicurezza e salute. Nella fattispecie oppone l'autonomia degli Operatori Sanitari al dovere professionale di promuovere la sicurezza dei pazienti. *"Il solo fine per il quale il potere può essere ragionevolmente esercitato nei confronti degli appartenenti ad una comunità civile, contro la loro volontà, è prevenire il danno nei confronti di altri. Il bene del singolo, sia esso fisico o morale, non è una garanzia sufficiente"*. Questo principio, conosciuto come *"harm principle"* è stato enunciato dal filosofo ed economista inglese John Stuart Mill (1806- 1873) e può essere utilizzato per espandere l'applicazione del principio ippocratico *"primum non nocere"* e per giustificare la vaccinazione obbligatoria (14). Il precedente legale più conosciuto è la storica sentenza *Jacobson vs Massachusetts (1905)*. Durante una epidemia di vaiolo a Cambridge, Massachusetts, la Corte Suprema respinse le richieste di chi contestava l'obbligo vaccinale in nome della libertà del singolo osservando che *"i rischi erano troppo ridotti per poter essere seriamente presi in considerazione a fronte dei benefici prodotti per la collettività"* (15). Al giorno d'oggi, tuttavia, la Sanità Pubblica deve confrontarsi con una situazione profondamente cambiata da un punto di vista culturale e sociale. Il nostro Paese, attraverso l'esperienza della Regione Veneto, ha iniziato a percorrere da alcuni anni un cammino che potrebbe portare in futuro ad abbandonare l'obbligo vaccinale per

promuovere una scelta consapevole e informata. Come pensare di recuperare un approccio paternalistico ed impositivo proprio con gli Operatori Sanitari? Imporre per legge la vaccinazione all'Operatore Sanitario, in modo particolare al medico, mortificherebbe la sua professionalità fin nel cuore della deontologia: già il Giuramento porta dentro di sé i principi che dovrebbero condurre ad una adesione piena e consapevole alla pratica in questione. L'esercizio dell'autonomia non può essere, infatti, disgiunto da un'assunzione di responsabilità nei confronti delle proprie scelte inquadrando dunque la prevenzione delle malattie in una dimensione morale. La riflessione del filosofo tedesco Hans Jonas (1903- 1993) va proprio in questo senso ed è più che mai attuale. Per Jonas la responsabilità dei padri verso i figli è il paradigma di un dovere di protezione autonomo e libero esercitato nei confronti di chi è in condizioni di fragilità e bisogno. Il rapporto padre- figlio diventa l'esempio di una azione responsabile che non proviene dall'obbedienza ad una legge, ma è radicata nella natura stessa della persona (16). Per tutti questi motivi è necessario mettere in atto ogni sforzo per promuovere la consapevolezza e l'empowerment del Personale Sanitario. In modo particolare la formazione continua sui temi etici e sui valori della Professione è il presupposto essenziale per consentire all'Operatore di porre in essere azioni autonome che sappiano coniugare libertà e responsabilità (17).

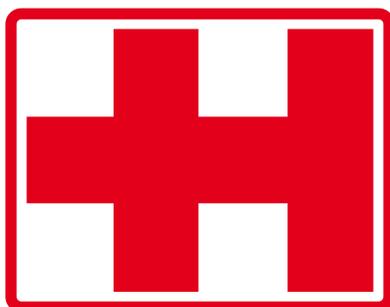
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, et al. Effectiveness and cost-benefit of influenza vaccination of healthy working adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 284:1655- 63
2. Vambem P, Baghdadi Y, Roche S et al. Influenza vaccine effectiveness among healthcare workers in comparison to hospitalized patients: a 2004- 2009 case- test, negative- control, prospective study. *Hum*

Vaccin Immunother. 2015 Sep 1:0

3. Amodio E, Restivo V, Firenze A et al. Can Influenza vaccination coverage among healthcare workers influence the risk of nosocomial influenza-like illness in hospitalized patients? *J Hosp Infect* 2014 Mar;86(3):182-7
4. Mereckiene J, Cotter S, Dematte L, et al., VENICE project gatekeepers group. Differences in national influenza vaccination policies across the European Union, Norway and Iceland 2008-2009. *Euro Surveill* 2010; 15 (44):pii=19700
5. Hollmeyer H.G ,Hayden F, Poland G, Buchholz U. Influenza vaccination of health care workers in hospitals - a review of studies on attitudes and predictors. *Vaccine* 27 (2009) 3935-3944
6. Maltezou HC, Tsakris A Vaccination of health-care workers against influenza: our obligation to protect patients. *Influenza Other Respir Viruses* 2011; 5:362-8
7. Kata A. A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine* 2010 Feb 17; 28(7):1709- 16
8. Broune M, Thomson P, Rockloff MJ, Pennycook G. Going against the herd: psychological and cultural factors underlying the "vaccination confidence gap". *PLoS One* 2015 Sep1; 10(9):e0132562
9. Progetto HPro Immune www.hproimmune.eu
10. Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012- 2014
11. Comitato Nazionale per la Bioetica. Mozione "L'importanza delle vaccinazioni", 24 aprile 2015
12. Beauchamp T, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, 2009
13. Galanakis E, Jansen A, Lopalco PL, Giesecke J. Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers. *Euro Surveill*. 2013; 18(45):pii=20627
14. Mill J. S. On Liberty. Oxford University Press 2008
15. *Jacobson vs Massachusetts* 197 US 11, 17/ 18, 1905
16. Jonas H. Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica. Einaudi 2009
17. Sgreccia E. Manuale di Bioetica, vol. 1. Vita e Pensiero 2006

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



EXPOSANITA'

20^a 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

Regione Piemonte: progetto ventilazione polmonare A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

Riassunto

Presso la Città della Salute e della Scienza ha sede uno dei due Centri Regionali Esperti per la Sclerosi Laterale Amiotrofica, cui afferisce il 70% dei soggetti affetti da tale patologia sul territorio regionale. Dal 2010 è avviato il "Progetto di continuità assistenziale per i pazienti con SLA e le loro famiglie". Dal 2013 è attiva la telesorveglianza. Sono stati arruolati 41 pazienti; l'attività ha elevato livello assistenziale, creando uno standard assistenziale di alta efficacia ed efficienza.

Antonio Scarmozzino*, **Ida Marina Raciti****, **Andrea Calvo*****, **Alessio Mattei******, **Adriano Chiò*****, **Giulio Fornero****, **Roberto Arione***

* Direzione Sanitaria Presidi Molinette SGAS

** Qualità, Risk Management e Accreditamento

*** Centro Regionale Esperto Sclerosi Laterale Amiotrofica/Neurologia 2 U

**** Pneumologia

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

PAROLE CHIAVE:

Sclerosi Laterale Amiotrofica, continuità assistenziale, telesorveglianza

INTRODUZIONE

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una malattia neuro - degenerativa, a carattere progressivo che colpisce il I e II motoneurone. L'origine è sconosciuta e non vi sono terapie eziologiche risolutive. Nella maggior parte dei casi causa una totale perdita dell'autosufficienza, che richiede cure complesse e personalizzate con interventi centrati sui bisogni della persona e della sua famiglia.

Si ammalano di tale malattia individui adulti, di entrambi i sessi, di età compresa tra i 40 e i 70 anni. Il tasso stimato di prevalenza per casi di SLA in Italia è di 8-10 /100.000 abitanti. Si tratta una patologia in progressivo peggioramento con contestuale perdita dell'autonomia, inguaribile, ma

non incurabile, che necessita di un servizio di assistenza globale da effettuarsi anche a domicilio gestendo la continuità assistenziale ospedale - territorio.

La malattia ha un impatto devastante sul paziente, nel cui quadro clinico possono prevalere i disturbi della parola e le difficoltà di deglutizione e, dato il pressoché totale mantenimento dell'integrità mentale fino alle estreme fasi della malattia, è importante attivare un percorso di cure palliative, rivolte al trattamento sia dei sintomi fisici sia delle problematiche psico - sociali ed esistenziali di questi pazienti e dei loro familiari.

La Regione Piemonte con D.G.R. n. 22- 11870 del 2 marzo 2004 (2) ha istituito la rete regionale per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e

cura delle malattie rare. Con questo provvedimento sono stati individuati, quali punti della rete, tutti i presidi sanitari regionali. La delibera prevede una modalità di gestione dei pazienti basata su una rete diagnostico - assistenziale su tutto il territorio regionale.

La D.G.R. n. 27 - 12969 del 30 dicembre 2009 "Percorso di continuità assistenziale dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica" (3) ha individuato, sulla base del Registro interregionale Piemonte e Valle d'Aosta delle malattie rare, due Centri Esperti per la SLA (CRESLA):

1. Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino (ora A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino)
2. Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità di Novara.

In Piemonte risultano affetti da questa patologia circa 450 pazienti. Di questi il 70 per cento è seguito presso il Centro della Città della Salute (1).

L'evoluzione della malattia è generalmente molto rapida, ma oggi, grazie anche ai progressi della ventilazione assistita, il 50% di pazienti sopravvive 10 o più anni dopo la diagnosi.

I singoli Centri Regionali si avvalgono di un team multiprofessionale composto da neurologo, pneumologo, nutrizionista clinico, dietologo, gastroenterologo/chirurgo, radiologo interventista, otorinolaringoiatra/foniatra, anestesista/rianimatore, palliativista, psicologo, neuropsicologo, psichiatra, fisiatra, logopedista, fisioterapista, terapeuta occupazionale, personale infermieristico dedicato, assistenti sociali, educatori. La valutazione multidisciplinare della persona con SLA, finalizzata all'attivazione di un adeguato percorso per il supporto

psicologico ed educativo, al fine di offrire una globale presa in carico, include:

- programma per la mobilitazione attiva e passiva;
- monitoraggio e intervento nutrizionale;
- monitoraggio della funzione respiratoria;
- monitoraggio della ventilazione non invasiva e invasiva;
- monitoraggio della funzione fonatoria;
- precoce supporto alla comunicazione;
- valutazione delle condizioni psico - sociali del paziente e della sua famiglia.

I Centri collaborano con le Associazioni dei pazienti in tutte le fasi della programmazione delle iniziative di informazione e formazione.

Le Associazioni offrono un'adeguata e appropriata collaborazione, in particolare a domicilio, e fanno parte della rete che concorre al supporto del percorso di cura e di assistenza del paziente con la SLA, del caregiver e della famiglia.

Il "Progetto di continuità assistenziale per i pazienti con SLA e le loro famiglie" approvato con D.G.R. 24 novembre 2010, n. 23-1053 (4) è finalizzato alla sperimentazione di un percorso di presa in carico globale dei malati di SLA e delle loro famiglie destinato al miglioramento della qualità dell'assistenza socio sanitaria e quindi, della vita dei pazienti affetti da SLA, a sostegno della domiciliarità.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

Consentire la permanenza a domicilio delle persone affette da SLA, il più a lungo possibile, garantendo un sistema assistenziale adeguato, attraverso un progetto individuale che tenga conto non solo della persona interessata ma anche della sua famiglia.

Il percorso di gestione globale si prefigge di seguire il paziente in tutte le

fasi di sviluppo della malattia, il cui percorso può essere schematicamente suddiviso in 3 fasi:

- cure primarie (estensive): processi assistenziali caratterizzati da bassi livelli di intensità e da livelli di complessità assistenziale variabile, in relazione all'eventuale presenza di comorbilità;
- cure intermedie (sub - intensive): processi assistenziali a medio livello di intensità ed in genere, ad elevato livello di complessità assistenziale;
- cure secondarie (intensive): processi assistenziali ad alto livello di intensità e complessità assistenziale per i quali si impone il ricovero in ambiente ospedaliero.

Le prime due fasi sono generalmente collocate nel livello di assistenza socio sanitaria territoriale e possono essere catalogate in progetti individuali di assistenza (domiciliare e residenziale), la terza fase è di competenza ospedaliera.

L'organizzazione di un servizio basato su una valutazione globale e continua dei bisogni della persona e della sua famiglia in tutte le fasi della malattia è possibile soltanto con una forte integrazione tra ospedale e territorio. Gli scopi principali del progetto sono la realizzazione di un percorso di continuità assistenziale per il paziente e per la sua famiglia in stretta collaborazione tra ospedale e servizi socio sanitari del territorio, con il miglioramento della qualità (in termini di efficacia e sicurezza), dei processi assistenziali e di riduzione dei costi dell'assistenza per il miglioramento dei livelli di appropriatezza prescrittiva (es. utilizzo condiviso di percorsi assistenziali).

RISULTATI

Dopo una prima fase di programmazione della durata di sei mesi, nel corso dei quali è stata individuata l'équipe interdisciplinare ospedale/ servizi socio - sanitari del territorio e del suo responsabile ed è stato identificato il gruppo di pazienti che

afferiscono al Centro e/o risiedono nel territorio, è stata effettuata la programmazione di:

- percorsi clinici e di assistenza domiciliare socio - sanitaria integrata;
- formazione specifica per il personale sanitario, socio sanitario e sociale;
- formazione, supporto e addestramento delle persone affette da SLA, dei caregiver, dei familiari e dei volontari.

Sono state assegnate 7 borse di studio al fine di proseguire il servizio di assistenza specialistica multidisciplinare al domicilio dei pazienti affetti da SLA delle provincie di Torino, Asti, Cuneo e Alessandria.

Per i pazienti più gravi o impossibilitati a recarsi al Centro SLA sono state effettuate visite specialistiche multidisciplinari a domicilio con verifica dell'attuazione del piano terapeutico redatto dal centro SLA.

Il neurologo ha affiancato le équipe di terapie palliative sul territorio e negli hospice nella gestione delle fasi terminali sia a domicilio sia presso l'hospice.

È stata attivata la figura di un coordinatore contattabile con numero telefonico fisso e di un telefono cellulare disponibile per i pazienti tutti i giorni feriali.

È stato attivato un numero telefonico cellulare diretto con lo pneumologo o il rianimatore.

Sono stati organizzati incontri di aggiornamento sia per operatori sanitari sia per caregiver.

Infine è stato redatto un documento di integrazione tra ASL e Ospedale per la continuità assistenziale.

Tra agosto 2012 e novembre 2013 sono stati seguiti a domicilio 133 pazienti.

I pazienti hanno avuto un'assistenza neurologica, foniatica, pneumologica, logopedica e psicologica domiciliare, integrata alle valutazioni ambulatoriali presso l'A.O.U. Città della Salute.

Da aprile 2013 è in corso l'attività di telesorveglianza per i pazienti già

avviati a ventilazione non invasiva o ventilazione invasiva per via tracheostomica.

È prevista l'assistenza da parte di uno pneumologo e di un Call Center; il paziente viene dotato di un Tablet con possibilità di eseguire videochiamate e di un saturimetro portatile, ed è invitato a rispondere con cadenza giornaliera e quindicinale a domande prestabilite focalizzate ad indagare parametri clinici e di ventilazione che porteranno a diversi tipi di intervento (contatto telefonico/videotelefonico, visita domiciliare, contatto con Call Center, ricovero). I dati clinici relativi al paziente e gli interventi intrapresi sono registrati in un database.

I questionari giornalieri riguardano: eventuale comparsa di segni e/o sintomi che siano possibile indice di riacutizzazione infettiva; problematiche relative alla ventilazione (comparsa di ulcere da decubito, allarmi del ventilatore, tolleranza della ventilazione, segnalazione di perdite in corso di ventilazione) o all'utilizzo della macchina per la tosse. È prevista inoltre la compilazione di questionari quindicinali riguardanti eventuali variazioni nelle ore di utilizzo della ventilazione, modifiche legate all'alimentazione e segnalazione di visite mediche eseguite.

I questionari, compilati mediante l'utilizzo del Tablet consegnato al paziente, vengono inviati per via telematica e controllati quotidianamente dal medico che si occupa del progetto. In questo modo lo pneumologo è in grado di valutare la presenza di possibili indici di riacutizzazione ("semaforo giallo" o "semaforo rosso") e può contattare il paziente per le indicazioni terapeutiche del caso. Il monitoraggio permette inoltre di capire se vi è un peggioramento nelle condizioni globali del paziente tale da richiedere variazioni nella gestione (es.: prescrizione del secondo ventilatore in caso di incremento delle ore di utilizzo della ventilazione, indicazione a tracheostomia).

Ogni mese vengono effettuate saturimetrie notturne al domicilio, realizzate da un tecnico e rese immediatamente disponibili per la consultazione mediante l'invio per via telematica. In tal modo il medico è in grado di valutare eventuali modifiche nel setting della ventilazione domiciliare del paziente.

Vengono inoltre effettuate visite pneumologiche al domicilio, qualora fosse richiesto dalle condizioni del paziente. In questo modo si evitano spostamenti difficoltosi e si garantisce una prosecuzione delle cure e dell'assistenza anche nel momento in cui le condizioni cliniche sono in peggioramento; al fine di ridurre i ricoveri in ospedale.

Nei primi 12 mesi di svolgimento del progetto (dal 1 aprile 2013 al 31 marzo 2014):

- sono stati arruolati 41 pazienti (dei 43 pazienti arruolabili, solo 2 hanno rifiutato l'inclusione nel progetto);

- i pazienti arruolati hanno compilato circa 6000 questionari giornalieri e oltre 500 questionari quindicinali;

- i questionari compilati hanno evidenziato diverse situazioni potenzialmente pericolose per l'assistito ("semafori gialli" o "semafori rossi");

- i "semafori rossi" hanno generato oltre 120 interventi immediati dello Specialista incaricato (variazione terapia, prescrizione di ausili aggiuntivi ecc.) e circa 25 visite domiciliari, dando garanzia al paziente di essere seguito e monitorato quotidianamente;

- sono state eseguite circa 250 saturimetrie notturne direttamente al domicilio dell'assistito.

CONCLUSIONI

La sinergia tra le diverse figure professionali coinvolte nel progetto ha permesso di fornire quotidianamente assistenza clinica, tecnica e logistica direttamente al domicilio, in maniera tangibile e percepita in maniera fortemente positiva da parte non solo del paziente, ma anche dei familiari. È stato organizzato un corso di for-

mazione per assistenti familiari e operatori sanitari focalizzato sull'assistenza della SLA.

L'attività ha elevato il livello assistenziale per i pazienti affetti SLA sul territorio regionale, creando uno standard di alta efficacia ed efficienza.

Il progetto richiede l'utilizzo di risorse umane e strutturali che è possibile sostenere grazie ad un finanziamento dedicato.

Ultimata la fase progettuale, per garantire la stessa qualità delle cure domiciliari ai pazienti sarà necessario stabilire la sostenibilità del sistema da parte dell'Azienda.

Per questo si sta valutando la possibilità/opportunità di continuare l'attività con professionisti strutturati già assunti dall'Azienda e la necessità di chiedere alla Regione una formalizzazione e definizione di tali forme di assistenza con un riconoscimento tariffario.

BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Adriano Chiò "La SLA come metafora della complessità nella ricerca clinica e nella gestione del rapporto tra persona in cura e medico"

2. Deliberazione della Giunta Regionale 2 marzo 2004, n. 22-11870 - Individuazione della rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi, la terapia delle malattie rare e costituzione c/o l'ASL 4 di Torino del Centro regionale di coordinamento

3. Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2009, n. 27-12969 - Percorso di continuità assistenziale dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica

Deliberazione della Giunta Regionale 24 novembre 2010, n. 23-1053 - Approvazione e presentazione al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del progetto sperimentale "Progetto di continuità" assistenziale per i pazienti con SLA e le loro famiglie" di cui al Decreto Interministeriale del 4 ottobre 2010.

A PORTATA DI TABLET



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

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



Scansiona il codice QR e apri con il browser

Consulta e Scarica

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

Condividi

la web app

Visita

il sito www.anmdo.org

EDICOM



Buone pratiche in sanità: fare, fare bene, risparmiare molto: alcuni esempi dalla virtuosa periferia piemontese

P. Tofanini*, GF. Cassissa*, MC. Frigeri*, G. Viglino*, G. Murialdo*, Cane*, D. Saglietti*, L. Monchiero*, E. Laudani*, M.G. Brociero*, R. Servetto*, G. De Nonno*, O. Davini**

*ASL CN2-Alba-Bra,

**AOU Città della Salute e della Scienza-Torino

Regione Piemonte

L'Asl CN2 di Alba-Bra (direttore generale: dott. Francesco Morabito)

PREMESSA

L'aver realizzato obiettivi di salute che, valutati da terzi, rientrano nella fascia alta della "classifica" della sanità regionale del Piemonte e, in alcuni casi, nazionale non può che inorgoglire una comunità che vede nel mantenimento dell'ASL CN2 di Alba-Bra un motivo di identità ma anche un riferimento certo per un territorio legato strettamente ai suoi ospedali e ai suoi servizi sanitari.

Quanto sopra ha un valore ancor più grande se si considera che, nella Regione Piemonte, unica realtà del Nord-Italia sottoposta a commissariamento di fatto, per i ben noti problemi economici (che, peraltro, non dipendono dalla sanità ma da un poco etico "utilizzo" del

budget sanitario da parte di altri assessorati regionali), la nostra realtà è l'unica a chiudere il proprio bilancio in pareggio effettivo, senza alcun bisogno di integrazione economica da parte della regione.

UNA CATTIVA DISTRIBUZIONE DELLE RISORSE

È utile ricordare che, peraltro, il pareggio di bilancio è stato ottenuto, dall'ASL CN2, con una quota capitaria che è fra le più basse in Piemonte ed in Italia, come si evince dalla seguente tabella di sintesi.

Se effettuiamo un confronto fra realtà omogenee nell'ambito della nostra regione, per abitanti, dati di attività, numero di presidi ospedalieri, indicatori sanitari, ecc. da ciò

emerge un sottofinanziamento, a parità di popolazione, che oscilla fra i 25 e i 45 milioni di Euro e la cosa non può che demoralizzare le persone oneste e lavoratrici che non hanno praticato lo sport nazionale del "spendi pure che tanto lo Stato poi ti ripiana".

Se poi andiamo a vedere i costi del personale, argomento particolarmente critico e di cui prima abbiamo accennato, questa sperequazione, che discende dalla disomogeneità storica delle quote capitarie, appare ancor più clamorosa. Infatti, se rapportiamo i costi programmati del personale alla popolazione dell'ASL, l'indicatore più basso (e quindi più virtuoso) rimane ancora quello dell'ASL CN2 con una differenza in meno, rispetto all'ASL di Vercelli, nel 2014, di ben €. 143 per cittadino. E quindi il costo complessivo, per le spese del personale dipendente, sempre fra le due ASL prese in esame, ha un differenziale, nel 2014, pari a ben €. 26.496.000: ovviamente ogni considerazione, relativa a dotazioni organiche diverse e ad un contenimento della spesa in questo settore particolarmente critico, è scontata e ci provoca un certo malessere quanto all'equità nella distribuzione delle risorse finanziarie. Tutto normale? Parrebbe proprio di no, ma la domanda ulteriore da porsi è ancora un'altra.

Com'è possibile che l'ASL CN2 di Alba-Bra riesca a offrire un servizio più che accettabile ai suoi cittadini, con parametri rilevati dalla regione, sia di tipo economico (pareggio di bilancio) che sanitario (indicatori di performances diversi) che sono valutati come assolutamente positivi sia

ASL/Altro	ABITANTI	Finanziamento	Quota Capitaria 2014
CN2	170.520	258.132.917	1.502
TO 1	488.753	797.768.069	1.632
VCO	170.675	294.405.393	1.711
VC	174.508	304.189.137	1.743
PIEMONTE	4.424.467	8.030.000.000	1.814
ITALIA	61.000.000	109.900.000.000	1.802
BOLZANO	515.714	1.171.989.000	2.272

A.S.L.	Popolazione	2014	2014
			/pop
ASL VC	173.618	115.997.000	668
ASL VCO	170.675	99.098.000	581
ASL CN2	170.520	89.501.000	520

RIPIANO ASL

ASL	TO1	VC	VCO	CN2
Ripiano	4.684.599	1.731.078	2.254.709	0

a livello regionale che nazionale con queste risorse economiche e come, invece, è possibile che certe ASL, nonostante bilanci enormemente più pingui, chiudano addirittura i bilanci in rosso?

Infatti le quote capitarie definitive discendono da quanto previsto dalla DGR n. 59-6674 dell'11.11.2013 che prevede un ulteriore stanziamento di €. 50.000.000 destinato, come finanziamento LEA, a tutte le ASL/ASO del Piemonte, ad eccezione di quattro, fra cui l'ASL CN2 di Alba-Bra.

Quindi ci pare giusto evidenziare che la nostra azienda non ha giovato, per il fatto di avere i conti a posto, di questo beneficio ulteriore destinato invece ha chi aveva speso oltre il budget assegnato, per cui potremmo parafrasare, con molta irritazione che "il Figliol prodigo colpisce ancora"..... A scanso equivoci, noi non abbiamo motivo di dubitare circa la bontà e la qualità dei servizi sanitari offerti dai nostri colleghi "competitors" regionali: ma, a che prezzo? E perché noi riusciamo a "stare dentro ai costi" mentre altri hanno bisogno dell'ennesimo "ripiano a piè di lista" di vecchia memoria? Chiunque poi, volesse fare un esercizio ragioneristico di base, potrebbe appurare che, utilizzando come riferimento la quota capitaria dell'ASL CN2 di Alba-Bra, si potrebbe ottenere un risparmio, nella Regione Pie-

monte, che risolverebbe ogni criticità di bilancio pregressa, attuale e futura. Infatti, con una stima largheggiante, escludendo da questo conto il costo delle Aziende Ospedaliere, si può ritenere ragionevolmente realizzabile una minore spesa di oltre €. 400.000.000, rispetto ad una spesa regionale di poco superiore, comprensiva delle integrazioni alle ASO, agli 8.000.000.000 di Euro! Da ultimo, ma non per importanza, visto che una delle tante notizie di cattiva gestione rimbalza periodicamente sui mass-media, la nostra ASL paga i fornitori con una media che oscilla fra i 65 giorni (2014) e i 67 giorni (primi semestre 2015), contro una media regionale di oltre 240 giorni! L'aver riportato, infine, anche il dato della quota capitaria dell'ASL di Bolzano è solo un'esercitazione che ci provoca solo ulteriore e grave depressione: infatti se all'ASL CN2 fosse attribuita quella quota capitaria incasseremmo ogni anno un "surplus" di ben €. 131.300.400: quanto ad equità siamo messi molto male!

ALCUNE BUONE PRATICHE DI GESTIONE EFFICIENTE ED ECONOMICA

La disponibilità degli operatori della nostra ASL a mettersi in gioco e a sperimentare, pur in

costanza di risorse limitatissime, come prima evidenziato, ha fatto sì che si realizzassero progetti all'avanguardia che possono essere riferimento per una sanità che, da più parti e, ahimè sinora sulla carta, è ritenuta non adeguata ai tempi moderni e possiede un modesto tasso di creatività. Per questo le pratiche gestionali e organizzative che rappresentiamo di seguito sono un modello di buona sanità e assistenza, di umanizzazione vera, di reale integrazione fra ospedale e territorio e, non ultimo, di economia applicata all'etica.

Ciò ci ha permesso e ci permette di mantenere stretto il legame con la nostra popolazione che è fidelizzata in grande misura alle strutture sanitarie di riferimento (con una bassissima mobilità passiva regionale ed extra) e la bontà dei servizi offerti è certificata, inoltre, da un livello estremamente contenuto di assenteismo fra i nostri operatori (1/5 della media nazionale). Un altro aspetto particolarmente importante nelle attività e nei progetti che di seguito esplicheremo consiste nell'aver realizzato nei fatti, e non solo nelle intenzioni, quel legame reale fra ospedale e territorio e fra sanitario e sociale con una particolare attenzione alle fasce deboli della popolazione ed una ricerca continua dell'appropriatezza delle prestazioni erogate nonché della spesa.

PROGETTI REALIZZATI

- Letti di prossimità
- Videodialisi peritoneale a domicilio
- Teleradiologia a domicilio
- Progetto benessere lavorativo
- Gestione del socio-assistenziale
- Il benessere per le pazienti oncologiche
- Il cantuccio: dalla chiusura del punto-nascita all'home visiting.

A - PROGETTO LETTI DI PROSSIMITA'

I Letti di Prossimità (L.P.) sono posti-letto vicini alla residenza dell'ammalato messi a disposizione della nostra ASL da strutture socio-sanitarie accreditate e destinati ad ospitare pazienti critici, talora con quadro patologico complesso e con necessità di un intervento assistenziale non realizzabile a domicilio e che andrebbero ad occupare impropriamente un posto letto in ospedale con costi ingiustificabili.

Questa è una soluzione alternativa ed è intermedia tra il ricovero ospedaliero e l'assistenza domiciliare, si realizza tramite il ricorso a letti di appoggio in R.A.F. e R.S.A. per adulti ed anziani non autosufficienti; i pazienti sono seguiti direttamente dal MMG dell'assistito, che è colui che attiva il servizio ed è prevista un'assistenza infermieristica di almeno 30 minuti al giorno per ricoverato. Si tratta quindi a tutti gli effetti di ricoveri a parziale, ed in alcuni casi, elevata valenza sanitaria, per cui viene richiesto alla struttura di fornire, oltre ai requisiti assistenziali dovuti ad un paziente accolto in R.A.F., almeno ulteriori 18 minuti di assistenza infermieristica pro/die giungendo così ad un minimo di 30 minuti di assistenza infermieristica al giorno adeguata a garantire i bisogni sanitari.

Il progetto Letti di Prossimità tiene conto di una distribuzione sul territorio calcolata sulla:

- distribuzione della popolazione
- distribuzione delle strutture
- disponibilità delle strutture.

Di seguito si riepilogano alcuni dati di sintesi che testimoniamo l'evoluzione di questo progetto e il suo innegabile successo presso la popolazione della nostra ASL.

STRUMENTI



Durante il ricovero si utilizza la Cartella Clinica Integrata che prevede al suo interno le scale di rilevazione del Dolore. Vi è, inoltre, l'obbligo della valutazione intermedia. Oltre alla possibilità di attivare consulenze

specialistiche da parte di medici ospedalieri di varie specialità è previsto, in alcune realtà, l'utilizzo del servizio di "Radiologia a domicilio", che, peraltro verrà meglio dettagliato nel seguito di questa pubblicazione.

ANALISI DELLA SITUAZIONE

Data	Numero Strutture Convenzionate	Posti letto
MAGGIO 2009	18	32
NOVEMBRE 2009	18	35
FEBBRAIO 2010	19	45
APRILE 2010 - OTTOBRE 2010	19	60
OTTOBRE 2010 - MARZO 2011	20	56
APRILE 2011 - GIUGNO 2011	21	58
LUGLIO 2011 - DICEMBRE 2014	22	61

Situazione per Distretto

DISTRETTO	N. STRUTTURE	N. POSTI LETTO
ALBA	15	36
BRA	7	25
TOTALE	22	61

Dati dei ricoveri

Anno	Ricoveri	N. NOTTI DI RICOVERO	DEGENZA MEDIA (gg.)	N. ACCESSI MMG
2010	301	8.860	29,5	2.621
2011	421	10.859	26	3.113
2012	611	15.317	25	3.945
2013	560	14.313	25,5	2.904
2014	626	16.255	26	2.818

COMPARTECIPAZIONE ECONOMICA

Dal 7 settembre 2012 è prevista la compartecipazione economica dell'utente fin dal primo giorno di ricovero. Di seguito sono riportate le tabelle relative con i PIANI TARIFFARI al 31/12/2014.

Per ogni ricovero il Medico di Medicina Generale effettua mediamente 1 accesso ogni 5 giorni.

PAZIENTI ORDINARI

PERIODO	QUOTA ASL	QUOTA PZ
DA 1 A 10	72 €	10 €
DA 11 A 20	32 €	50 €
DA 21 A 30	12 €	70 €
DA 31 A 60 (se accolta la proroga)	7 €	75 €

Pazienti terminali: il ricovero è riapribile per 60 gg.

PERIODO	QUOTA ASL	QUOTA PZ
DA 1 A 10	52 €	30 €
DA 11 A 20	52 €	30 €
DA 21 A 30	52 €	30 €
DA 31 A 60 (se accolta la proroga)	52 €	30 €

PAZIENTI TERMINALI LONG SURVIVORS

TER	Frequency	Percent	Cum. Percent
NO	54	53,47%	53,47%
SI	47	46,53%	100,00%
Total	101	100,00%	100,00%

PERIODO	QUOTA ASL	QUOTA PZQ
Da 121 giorni in poi e per tutti i futuri ricoveri	7 €	75 €

PZ RICOVERATI IN DEROGA – PROVENIENTI DA RICOVERO OSPEDALIERO/ DIMISSIONI PROTETTE /POST ACUZIE

PERIODO	QUOTA ASL	QUOTA PZ
DA 1 A 10	52 €	30 €
DA 11 A 20	32 €	50 €
DA 21 A 30	12 €	70 €
DA 31 A 60 (se accolta la proroga)	7 €	75 €

Provenienza Pazienti Anno	Frequency	Percent
Casa	183	29%
Ospedale	349	56%
Dimissioni protette	10	2%
R.A.	1	0%
Post acuzie	34	5%
Altro	49	8%

DURATA RICOVERI E DEROGHE

La durata massima del ricovero è di 30 giorni, prorogabile di altri 30 giorni per specifici quadri patologici (frattura con impossibilità al carico e neoplasie). Per i pazienti eligibili in un percorso di cure palliative il ricovero è ripetibile in continuità. La durata media dei ricoveri per l'anno 2014 è stata di 26 gg e l'età media del paziente di 81 anni. Le deroghe sono riferite a pazienti accolti oltre il numero di posti letto convenzionati per quella struttura o per pazienti provenienti da pregressi ricovero in dimissioni protette (continuità assistenziale) o in struttura post acuzie.

DIAGNOSI D'INGRESSO PATOLOGIE ANNO 2014	Frequency	Percent
A Apparato gastrointestinale e metabolismo	32	5,11%
B Sangue e organi emopoietici	8	1,28%
C Cardiovascolare	61	9,74%
D Dermatologici	3	0,48%
G Genito-urinario	8	1,28%
H Endocrino	7	1,12%
J Infettivologia	14	2,24%
L Neoplastici	118	18,85%
M Sistema muscolo scheletrico	143	22,84%
N Sistema nervoso o psichiatrici	187	29,87%
R Sistema respiratorio	40	6,39%
V Vari	5	0,80%
Totale	626	100,00%

CONCLUSIONI

Questo metodo sperimentale ha avuto molto successo evitando la permanenza, in condizioni di inappropriata clinica, di un numero significativo di pazienti all'interno dei nostri nosocomi. Inoltre vi è stato un rilevante risparmio in relazione ad un differenziale di co-

sto/giornata di degenza fra L.P. e R.O. ospedaliero che è stimabile in circa € 800. Infine, questo strumento ha contribuito a "liberare" sia i letti di degenza dei numerosi reparti e che oggi sono stati ridotti, forse anche troppo, nonché a poter utilizzare al meglio gli spazi

angusti del DEA di Alba e del PS di Bra essendo possibile collocare in letti di prossimità anche i pazienti che erano impropriamente presenti in attesa di un non necessario ricovero ospedaliero e per i quali era invece necessari ricoveri sociali.

B - LA VIDEODIALISI: ESPERIENZA DELL'ASL CN2

1) TIPI DI TRATTAMENTO DIALITICO

Come è noto esistono due forme di trattamento dialitico: l'Emodialisi (HD) e la Dialisi Peritoneale (DP)

EMODIALISI

Come è ben noto l'emodialisi è un trattamento dialitico extracorporeo che utilizza per la depurazione e l'ultrafiltrazione del sangue una membrana artificiale (filtro di dialisi) attraverso la quale il sangue viene fatto circolare mediante una circolazione extracorporea prelevando il sangue attraverso un accesso venoso (fistola o catetere) dopodiché il sangue viene fatto circolare attraverso il filtro di dialisi utilizzando un'apparecchiatura dialitica (monitor di dialisi). L'emodialisi è un trattamento ambulatoriale, effettuato generalmente in ambiente ospedaliero, con sedute della durata di 4 ore per 3 volte alla settimana. Per effettuare la dialisi è necessaria la presenza dell'infermiere e, nella maggior parte dei casi, anche del medico; inoltre è utile rammentare che per effettuare questo trattamento i pazienti vengono trasportati dal domicilio all'ospedale mediante ambulanza il cui costo è a totale carico del SSN.

DIALISI PERITONEALE

La dialisi peritoneale è un trattamento dialitico intracorporeo che



utilizza per la depurazione e l'ultrafiltrazione una membrana naturale (la membrana peritoneale) e viene effettuata introducendo 2 litri di soluzione dialitica nella cavità peritoneale attraverso un catetere peritoneale a permanenza.

Nella modalità manuale (CAPD) l'operazione di sostituzione del liquido di dialisi viene effettuata 3-4 volte al giorno a distanza di 6-8 ore; nella modalità automatizzata (APD) questa stessa operazione è effettuata 5-7 volte durante la notte utilizzando una apparecchiatura di dialisi a cui il paziente viene attaccato alla sera prima di andare a dormire e staccato al mattino dopo 8-9 ore.

Quali vantaggi comporta la DP rispetto alla HD?

La DP rispetto all'emodialisi può presentare i seguenti vantaggi:

- migliore tolleranza nel paziente anziano e fragile in quanto consente una maggiore stabilità emodinamica e comporta meno sbalzi pressori;
- migliore qualità della vita nel paziente anziano;
- depurazione e ultrafiltrazione continua;
- viene effettuata a domicilio senza la presenza dell'infermiere o del medico;
- richiede costi inferiori rispetto all'HD.

Il costo annuo dell'HD è stimato in circa € 53.000 Euro + € 6.200/anno per il trasporto del paziente dal domicilio all'ospedale mediante ambulanza (quindi € 59.200) contro un costo annuo medio della DP stimato in circa € 35.600 (quindi + 40%).

1. DIFFUSIONE DELLA DIALISI PERITONEALE IN ITALIA

In base ai dati dell'ultimo Registro italiano di Dialisi e Trapianto e del Censimento del Gruppo di studio della Dialisi peritoneale, nel 2012 risulta la seguente prevalenza di pazienti in dialisi in Italia (vedi tabella a lato).

Il flusso iniziale dei pazienti incidenti e quello tra le due metodiche è schematizzato nelle figura seguente (vedi grafico a lato).

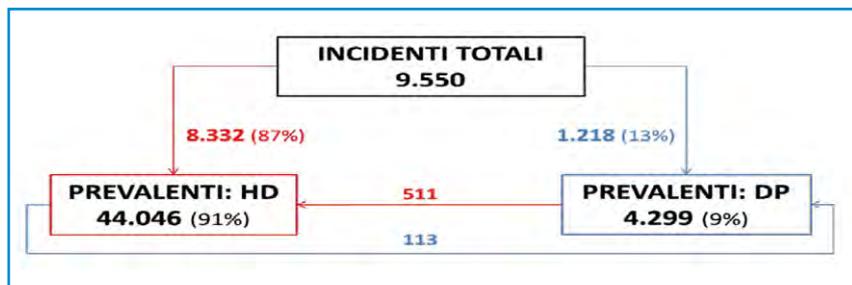
I pazienti prevalenti sono pazienti in trattamento al 31 dicembre dell'anno in esame.

I pazienti incidenti sono i nuovi pazienti immessi in trattamento dialitico nel corso dell'anno preso in esame.

La diffusione della Dialisi Peritoneale in Italia risulta tuttavia estremamente diversa da regione a regione e da centro a centro. La prevalenza della metodica nelle diverse regioni varia tra il 3% e il 18%; circa il 36% dei centri pubblici non utilizza questa metodica e tra quelli che la utilizzano (224 centri) la percentuale di utilizzo può variare tra il 3% e il 60%. Nonostante gli elencati vantaggi, lo scarso utilizzo di questa metodica in Italia può avere motivi sono diversi:

- l'elevata prevalenza della HD privata (esempio Sicilia e Campagna), dal momento che i privati non sono abilitati ad utilizzare questa metodica e, d'altra parte, non hanno un vantaggio economico ad utilizzarla;
- l'elevata disponibilità di posti letto per HD che induce a privilegiare questa metodica rispetto alla DP;
- la presenza di centri dialisi di piccole dimensioni che non dispongono di un know-how e di una organizzazione sufficiente per gestire la metodica;
- la diversa politica del Centro verso la metodica determinata dalle scelte terapeutiche del personale sanitario ed in particolare del Direttore del Centro Dialisi.

	PREVALENTI		INCIDENTI	
	Pazienti	(%)	Pazienti	(%)
DIALIZZATI TOTALI	48.343		9.550	
DAILISI PERITONEALE	4.229	(9%)	1.218	(13%)
EMODIALISI	44.046	(91%)	8.332	(87%)



Nel corso degli ultimi anni l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle comorbilità dei pazienti in dialisi hanno reso più difficile l'utilizzo della DP nonostante i suoi riconosciuti vantaggi clinici.

Infatti, è aumentato il numero dei pazienti che non sono in grado di provvedere autonomamente alla gestione della procedure dialitiche.

Nel caso siano presenti barriere sociali, fisiche, cognitive o psicologiche alla DP, si deve fare ricorso ad un partner di supporto al trattamento dialitico; tuttavia, se il partner non è presente o non è disponibile, il paziente non potrà iniziare o dovrà interrompere la DP se già in trattamento con questa metodica e dovrà essere sottoposto all'emodialisi ospedaliera.

In base ai dati del censimento del Gruppo di Studio della Dialisi Peritoneale del 2012, l'utilizzo del partner in Italia è presente nel 24,5% dei pazienti trattati con dialisi peritoneale, in gran parte costituito da un familiare (20,2%) e nel 3,0% dei casi da una badante.

In base ai dati della letteratura e di un audit effettuato in Piemonte nel 2007, il 13,2% dei pazienti incidenti non ha iniziato la DP per la mancanza o la indisponibilità di un partner per la gestione delle procedure dialitiche.

2.LA VIDEODIALISI: ESPERIENZA DELLA SOC NEFROLOGIA, DIALISI E NUTRIZIONE CLINICA DELL'ASLCN2

Nel nostro centro è stata ideata e sperimentata con successo la possibilità di sostituire o di supportare il partner coinvolto nell'esecuzione delle procedure dialitiche attraverso il sistema di Videodialisi.

Nelle figure seguenti sono riportate le immagini del sistema installato a domicilio e della stazione di controllo installata nel centro.

STRUTTURA E FUNZIONAMENTO

La stazione a domicilio del paziente comprende una telecamera ad alta risoluzione, un microfono vivavoce, un monitor ed un box tecnologico che contiene i componenti per la connessione al centro e la trasmissione delle immagini. La stazione di controllo collocata al Centro dialisi è costituita da un PC sul quale è installato un software dedicato alla gestione del sistema, una webcam ed un monitor ad alta risoluzione.

Il collegamento audio-video avviene attraverso una linea HDSL ed è attivato dal Centro. L'avvio della



trasmissione consente al paziente di vedere sul monitor della stazione a domicilio l'immagine dell'infermiera ripresa dalla webcam del Centro. Sul monitor della stazione centrale appaiono le immagini riprese dalla telecamera a domicilio del paziente. Il sistema consente di visualizzare fino a 6 stazioni contemporaneamente. Muovendo il mouse sulla finestra di visualizzazione di ciascuna stazione remota è possibile controllare il movimento e lo zoom della telecamera a domicilio. Spostando il mouse da una finestra all'altra è possibile effettuare lo switch dell'audio da un paziente all'altro. Durante la connessione l'infermiera controlla la preparazione del materiale e delle apparecchiature di dialisi e guida il paziente nelle procedure dialitiche. La Videodialisi consente anche di valutare alcuni aspetti clinici e di rilevare la presenza di eventuali complicanze legate alla metodica quali:

- peritonite,
- infezione o malfunzionamento del catetere peritoneale,
- stato di idratazione del paziente (peso - pressione - edemi)
- controllo glicemico nei pazienti diabetici
- compliance alla terapia farmacologica.

Maggiori dettagli sul funzionamento del sistema possono essere visualizzati dal video pubblicato

online sul sito dell'ASL CN2 (link: <http://www.aslcn2.it/lospedale-alba-bra/specialita-mediche/nefrologia-dialisi-e-nutrizione-clinica/vediodialisi/>)

RISULTATI

Questa modalità assistenziale è stata applicata nel nostro centro a 22 pazienti (età media $71,5 \pm 9,6$ anni) per un follow-up complessivo di 412 mesi di trattamento. Grazie a questo supporto, in 11 casi è stato possibile iniziare la DP (CAPD: 7 - APD: 4) ed in 11 casi evitarne il drop-out verso l'emodialisi. La Videodialisi in 17 casi era di supporto direttamente al paziente ed in 5 casi ad un partner anziano; 7 pazienti vivevano da soli.

L'utilizzo della Videodialisi ha consentito di incrementare la percentuale di utilizzo della DP nel nostro centro portandola a circa il 40% dei pazienti incidenti. Solo in 3 casi la Videodialisi è stata interrotta per impossibilità a continuare a gestire il paziente con questo sistema. L'incidenza di complicanze ed in particolare di peritoniti (1/51,5 mesi paziente) è stata inferiore alla media riscontrata nel nostro centro nei pazienti che effettuavano la DP senza Videodialisi. Attualmente i pazienti in Videodialisi sono 5 e corrispondono a circa il 15% dei pazienti

trattati con DP nel nostro centro. In base alla nostra esperienza l'applicazione di questo sistema di telemedicina alla dialisi peritoneale ha consentito di:

- iniziare o continuare la DP anche in pazienti senza alcuna conoscenza tecnologica quando non è possibile l'autogestione della tecnica da parte del paziente o della famiglia per la presenza di barriere sociali, fisiche, cognitive o psicologiche alla metodica;
- ridurre il carico assistenziale familiare evitando il ricorso a forme dialitiche o assistenziali a costo più elevato (badante);
- prevenire e correggere errori della tecnica potenzialmente cause di peritonite, ospedalizzazione e drop-out dalla metodica;
- valutare e risolvere tempestivamente eventuali problemi clinici, che possono essere causa di maggiore morbilità e mortalità;
- favorire la responsabilizzazione del paziente nella gestione della malattia cronica con miglioramento dell'autostima, del senso di sicurezza e del benessere psicologico.

3. PROSPETTIVE FUTURE

L'esperienza clinica e organizzativa maturata in questi anni nel nostro centro con la Videodialisi ci permette di dire che le nuove tecnologie informatiche e di tele-

comunicazione ci consentono di fornire migliori servizi riducendo i costi globali della spesa per la terapia dialitica.

Questo modello di assistenza e cura potrebbe essere utilmente sperimentato in altri campi sanitari contribuendo a creare nuovi modelli organizzativi supportati dal sistema di Telemedicina sperimentato nel nostro centro.

A tal fin nel nostro centro stiamo lavorando all'evoluzione di questo progetto su tre prospettive di sviluppo:

A. Evoluzione tecnologica del sistema

- postazione a domicilio:
 - trasportabilità
 - modalità di connessione ad internet anche con telefonia mobile
- possibilità di realizzare un sistema di accesso in rete da web punto-multipunto.

B. Esportare la Videodialisi in altri centri dialisi al fine di valutare l'impatto sulla DP in termini di:

- trasferibilità del modello,
- utilizzo della metodica,
- risultati sugli outcomes a distanza della metodica.

C. Applicare il sistema di telemedicina realizzato per la DP ad altri campi sanitari al fine di:

- realizzare a domicilio o in RSA nuovi modelli di assistenza e cura in grado di fornire servizi migliori a costi sostenibili.

Per terminare possiamo affermare che questa tecnologia innovativa, peraltro più volte illustrata a livello di convegni nazionali ed esteri, consente risparmi significativi e un reale miglioramento della compliance fra i cittadini e il nostro personale medico e infermieristico e, in buona sostanza, il grado di fidelizzazione alla nostra Azienda.

C) TELERADIOLOGIA A DOMICILIO



In relazione al "punto B" del precedente modello (video-dialisi-peritoneale) e cioè alla possibilità di realizzare a domicilio o in RSA nuovi modelli di assistenza e cura in grado di fornire servizi migliori a costi sostenibili il secondo esempio che proponiamo di buona pratica è rappresentato dalla teleradiologia a domicilio che, a livello sperimentale è stata realizzata presso la nostra ASL in collaborazione con la SOC di Radiodiagnostica dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino diretta dal Dott. Ottavio Davini. Il metodo consiste nel trasportare un apparecchio radiologico portatile al domicilio del paziente o in una struttura periferica la più vicina possibile ai cittadini ai quali si vuole offrire il servizio: ad esempio un Distretto, un Poliambulatorio, una Studio Associato di MMG, una Casa della Salute, ecc.

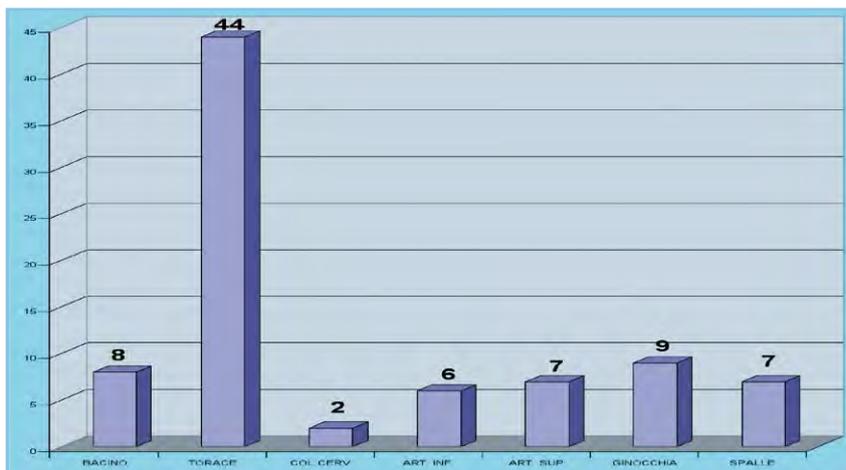
Nella nostra realtà abbiamo deciso di privilegiare, in questa sperimentazione, zone periferiche e difficilmente accessibili con i mezzi pubblici e con tempi di percorrenza verso l'ospedale più vicino (quello di Alba) non inferiori ai 30-45 minuti in relazione alle condizioni atmosferiche e ai mezzi utilizzati. Pertanto, in un primo tempo, si è pensato di iniziare questa attività dalla sede ex-distrettuale di Cortemilia, nella quale si trova un piccolo poliambulatorio e dove gravita una popolazione di circa 6.000 abitanti del comprensorio seguita da 4 medici di medicina generale. L'esperienza realizzata nei 6 mesi di sperimentazione ha consenti-

to di garantire prestazioni che si sono effettuate, nella stragrande maggioranza, presso il sopradetto poliambulatorio e, in alcuni casi, al domicilio dei pazienti evitando agli stessi il disagio di un trasferimento lungo e oneroso (sia con auto propria che, a maggior ragione, con autoambulanza) presso la SOC di Radiodiagnostica dell'ospedale "S. Lazzaro" di Alba, anche per banali controlli a seguito di interventi traumatologici o di patologie respiratorie.

"PROGETTO RADIOLOGIA TERRITORIALE A CORTEMILIA"

Negli anni passati la radiologia di questa Azienda ha collaborato con il servizio di Radiologia Diagnostica del Pronto Soccorso della Città della Salute e della Scienza del Presidio Molinette di Torino per sperimentare sul territorio dell'ASL CN2 l'attività di radiologia domiciliare sia al domicilio del paziente in regime di assistenza ADI che in situazione di ricovero presso strutture convenzionate RSA. Durante 12 mesi di attività, suddivisi in due periodi tra il 2009 ed il 2011 sono state erogate circa 109 prestazioni radiologiche di cui 13 eseguite al domicilio e la rimanente parte tra la casa di riposo "Residenza La Pineta" di Ceretto Langhe, la casa di riposo di Monforte e la casa di riposo "Ospedale degli Infermi" di Cherasco secondo la procedura concordata.

Da questa collaborazione, con la



partecipazione del Dipartimento di Informatica dell'Università degli Studi di Torino, il Dipartimento di Genetica Biologica e Biochimica dell'Università degli Studi di Torino e del CSP- Innovazione ICT, si sviluppa un importante lavoro sulla sicurezza nella gestione e trasmissione di immagini biomedicali che porta alla realizzazione di un algoritmo brevettato da apporre alle immagini radiologiche con lo scopo di proteggere ogni forma di manomissione. A seguito di queste attività si costituisce un ulteriore gruppo di ricerca che sviluppa le esperienze acquisite in teleradiologia domiciliare ed elabora un progetto destinato alla realizzazione di prestazioni radiologiche agli istituti detentivi.

In seguito si concretizza l'accordo tra l'ASL CN2 e il servizio di Radiologia Diagnostica della Città della Salute e della Scienza del Presidio Molinette di Torino per l'erogazione di prestazioni di radiologia di base presso il distretto sanitario di Cortemilia. Nel mese di febbraio del 2015 si è così dato inizio alla sperimentazione di un servizio di radiodiagnostica territoriale mobile in teleradiologia in grado di fornire un prestazioni di radiodiagnostica di base di tipo ambulatoriale e, se correttamente giustificato, anche un servizio di diagnostica radiologica domiciliare. Questa attività è stata svolta settimanalmente presso il Po-

liambulatorio di Cortemilia nei locali dove in passato vi era installata un'apparecchiatura radiologica e si è affiancata all'attività di ecografia già presente dal 2014 negli stessi locali. In accordo con i medici di medicina generale ed il servizio di Cure Primarie è stata elaborata una procedura che descrive le modalità operative dell'attività ambulatoriale e domiciliare.

La peculiarità di questa attività ha destato l'attenzione del programma televisivo di Rai 3 "Elisir" che ha prodotto un servizio andato in onda il 19 Febbraio 2015.

Nel corso della sperimentazione sono state eseguite di 83 prestazioni di radiodiagnostica in circa 13 sedute ambulatoriali. In quattro occasioni sono state eseguite prestazioni di radiologia al domicilio del paziente previo motivata richiesta del medico di medicina generale.

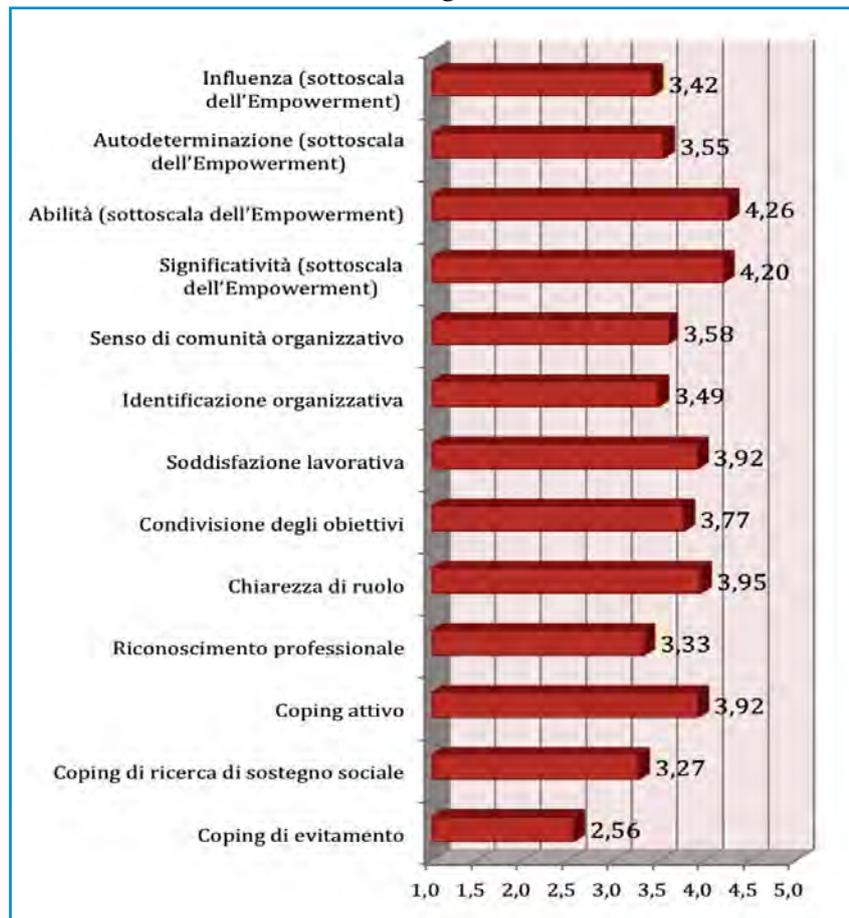
È in via di definizione il rinnovo della convenzione tra la nostra ASL e il nascente Servizio di Radiologia Domiciliare della Città della Salute e della Scienza del Presidio Molinette di Torino che permetterà l'erogazione di prestazioni di radiologia territoriale non solo al comune di Cortemilia ma si estenderà anche al comune di Santo Stefano Belbo andando ad implementare l'offerta di servizi sanitari di base a territori particolarmente disagiati nei trasporti.

D) PROGETTO BENESSERE LAVORATIVO

L'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) e la Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro (Eurofound) evidenziano nel report dell'ottobre 2014, "Rischi psicosociali in Europa: diffusione del fenomeno e strategie di prevenzione", che l'articolo 151 del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea prevede il miglioramento della qualità delle condizioni di lavoro quale obiettivo prioritario dell'UE: il costo europeo, derivante dallo stress lavoro correlato, è stimato, per difetto, in 20 miliardi di euro all'anno. Lo stress da lavoro causa, in Italia, 30 milioni di giornate di lavoro perse l'anno, per un costo pari a 3 miliardi di euro, l'equivalente di una nuova Spending review. La nostra ASL, a decorrere dal 2005, ha avviato la sperimentazione di interventi e azioni finalizzate a migliorare il benessere organizzativo di tutto il personale dipendente, con la consapevolezza che migliori condizioni di lavoro corrispondono a maggiore qualità delle prestazioni erogate ai malati e dei servizi resi ai cittadini, con conseguente diminuzione di reclami e soprattutto di errori. La promozione della salute organizzativa non può esimersi dalla ricerca delle modalità per ridurre lo stress lavoro-correlato, che ha significato ridurre le assenze, gli infortuni e tutto ciò che impatta negativamente sulla vita quotidiana delle Aziende sanitarie. Dalla rilevazione de Il Sole 24 Ore del 26 maggio 2008 "In corsia due mesi di assenze", che segnalava questa ASL come la seconda azienda sanitaria del Ssn tra le più virtuose per il minor numero di giorni di assenza, con una media di 5,6 gg/anno, a tutt'oggi si registrano bassissimi tassi di assenteismo ed elevati dati quali/quantitativi di

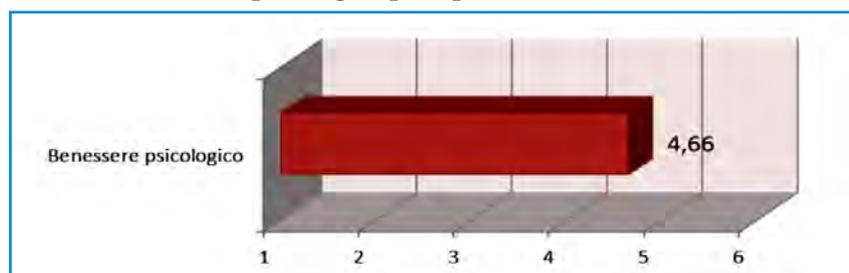
produttività, con scarsa rilevanza di contenziosi e reclami. Dati che si situano in continuità con quanto evidenziato dal Rapporto Asfor (Associazione Italiana per la Formazione manageriale) che rileva che quando migliora il “clima interno” la produttività cresce di oltre il 27% e, quel che forse più conta, la customer satisfaction, ossia l'indice di gradimento dei clienti, sale di ben 47 punti percentuali. La FIASO (Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere) ha avviato, nel periodo 2010-2014, un Laboratorio nazionale per “Lo sviluppo e la tutela del benessere e della salute organizzativa nelle Aziende Sanitarie”, progetto che ha coinvolto oltre 70.000 lavoratori del SSN e diciannove Aziende (ASL/ASO/AOU) distribuite su tutto il territorio nazionale; a questa ASL di Alba-Bra è stato assegnato il compito di Azienda Capofila. Affrontare il tema della salute organizzativa significa far riferimento alla “capacità di un'organizzazione non solo di essere efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico, alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora”. Il Laboratorio FIASO ha ritenuto, in sintonia con l'evidenza riportata dalle ricerche europee, che la costruzione di un modello in grado di promuovere lo sviluppo e la tutela della salute organizzativa e contrastare il rischio stress lavoro-correlato non potesse prescindere dal coinvolgimento e dalla partecipazione del capitale umano in tutte le fasi del processo di miglioramento del benessere organizzativo e che tali ambiti debbano comprendere: le politiche di gestione delle risorse umane, le strutture e i ruoli, l'innovazione, i processi e la cultura organizzativa, la comunicazione, la valorizzazione delle buone pratiche e la loro diffusione. Nelle Aziende sanitarie e

Media delle variabili sul benessere organizzativo

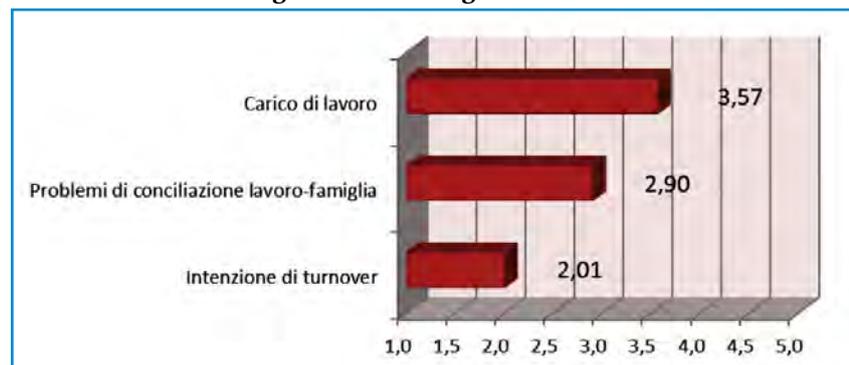


Ogni item prevede risposte da 1 a 5, 1= percezione molto negativa; 5= percezione molto positiva

Media del benessere psicologico percepito



Media delle variabili riguardanti il disagio lavorativo



ospedaliere che hanno partecipato al Laboratorio FIASO si è registrata mediamente una riduzione del 30% delle assenze per malattia. I risultati della ricerca mettono in luce, anche attraverso le rilevazioni di clima, l'efficacia degli interventi sulla salute organizzativa riportando una media molto elevata, superiore al 70%, del benessere psicologico percepito dai lavoratori; tra le variabili che influiscono positivamente sono risultati significativi (in un range da 1 a 5, 1=percezione molto negativa, 5= percezione molto positiva) i valori legati alle capacità lavorative, come l'abilità (4,26), alla chiarezza del proprio ruolo (3,95) la capacità di fronteggiare gli eventi avversi (3,92) e la soddisfazione lavorativa in genere (3,92); da non trascurare anche le altre variabili come la condivisione degli obiettivi (3,77) e il senso di comunità (3,58). Fattori di disagio lavorativo sono risultati, invece, i carichi di lavoro, seguiti da problemi di conciliazione lavoro-famiglia e cambi di mansione. La salute organizzativa ha rappresentato l'opportunità per affrontare con maggior consapevolezza le diverse tematiche che attraversano le organizzazioni sanitarie nell'attuale periodo di crisi: il cambiamento e la riorganizzazione, il governo delle risorse umane, la spending review, le relazioni che si intrecciano ai processi organizzativi, le difficoltà e le opportunità. La crisi e i cambiamenti che intervengono sul mercato del lavoro innescano processi di trasformazione che impongono una revisione del modo in cui la variabile "individuo" si colloca nei sistemi produttivi. "L'obiettivo benessere lavorativo non è solo una condizione primaria per facilitare il lavoro e migliorare la produzione, ma anche un presupposto per trasferire i comportamenti positivi dei professionisti negli ambienti di vita: l'impegno alla salute è contemporaneamente responsabilità

collettiva e individuale". Centralità del malato, investimenti sul capitale umano, innovazione organizzativa: queste le sfide di partenza a cui si è aggiunta durante il percorso del Laboratorio la crisi finanziaria, che naturalmente ha imposto nuovi problemi, ma che ha anche fatto emergere nuove soluzioni basate sul rifiuto di una accettazione passiva alle logiche di "taglio orizzontale" cui il management ha spesso contrapposto progetti di innovazione organizzativa e strumenti di promozione del benessere. L'esperienza maturata in questa Azienda sanitaria e più in generale con il Laboratorio FIASO dimostrano concretamente che anche in sanità è possibile e necessario "fare con meno" (spending review, evitare sprechi e spese inutili) e "fare meglio" (performance management inteso come miglioramento organizzativo). Il coinvolgimento del capitale umano è risultato e risulta una condizione essenziale per favorire processi di riorganizzazione che attuino questo principio.

E) GESTIONE INTEGRATA DEL SOCIO-ASSISTENZIALE

Nei primi mesi del 2011 gli undici Comuni del "Distretto 2" dell'Azienda Sanitaria Locale CN2, allora consorziati per l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali nel cosiddetto "Consorzio INT.ES.A.", elaborarono, in collaborazione con il Consorzio stesso e l'A.S.L. CN2, e in accordo con la Regione Piemonte, un innovativo progetto inerente alla gestione dei servizi socio-assistenziali. I Comuni coinvolti sono nella fattispecie Bra, Ceresole d'Alba, Cherasco, La Morra, Narzole, Pocapaglia, Sanfré, Santa Vittoria d'Alba, Sommariva del Bosco, Sommariva Perno e Verduno. In base a tale accordo fu definito lo svolgimento delle funzioni sociali in forma associata attraverso

la gestione in via sperimentale dei servizi sociali da parte dell'A.S.L. CN2 tramite delega, come peraltro previsto dal decreto legislativo 502/1992 che all'art. 3, comma 3, statuisce che "l'Unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione". Alla convenzione, recepita in termini sperimentali dalla Regione Piemonte attraverso D.G.R., fu assegnata durata temporale dal 01/07/2011 al 31/12/2014.

La Direzione dell'ASL CN2 ritenne di grande interesse la prospettiva di una sperimentazione gestionale in ambito socio-assistenziale, al fine di contribuire a creare un modello di elevata integrazione ed efficienza a vantaggio del cittadino pur nel pieno rispetto del pareggio di bilancio come da sempre storicamente conseguito dall'ASL medesima. L'azione congiunta dell'ASL e dei Comuni fu nel corso del triennio di sperimentazione impostata sul molteplice obiettivo di:

- Mantenere o implementare i livelli di servizio pur in uno scenario di complessiva riduzione delle disponibilità
- Riquilibrare le modalità di spesa minimizzando i costi improduttivi
- Garantire il pareggio di bilancio
- Attraverso l'impegno congiunto di tutte le parti coinvolte, tali obiettivi siano stati raggiunti.

L'avvio della sperimentazione gestionale determinò il passaggio all'ASL delle funzioni di tipo organizzativo e gestionale, generando progressivamente significative economie di spesa, sia come conseguenza diretta della riorganizzazione dell'ex consorzio Intesa, sia come effetto di razionalizzazioni nell'erogazione dei servizi che sono state perseguite negli ultimi tre anni, indispensabili vista anche la progressiva, significativa flessio-

ne delle disponibilità economiche (flessione intorno al 20% fra il 2011 e il 2013). Si è provveduto a numerose azioni finalizzate al contenimento della spesa con particolare riferimento alle voci inerenti a costi non direttamente incidenti sulla produzione di servizi al cittadino, riducendo le spese generali, in soli due anni, da € 402.000 a € 181.000. Le modalità erogative ed organizzative inerenti ai Servizi Sociali sono state, nei tre anni e mezzo di sperimentazione, riviste ben al di là del naturale evolversi delle esigenze della cittadinanza, per il complesso di ragioni economiche ed organizzative derivanti sia dalla ridotta disponibilità di risorse sia dalle opportunità scaturite dalla sperimentazione medesima.

Le situazioni in carico al servizio, in aumento come risultante dai dati di attività, hanno potuto beneficiare, per l'erogazione di servizi, sia dell'utilizzo di fondi precedentemente destinati ai costi generali, sia perché si sono pensate e realizzate nuove e diverse modalità di presa in carico.

Al termine del periodo di sperimentazione, è stata approvata dagli undici consigli comunali una nuova convenzione permanente di assegnazione in delega all'ASL per la gestione dei Servizi Sociali. Si precisa che il nostro è uno dei due soli modelli di gestione integrata fra il sanitario e il sociale esistenti nella Regione Piemonte.

F) MAKE-UP PER LE DONNE OPERATE AL SENO

Frivolezza, edonismo ed estetica secondo taluni sono aspetti del vivere che non possono appartenere alle persone che sono colpiti da drammi quali le malattie e, fra queste, in particolare le patologie oncologiche.

Noi riteniamo, invece, che edonismo, estetica, condite da una buo-



na dose di etica possano rappresentare nella malattia, nel dolore e nel fine-vita una piccola, utile bellezza: d'altronde. "Dio fece utile e bella ogni cosa" – La Bibbia. E noi ci siamo domandati se una paziente affetta da una patologia oncologica possa/debba avere disponibilità della parrucchiera, dell'estetista, insomma di chi fa in modo che lei si riappropri del suo corpo e riacquisisca quell'interesse perso all'inizio dell'iter lungo e doloroso della malattia.

E la risposta è stata affermativa e abbiamo concluso che il rispetto per il proprio corpo durante la malattia sia un diritto per coloro che lo desiderano e un dovere per chi li assiste.

E tutto questo vale non solo nel periodo dei trattamenti, nelle fasi dure e faticose in cui si lotta per riappropriarsi della propria salute ma anche della propria identità e del proprio aspetto, ma anche nel momento del commiato.

E quella piccola, delicata ma forse non inutile bellezza esteriore, è di certo lo specchio di una bellezza interiore che tutti possono percepire e che per l'interessata è fonte di una piccola-grande gratificazione: perché "non esistono donne brutte ma solo donne pigre!" Helena Rubinstein, e noi vogliamo solo donne serene e che non si rassegnino e ciò, a

maggior ragione, nei momenti del dolore.

E per dare risposte alle donne operate al seno nei nostri ospedali, un dipendente di questa ASL, volontario, offre la sua consulenza gratuita per far sì che, anche da noi, abbia pieno diritto di cittadinanza la piccola-grande bellezza!

G) IL CANTUCCIO: DALLA CHIUSURA DEL PUNTO NASCITA DI BRA ALL'HOME VISITING

L'attenzione al cambiamento si è trasformata, in tempo di crisi e di riorganizzazione, da condizione ideale a necessità.

L'esigenza oggi è quella di un'Azienda proattiva, in grado di imprimere una direzione ai cambiamenti organizzativi e tecnologici, attenta al processo di identificazione delle risorse umane e che favorisce, nei fatti, un'attitudine al cambiamento. Come ricorda un articolo recentemente pubblicato su The Lancet, "Financial crisis, austerity and health in Europe", solo una rete rafforzata di politiche di welfare sociale, orientata sul diritto alla salute pubblica, è in grado di arginare i fenomeni che i continui squilibri dell'economia determinano sulle aree dotate di minore o scarsa protezione sociale. È chiaro che salvaguardare e investire sul diritto alla salute pubblica richiede al Sistema sanitario una maggior responsabilità alle trasformazioni in atto e che questo diventa particolarmente difficoltoso senza il coinvolgimento e la partecipazione attiva delle risorse umane. (La prospettiva allora orienta il focus attentivo verso le persone e sulla necessità di implementare la condivisione di conoscenze ed esperienze, incidendo necessariamente sul miglioramento organizzativo e coinvolgendo, nel cambiamento, gli

stakeholders). A fronte della chiusura del punto nascita del P.O. di Bra, sancito dalla ridefinizione della rete ospedaliera del Piemonte, si è provveduto a potenziare le risposte ai bisogni di salute di questo target di popolazione, riorganizzando e implementando, in modo integrato e multiprofessionale, le attività degli ambulatori Ostetrico-ginecologico, Pediatrico e Psicologico. In collaborazione con la Direzione Medica di Presidio, si è ridefinito il percorso complessivo a favore delle donne durante la gravidanza e nella fase perinatale, dall'avvio di corsie preferenziali per l'esecuzione di prelievi ematici e tamponi vaginali in accesso diretto alla ridefinizione del percorso multiprofessionale di accompagnamento alla nascita. Dopo la nascita, oltre il potenziamento delle attività ambulatoriali, si è avviato il progetto di home visiting, un supporto domiciliare successivo alla dimissione ospedaliera che recupera e migliora la vecchia esperienza dell'ostetrica condotta che si recava a casa della puerpera e aiutava la mamma con consigli, suggerimenti e rimedi, utili ad affrontare i primi giorni di vita del neonato. L'Home Visiting è un momento di sostegno che gli operatori sanitari possono offrire a chi ne fa richiesta e/o risulta in condizioni di difficoltà.

L'infermiera pediatrica controlla l'accrescimento del bambino dopo la nascita, il suo stato di benessere, la corretta suzione e lo stato del cordone ombelicale. L'ostetrica accerta il benessere psicofisico della mamma ed i vari aspetti dell'allattamento. Frequentemente le neomamme si trovano a dover affrontare le fasi dell'avvio dell'allattamento al seno da sole, in quanto la montata latte in genere si verifica verso la 3° - 4° giornata dal parto, che coincide con la loro dimissione dalla struttura ospeda-

liera; piccoli problemi quali ragazzi, iniziali ingorghi mammari o l'ansia di non avere quantità sufficienti di latte possono purtroppo far sì che la mamma rinunci ad allattare. Inoltre gli operatori offriranno informazioni sul neonato e sui suoi bisogni, aiutando i neogenitori a riconoscerli: nelle situazioni di fragilità e difficoltà si affianca, in integrazione alle altre figure professionali, il supporto psicologico. L'adozione dell'home visiting ha facilitato la riorganizzazione delle risposte conseguenti la chiusura del punto nascita, sia verso l'utenza che usufruisce di interventi incrementati, con un livello maggiore di personalizzazione e a domicilio, sia nei confronti del personale sanitario, coinvolto e rimotivato. (Nei primi sei mesi di attivazione del servizio sono state effettuate 137 visite post parto, con valutazione dell'allattamento.) I servizi territoriali ed ospedalieri assistono da tempo ad un aumento di richieste da parte di neo-genitori che cercano il contatto con altri che abbiano vissuto l'esperienza della maternità, con cui scambiare informazioni, condividere paure, avere incoraggiamenti. Sul distretto di Bra è stato avviato Il Cantuccio della Mamma, un luogo di osservazione e di ascolto dedicato alle mamme e ai papà di neonati da 0 a 6 mesi. Si tratta di un intervento integrato e multidisciplinare finalizzato alla promozione della reciprocità nell'interazione tra genitore e bambino sin dai primissimi giorni di vita, in cui i neogenitori e soprattutto le mamme possono incontrarsi, scambiare esperienze, con il supporto non invasivo dei sanitari. Il Cantuccio della Mamma risponde alle seguenti finalità: l'integrazione di Servizi già esistenti, utilizzando un nuovo modo di lavorare che permette un approccio multidisciplinare alla famiglia, garantendo accoglimento,

ascolto e supporto; la prevenzione primaria del disagio psicologico infantile, nella convinzione però che non sia possibile aiutare i bambini senza aiutare gli adulti nella loro funzione genitoriale; garantire uno spazio di condivisione per i neogenitori e soprattutto per le mamme. All'interno del Cantuccio si può frequentare il Cerchio delle mamme e dei papà, un percorso di approfondimento e di discussione, nato dall'esigenza stessa delle mamme, su tematiche specifiche con il supporto di una psicologa.

Le mamme sono coinvolte nel monitoraggio settimanale sulla crescita del bambino e viene anche proposto il Massaggio Infantile come mezzo di comunicazione privilegiato con il neonato, per favorire il legame di attaccamento. Le presenze delle mamme al Cantuccio sono state 1.408 nello scorso anno 2014, con una media settimanale di 28 presenze; il costante aumento delle richieste e della partecipazione ha richiesto, nel corrente anno, la suddivisione dei neogenitori in due gruppi per i bimbi da zero a tre mesi e da quattro a sei mesi. I risultati di salute sono sostenuti anche da un efficace screening, valutazione ed intervento precoce dalle situazioni di fragilità alle depressioni post-partum. Il percorso nascita, ridisegnato, sta consentendo il miglioramento delle risposte e l'implementazione degli interventi collegando concretamente l'ospedale e il territorio in un continuum in cui il raccordo multiprofessionale tra le figure sanitarie si estende ai pediatri di libera scelta e ai medici di medicina generale. Il coinvolgimento attivo dei neogenitori consente inoltre di ampliare la promozione della salute su un target ampio della popolazione e di monitorare con più precisione l'efficacia e il gradimento dei servizi resi.

H) UNA QUESTIONE MORALE

La conclusione che crediamo sia giusta, onesta e doverosa, riconoscendo che coloro che lavorano nella nostra realtà operano in modo onesto e con un'attenzione particolare ad un corretto utilizzo del denaro pubblico (di altri tempi), è che esistono due Italie e che noi facciamo parte, pur con mille criticità, di quella migliore. Può apparire, questa, un'affermazione presuntuosa e autoreferenziale: è vero, ma questo è uno scatto d'orgoglio che emerge, finalmente, dopo anni di sottovalutazione, da parte del nostro Datore di lavoro (Regione Piemonte) della sperequazione che ci ha visto sotto-finanziati per lustri rispetto a realtà analoghe alla nostra e alle quali non erano sufficienti nemmeno risorse economiche enormemente superiori a quanto veniva a noi assegnato, come evidenziato all'inizio di questo articolo.

E, di ripiano in ripiano, i meno virtuosi avevano il PREMIO che consisteva in una quota capitaria progressivamente crescente e che si sostanzava in un'inversione della regola premiale adottata in ogni mondo "normale": cioè chi più "sfora" più viene gratificato! Gli esempi prima riportati dimostrano che, facendo tesoro di iniziative spontanee e nate dalla base, si sono ottenuti risparmi sostanziosi che hanno permesso di:

- contenere i costi con soluzioni tecnico-organizzative alternative e migliorative,

- offrire un servizio qualitativamente migliore e meno oneroso per i cittadini,

- coinvolgere e motivare gli operatori in qualcosa che non fosse la bieca routine che, lentamente, come sappiamo tutti, annichilisce anche i più volenterosi...

- liberare risorse, ancorché mo-

deste, per consentire alla nostra organizzazione di RESISTERE.

È quindi questo lo spirito che deve essere letto ed interpretato correttamente in questi nostri progetti e cioè la voglia e la capacità di innovazione legata ad un'idea di sanità pubblica vicina alla gente ed economicamente sostenibile.

Chissà se ciò verrà capito e apprezzato da chi, ultimamente, ha almeno riconosciuto l'ingiustizia di un trattamento economico sperequato, subito sinora dalla nostra ASL.

In conclusione possiamo affermare che i nostri progetti hanno centrato alcuni obiettivi che, da più parti, vengono richiesti ad una Sanità Pubblica sempre più in crisi economica (ed etica):

- APPROPRIATEZZA

- EMPATIA

- EFFICIENZA

- EFFICACIA

- ECONOMICITÀ.

Infine possiamo affermare, a buon titolo, che la dimensione contenuta (ma non piccolissima) della nostra ASL ha dimostrato che, diversamente da un "pensiero comune" che, tuttavia ultimamente sta "scricchiolando", PICCOLO È BELLO, ECONOMICO ED EFFICIENTE e che le macroaggregazioni sono invece foci di gravi criticità, disservizi e diseconomie, che emergono in tutta la loro evidenza dopo l'iniziale euforia e anche dopo alcuni innegabili successi laddove ciò ha un senso (es.: gestione centralizzata dei laboratori, delle centrali di sterilizzazione, parzialmente degli acquisti, ecc.).

Altra cosa, invece, è un'effettiva gestione del territorio, una sua integrazione non formale con l'ospedale, un governo del socio-assistenziale realmente adesso al sanitario: cioè fare propri i bisogni della gente ed avere un rapporto con essa in una dimensione ope-

rativa GESTIBILE, cosa che non può avvenire quando si parla di territori che hanno dimensioni di regioni e di popolazioni numerosissime.

Con buona pace dei fautori delle economie di scala che funzionano (forse) in ambito industriale ma che in sanità non hanno mai dimostrato di essere efficaci e di ottenere risultati economicamente apprezzabili, secondo noi solo a queste condizioni, potrà essere garantita e mantenuta la SOSTENIBILITÀ del nostro Servizio Sanitario Nazionale!

E poi, come accennato in precedenza, nel rispetto di quello spirito sabaudo particolarmente attento all'applicazione delle leggi e al contenimento della spesa abbiamo, in modo ligio e non litigioso, diversamente che altrove, chiuso il Punto Nascita dell'Ospedale di Bra (che effettuava meno dei 500 parti/anno previsti dalla normativa vigente) e stiamo ultimando un nuovo ospedale che prevede la contemporanea chiusura dei due vetusti ospedali di Alba e di Bra che non rispondono più alle necessità di una sanità moderna, tecnologicamente avanzata e rispettosa della privacy dei pazienti: a tal fine sono state previste tutte camere a 1 posto letto.

Progetto diagnosi in banchina: percorsi assistenziali per la gestione dei migranti

De Maria La Rosa S.⁽¹⁾, Cacopardo B.⁽²⁾, Pulvirenti C.⁽³⁾, Cinà D.⁽⁴⁾, Tigano G.⁽⁵⁾, Giammanco G.⁽⁶⁾, Bonaccorso R.⁽⁷⁾, Cuspilici A.⁽⁸⁾, Manciacchi G.⁽⁹⁾, Lanteri A.⁽¹⁰⁾, Santonocito G.G.⁽¹¹⁾

⁽¹⁾Dirigente medico Direzione Medica di Presidio A.O. Garibaldi, ⁽²⁾Direttore U.O. Malattie Infettive A.O. Garibaldi,

⁽³⁾Dirigente medico Ministero della Salute Responsabile USMAF per le emergenze sanitarie, ⁽⁴⁾Direttore U.O. Patologia clinica A.O. Garibaldi, ⁽⁵⁾Responsabile U.O. Radiologia A.O. Garibaldi, ⁽⁶⁾Direttore Generale ASP 3 di Catania, ⁽⁷⁾Direttore medico P.O. Garibaldi Centro, ⁽⁸⁾Responsabile U.O. Igiene e organizzazione dei servizi sanitari A.O. Garibaldi, ⁽⁹⁾Direttore medico P.O. Garibaldi Nesima, ⁽¹⁰⁾Croce Rossa Italiana, ⁽¹¹⁾Direttore Generale A.O. Garibaldi di Catania

Parole chiave: migrante, tubercolosi

INTRODUZIONE

Negli ultimi due anni in coincidenza con il fenomeno degli sbarchi dei migranti si è assistito ad un modesto ma significativo incremento dell'incidenza di TBC nella provincia di Catania. Infatti si è passati da un'incidenza di 5,8 casi/100.000 abitanti nel 2012 ad 8/100.000 nel 2013 sino ad un picco di 8,8 casi/100.000 abitanti nel 2014. Tale aumentata incidenza coinvolge per oltre 2/3 dei casi stranieri residenti e, a partire dal 2013, i casi notificati di tubercolosi in stranieri osservati in provincia di Catania ha riguardato soggetti provenienti dall'Africa. Del resto, oltre la metà dei migranti che a partire dal 2013 sono sbarcati a Catania, proviene da aree endemiche dell'Africa. Alcuni dei migranti hanno l'infezione in forma latente: costoro rischiano di riattivare la malattia tubercolare dopo eventi stressanti come malnutrizione, esposizione a perfrigerazione, etc. Un significativo numero dei migranti sbarcati ha già in atto una tubercolosi clinicamente evidente già all'arrivo, avendo riattivato la malattia durante i mesi drammatici e stressanti del trasferimento e del viaggio. Non è nota, all'interno di tale popolazione di pazienti stranieri con tubercolosi polmonare

attiva, quanti siano effettivamente bacilliferi, ma è indubbio che tali individui, introdotti in centri di accoglienza o di raccolta, spesso in condizioni di promiscuità o di superaffollamento, possono diffondere la infezione tubercolare ad altri soggetti non infetti.

CONTENUTI E METODI

Da gennaio ai primi di settembre 2015 al porto di Catania sono arrivati 7471 migranti. Tali circostanze, con i correlati rischi per quanto moderati per la salute per la popolazione autoctona, può ripercuotersi significativamente in un aumento del carico di lavoro dei Servizi Sanitari sia per la progressione clinica negli infetti che per i rischi di diffusione legati ai contatti. Questo rischio, percepito da quanti coinvolti nella gestione dei migranti, ha spinto un gruppo di lavoro multidisciplinare ad elaborare un percorso che è stato accolto con favore anche dall'O.M.S. e che prevede la somministrazione di un questionario clinico-epidemiologico (criteri epidemiologici: provenienza da area iperendemic, familiarità per TBC, sieropositività riferita per HIV; criteri clinici: tosse da > 2settimane; emoftoe; perdita di peso e sudorazioni notturne da > 2 settimane) a tutti i pazienti con

temperatura corporea > 37°C allo sbarco. Nei casi ritenuti sospetti sulla base di uno score ottenuto dal questionario, viene eseguito, nell'arco di 2 ore circa, uno screening (analisi espettorato, radiografia del torace) presso l'A.R.N.A.S Garibaldi di Catania che successivamente prenderà in carico presso l'U.O. di Malattie Infettive i pazienti eventualmente risultati positivi.

CONCLUSIONI

L'attuazione del percorso condiviso delinea inequivocabilmente i compiti di quanti coinvolti, ottimizzando risorse in ordine a personale, tecnologie e tempi di risposta. L'organizzazione chiara ed efficiente predisposta per tale tipologia di migranti mette in atto un meccanismo di protezione dai potenziali rischi per la salute di tutta la popolazione sia residente che non residente. I risultati di tale ottimizzazione di percorsi sarà oggetto di successiva valutazione fermo restando che la risoluzione della causa scaturente dal contesto socio-politico tarda purtroppo a risolversi.

Il safety walkaround tra gestione del rischio e qualità delle strutture/servizi. Esperienze dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia

Bogni D.*, Pioppo M.**, Orlandi W.***, Ontari G.^, Torroni D.^, Zucconi M.^, Bernardini I.+ , Morcellini R**

*Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera **Direttore Sanitario ***Direttore Generale ^Responsabile Uff. Formazione personale ^^Responsabile infermieristico percorso urgenze-emergenze intraospedaliere e bed management ^^Responsabile Sicurezza e Risk Management Dipartimento Professioni Sanitarie, +Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera ++Responsabile Qualità e Accreditamento Dipartimento Professioni Sanitarie Azienda Ospedaliera di Perugia

Parole chiave: sicurezza delle cure, miglioramento continuo qualità

INTRODUZIONE

Il Safety Walkaround (SWR) è uno strumento innovativo nell'ambito delle attività di gestione del rischio clinico.

Consiste in una "visita" che i referenti della sicurezza, effettuano nelle U.O. per identificare con il personale i problemi potenziali legati alla sicurezza e le possibili soluzioni

La validità del metodo è legata ai seguenti elementi:

- Permette il confronto e la discussione libera da ruoli gerarchici, valorizzando le competenze
- Favorisce il protagonismo di ciascuno nella promozione della sicurezza
- Possiede i requisiti di semplicità ed economicità
- Possiede valenza per soluzioni gestionali: le informazioni raccolte sul campo suggeriscono spesso la soluzione più idonea per le criticità evidenziate
- Il SWR integrato con il sistema qualità aziendale permette un incremento del livello di sicurezza delle prestazioni erogate.

MATERIALI E METODI

Lo strumento del SWR è stato perfezionato presso l'AO di Perugia poiché oltre alle domande proposte dal Ministero squisitamente

te legate al rischio clinico sono stati integrati quesiti relativi al processo di accreditamento, all'emergenza ospedaliera, al servizio prevenzione e protezione e alla corretta tenuta dei farmaci. Un gruppo costituito da 7-8 persone adeguatamente formate (medici di direzione, coordinatori del dipartimento delle professioni sanitarie, dirigenti della farmacia ospedaliera) si reca nella unità operativa con una check list che viene compilata intervistando il personale e visionando direttamente le cartelle, i presidi, l'ambiente, gli armadi farmaceutici e degli stupefacenti e i frigoriferi di reparto.

RISULTATI

Dal 2013 a oggi sono stati effettuati 66 SWR tabella 1 in diverse strutture seguendo una particolare check list che ha coinvolto diversi ambiti di cui riportiamo i risultati in tabella 2.

AZIONI CORRETTIVE MESSE IN ATTO:

Ambito sicurezza: interventi con l'ufficio tecnico patrimoniale; interventi sulla corretta gestione delle bombole di ossigeno e registrazione; armadio a norma per la conservazione dei reagenti

ANNO	2013	2014	2015	TOTALE
N. SWR	19	34	13	66
Non Conformità	32	25	11	68
Osservazioni	16	27	9	52
RILIEVI TOTALI	48	52	20	120

Tabella 1. SWR anni 2013-2015

AMBITI INDAGATI NEI SWR	Numero e descrizione dei rilievi (NC= non conformità; OSS= Osservazione) su 66 SWR
Ambito sicurezza (luoghi di lavoro, rischio clinico, pulizie)	18 NC 14 OSS
Clima interno	8 NC; 10 OSS
Documentazione clinica/Diritti dell'utente	28 NC; 20 OSS
Farmaci e stupefacenti	14 NC, 8 OSS

Tabella 2 ambiti indagati nei SWR

in laboratorio; azione con la ditta di appalto delle pulizie per sgombero delle aree comuni al fine di favorire la fuga in caso di emergenza. Carrelli d'emergenza collocati in luoghi più accessibili e dotazione degli stessi di bombola di ossigeno; tracciabilità di tutte le operazioni di decontaminazione, lavaggio e alta disinfezione della sonda ETE come da procedura aziendale; nuove modalità nel trasporto delle cellule per trapianto di midollo con tracciabilità della temperatura; elaborazione della procedura per l'applicazione della raccomandazione ministeriale n. 14.

Ambito Clima interno: intervento con la psicologa nelle Terapie Intensive "aperte" al fine di favorire il miglioramento del clima. Corsi di formazione su comunicazione e relazione d'aiuto; spostamento in altri reparti del personale in burn-out.

Ambito Documentazione Clinica /Diritti dell'utente: Corso di formazione sulla corretta compilazione della cartella clinica e delle dichiarazioni di consenso; elaborazione di Informativa specifiche per i principali interventi chirurgici; creazione del materiale informativo per le donne con patologia

mammaria e day- surgery. tutti i moduli in uso sono stati portati a sistema come previsto dalle procedure aziendali; nuovo percorso dei pazienti chirurgici per visite ambulatoriali per evitare affollamento sala d'attesa; elaborazione di nuovi percorsi del paziente dal pronto soccorso alle strutture di degenza; revisione del percorso del paziente chirurgico programmato;

Ambito Farmaci e Stupefacenti: formazione sul campo per scadenza farmaci ; corretto magazzino per farmaci "look alike sound alike"; giusti presidi per cateterismo vescicale a circuito chiuso; corretta registrazione stupefacenti; Maggiore attenzione nella registrazione dell'apertura dei flaconi gocce oculari; corretta conservazione del potassio lontano da altri farmaci.

CONCLUSIONI

Il metodo applicato per i SWR consente a dirigenti ed operatori di confrontarsi, sia durante le visite che nelle fasi successive di discussione sui dati raccolti, nonché durante l'implementazione delle azioni, favorendo i processi comunicativi. Il SWR consente la valutazione delle vulnerabilità del

sistema attraverso il contributo degli operatori stessi e l'adozione, in tempi brevi, di misure preventive. Nello stesso tempo favorisce l'impegno degli operatori e dei dirigenti nell'attuare miglioramenti per lo sviluppo di una cultura della sicurezza per i pazienti, per gli operatori e per l'ambiente, basata anche sull'incremento della qualità dell'assistenza e delle cure erogate.

BIBLIGRAFIA

- World Health Organization, Human Factors in Patient Safety - Review of Topics and Tools, April 2009.
- Frankel A., Patient safety leadership walk rounds, IHI, Boston (USA), 2004
- Ministero della Salute- Safety Walk Round – Manuale , Aprile 2012

I PDTA nell'Azienda Ospedaliera di CS come "Percorsi Di Trasformazione Auto-organizzata". Luci ed ombre

Loizzo M.* , Biamonte R.** , Moretti G.*** , Scagliola T.**** , **Palazzo S.**

*Responsabile UO Qualità, Accreditemento ,Ricerca ed Innovazione Azienda .Ospedaliera Cs - **Direttore UOC Oncologia medica ,Azienda Ospedaliera Cs - *** Dirigente Medico, Coordinatore PDTA Tumori femminili ,Oncologia Medica Azienda Ospedaliera CS - **** Coll. amministrativo UO Qualità,Accreditemento ,Ricerca ed Innovazione AZ.Ospedaliera Cs - ***** Referente Infermieristico UO Qualità, Accreditemento ,Ricerca ed Innovazione Azienda Ospedaliera Cs

Parole chiave: PDTA, visione sistemica, autotrasformazione

INTRODUZIONE

L'approccio più moderno nella gestione dei processi sanitari comporta una visione sistemica dell'organizzazione intesa come insieme aperto di elementi interagenti, ad elevata complessità, con un flusso di relazioni/interazioni, che obsolezza il lavoro "one-to-one" a tutto vantaggio di una visione di Comunità di Pratica, ove gli operatori apprendono esperenzialmente da se stessi secondo rapporti di interdipendenza empatica. Anche nei PDTA il governo delle attività scaturisce dalla consapevolezza dell'importanza dei diversi professionisti sanitari che mettono la propria competenza a disposizione del gruppo e del paziente (pz), in un continuum di prestazioni sanitarie ove al FARE si sostituisce l'AGIRE (che è un "fare" + la "consapevolezza delle conseguenze") secondo un principio di accountability. L'offerta di prestazioni sanitarie al pz secondo un modello circolare e non segmentato, con una presa in carico governata quale il PDTA ove le decisioni cliniche sono prese in team, è in grado di modificare la prognosi di alcune patologie (x es tumorali) e in effetti, esistono oggi evidenze scientifiche che dimostrano come l'organizzazione, al pari di strategie diagnostiche e terapeutiche, sia in grado di impattare sugli outcome dei pz. Il PDTA è l'approccio più efficace per uti-

lizzare le LG come strumento di governo clinico, con adattamento locale e costruzione del PDTA che, oltre alle raccomandazioni cliniche (*che fare*), deve riportare per ciascun processo assistenziale le procedure operative (*come*), i professionisti coinvolti (*chi*), le tempistiche (*quando*) e il setting (*dove*) di erogazione

MATERIALI E METODI

L'AOCs allo scopo di garantire il governo dei processi sanitari ha attuato una serie di azioni che partono dalla formalizzazione nel 2012, su mandato della Direzione Strategica, di un Organismo Tecnico Scientifico (OTS)finalizzato all'implementazione dei PDTA e alla valutazione dei Livelli Essenziali di Umanizzazione, la cui attuazione rappresenta obiettivo di Budget per le UO dell'AO, cui si collega il Sistema Premiante OTS esamina la documentazione proposta e riunendosi con il Coordinatore (C.) e i professionisti partecipanti al PDTA, ne verifica la congruità metodologica autorizzandone l'attuazione con eventuali prescrizioni; controlla l'implementazione con esame delle relazioni ogni 6 mesi richieste ai C., riguardanti n°dei pazienti inseriti, evidenza delle riunioni del Team, grado di coinvolgimento delle UO coinvolte, valutazione degli indicatori e della messa a regime dei PDTA.

OTS nel periodo 2012-15 ha preso in esame, valutato ed effettuato counselling per oltre 23PDTA. Dall'istruttoria/supporto alle UO si è passati all'implementazione/verifica dei percorsi con definizione degli indicatori e standard ed esame delle criticità con le azioni correttive necessarie.Ciò è avvenuto con scambi tra C. e OTS, attivazione di processi di "facilitazione" culturale attraverso formazione e costruzione/distribuzione capillare di una Guida alla costruzione dei PDTA e Audit a tutte le UO dell'AO.

RISULTATI

Segno tangibile del cambiamento culturale è che quasi tutte le UO aziendali hanno attivato un PDTA. Tra le "ombre" è emerso che alcuni PDTA, a fronte dell'enunciazione di gestione multidisciplinare, risentono di un governo "monocratico" del C., con mancata loro messa a regime, in quanto la condivisione *formale* non elimina certo le resistenze alla loro applicazione.Inoltre gli indicatori devono riguardare tutti i "segmenti" e tutti gli "attori" e vanno misurati ab inizio. Lo scambio professionale coi C. rappresenta un momento importante di comunicazione/integrazione, da cui è emersa l'esigenza irrinunciabile di competenza relazionale nella gestione dei gruppi di lavoro su cui partiranno corsi specifici di formazione on the job.

Ruolo della Direzione Medica Ospedaliera nella riorganizzazione ospedaliera secondo il dettato delle schede di dotazione ospedaliera - Regione Veneto. Tra HTA, management del cambiamento ed indicatori di performance delle prestazioni sanitarie. Rimodulazione dei posti letto, dei PDTA delle specialità interessate e delle funzioni

Salemi M. *, De Martin M. **, Turbiam N. ***, Cesca A. ****

* Dirigente Direzione Medica Ospedaliera - autore che presenterà il lavoro. - ** Coordinatore inf. Direzione Medica Presidio Ospedaliero - *** Dir. Servizio Tecnico Aziendale - **** Dir. Servizio Amministrativo Ospedaliero

Parole chiave: HTA, Indicatori di Performance Sanitarie, Management PDTA

INTRODUZIONE

L'applicazione del dettato delle schede di dotazione ospedaliera, emanate dalla Regione Veneto in seguito all'applicazione del dettato del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, ha comportato per l'Ospedale dell'Ulss7, ancora oggi operativo su n. 3 P.O. collocate su sedi diverse, l'occasione per rinnovare i processi funzionali utili a garantire, e migliorare dove possibile, la qualità, l'efficienza e l'umanizzazione dei servizi offerti garantendo oltre all'adeguamento tendenziale del numero dei posti letto previsti (diminuzione p.l. specialità chirurgiche ed aumento p.l. area medica) un miglioramento degli indicatori di performance (indicatori Age.na.s, Progetto Bersaglio) oltre che il raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale.

MATERIALI E METODI

Dopo aver individuato con chiarezza quali gli obiettivi, si è costituito un board ristretto, con potere decisionale, costituito da sole n. 4 figure professionali diverse, coordinato dalla direzione medi-

ca con servizio amministrativo e servizio tecnico. Applicando i moderni strumenti dell'HTA è stata modificata l'organizzazione classica delle attività clinico assistenziali delle singole unità operative interessate, passando da una gestione "autonoma", ciascuna con aree di degenze ed ambulatoriali dedicate a nuovi modelli multidisciplinari ed omogenei.

Tale gruppo ha inoltre organizzato/gestito la:

- presentazione del progetto alle varie figure/anime aziendali con n. 18 specifici incontri;
- creazione di gruppi di progetto, di lavoro e di analisi dati distinti e mirati;
- HTA, l'analisi, la definizione e l'attivazione dei meccanismi di funzionamento del progetto;
- definizione delle "assunzioni di base vincolanti" (organizzativi, strutturali e professionali);
- definizione ed il monitoraggio del master plan di progetto;
- governance della task force;
- gestione e lo sviluppo delle focus contesto di progetto per fasi di attività, con monitoraggio e reporting dell'impatto delle azioni attuate;
- realizzazione di nuove aree di

degenza omogenee per intensità di cura di day e week surgery, day service e ricovero ordinario con nuova ricollocazione delle attività assistenziali delle specialità interessate;

■ revisione dei flussi pazienti con realizzazione di nuovi e specifici PDTA;

■ ricollocazione del personale (dirigenti medici, personale di comparto, ecc);

Quanto sopra applicando sia modelli organizzativi presenti in letteratura sia nuovi modelli/cruscotti di reporting personalizzati con particolare attenzione all'analisi dell'impatto dei nuovi setting assistenziali alla luce del performance measurement riassumibili nelle due principali categorie dell'effort substitution e del gaming.

RISULTATI

Ad oggi si è registrato:

- ottimizzazione del tasso di occupazione per i ricoveri alla soglia del 90 % con degenza media non superiore a i 6 giorni;
- sviluppo di modelli organizzativi innovativi per le degenze di day/week surgery e day service.

Un particolare focus ha interessato l'area chirurgica con maggiore impatto per le UU.OO. di: Otorinolaringoiatria, Ortopedia, Chirurgia, Ginecologia, Senologia interessate da un'importante riduzione dei posti letto;

- una novità organizzativa ulteriore ha interessato l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia che ha visto distinguere in due presidi ospedalieri diversi le attività specialistiche con distinzione dell'attività in emergenza urgenza traumatologica per acuti in un P.O., scorporando l'attività programmabile di ortopedia protesica in un'altro P.O.;

- crescente attenzione alla accountability delle performance;

- significative differenze % su molti indicatori (es; aumento % indice di tur over, tasso occupazione posti letto effettivo, peso medio DRG trattati, degenza media, aumento del numero di prestazioni in day e week surgery, ecc.);

- risparmio economico rispetto all'atteso con ottimizzazione delle risorse umane e dei percorsi amministrativo-contabili;

- migliore umanizzazione dell'intera filiera assistenziale con maggiore coinvolgimento degli operatori;

- aumento iniziale della conflittualità, tra la componente medica, all'interno di una U.O.;

- maggiore resistenza al cambiamento per la componente medica rispetto a quella infermieristica.

Per quanto sopra pur considerando i dati ad oggi in nostro possesso positivi, utili a validare materiali e metodi utilizzati ai fini della riorganizzazione, vista la durata a tendere del progetto iniziato nel 2012 con attuazione finale prevista per il dicembre 2015, altri risultati dettagliati potranno essere presentati in sede congressuale.

Misura del Capitale Intellettuale e delle Performance: Un Nuovo Modello Integrato per le Organizzazioni Sanitarie

Pirozzi M.G.*, Ferulano G.P.**

*Dottoranda in Economia e Management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie Dipartimento di Economia, Management, Istituzioni. Università degli Studi di Napoli Federico II.

**Professore Associato di Chirurgia Generale Direttore UOC di Chirurgia Generale e Mininvasiva Dipartimento di Sanità Pubblica. Università degli Studi di Napoli Federico II

Parole chiave: Capitale Intellettuale; Misura Performance; Organizzazioni Sanitarie

INTRODUZIONE

I Sistemi di Misura delle Performance (SMP) sono raccomandati in letteratura per migliorare le performance organizzative, mentre alcuni SMP (BSC, PRISM, CAF) sono raccomandati dal CIVIT per misurare le performance delle organizzazioni sanitarie.

Il Capitale Intellettuale (CI) è considerato la principale fonte di creazione di valore per le organizzazioni. Tuttavia, l'analisi del CI nelle organizzazioni sanitarie ha ricevuto finora scarsa attenzione dagli studiosi. Tutto ciò premesso, il lavoro propone un Nuovo Modello Integrato (NMI) per la Misura delle Performance e del Capitale Intellettuale.

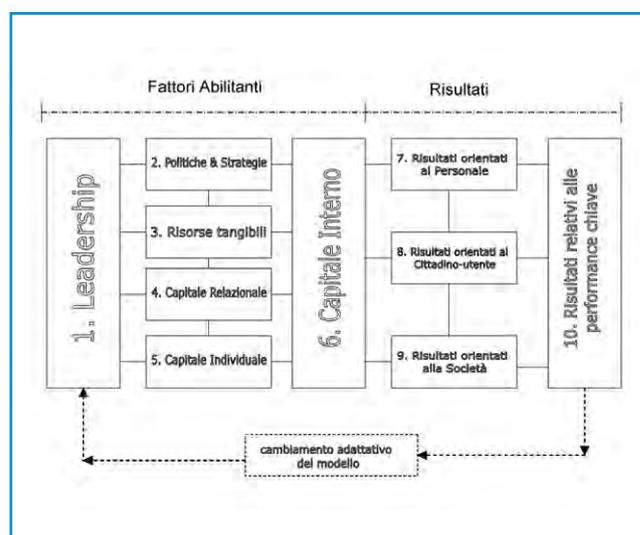
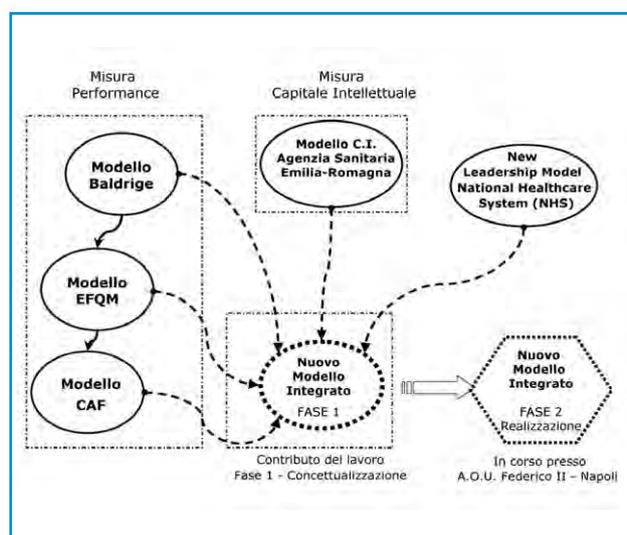
MATERIALI E METODI

Il NMI è stato ottenuto integrando nel CAF (*Common Assessment Framework*) due modelli concettuali rappresentanti il CI e la Leadership. Questi ultimi sono stati proposti rispettivamente dall'Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna (Baccarini et al., 2008) e dal *National Healthcare System* (NHS, 2013) in UK.

L'integrazione è stata condotta comparando i fattori determinanti dei modelli CAF e CI ed eliminando le ridondanze. Per la Leadership, il relativo blocco del modello CAF è stato sostituito con il *New Leadership Model* del NHS. IL flusso logico del lavoro è illustrato nella figura seguente.

RISULTATI

Lo sviluppo del NMI (Fase 1 - Concettualizzazione), sinteticamente illustrato nella figura seguente, è stato condotto nell'ambito del Corso di Dottorato in Economia e Management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie, il cui Comitato Direttivo ha deciso di implementarlo (FASE 2) presso l'A.O.U. Federico II di Napoli poiché rispondente ad alcuni preminenti obiettivi strategici aziendali. La Fase 2 è attualmente in corso. Un sistema di misura unico, come il NMI, riduce le resistenze, investimenti iniziali ed a regime, e le difficoltà di interpretazione dei risultati, generate dalla introduzione e gestione di due distinti sistemi di misura.



FESTIVAL DELLA SCIENZA MEDICA



DAL 19 AL 22 MAGGIO 2016

www.bolognamedicina.it

Le misure di sicurezza adottate dall'A.O. Niguarda Ca' Granda di Milano per Ebola ed altre emergenze batteriologiche o da bioterrorismo

Masturzo E.¹; Micheloni G.²; Maringoni M.³; Cozzi C.⁴; Capobussi M.⁵; Elli G.⁶

1. Referente per le Maxiemergenze/Emergenze NBCR della Direzione Sanitaria; 2. Responsabile SS Medicina e sorveglianza sanitaria dei lavoratori; 3. Responsabile SPP; 4. Disaster Manager; 5. Medico in formazione della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Milano; 6. Direttore Medico di Presidio A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano



Contenuti

Tutte le operazioni, dall'eventuale prelievo di campioni alle manovre sul paziente e al suo trasporto presso il centro di riferimento, sono state scotomizzate per una **mappa del rischio** volta all'adozione delle misure di sicurezza più opportune al caso specifico:

1) se il caso è sospetto e presenta solo febbre, non altri sintomi della malattia come vomito, tosse o diarrea, il rischio è basso e pertanto è indicata la tuta in **tyvek**, corredata di guanti monouso non sterili in nitrile, guanti monouso non sterili con manica lunga, faccine filtrante FFP3 BLS, grembiule impermeabile pieno-corpo, occhiale a maschera a tenuta o, in alternativa, schermo facciale/visiera;

2) in presenza di sintomi più importanti con emissione di liquidi biologici è, invece, previsto l'uso dello **scafandro** ventilato. Ai fini delle attività formative sulla gestione delle emergenze batteriologiche e da bioterrorismo (ivi inclusa Ebola) sono stati prodotti due **manuali** di vestizione e



Manuale
tyvek



Manuale
scafandro



Conclusioni

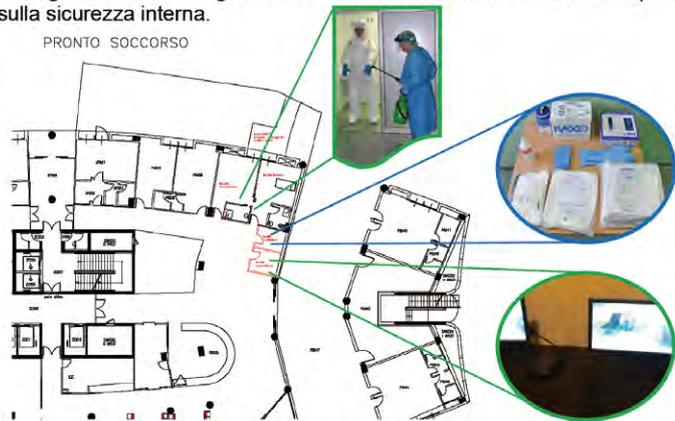
Il virus Ebola, classificati come livello di biosicurezza 4, hanno obbligato anche le strutture sanitarie dell'occidente e particolarmente quelle delle grandi metropoli, ad un riesame delle **"vulnerabilità"** per resettare l'organizzazione e la logistica interne di modo da far fronte a quella che lo stesso Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite ha definito come una "minaccia alla pace e alla sicurezza internazionale".

L'epidemia di Ebola sembra finalmente prossima alla fine, ma essa ha dimostrato ancora una volta come il contesto sociale ed economico e la forza del sistema sanitario condizionano enormemente la diffusione dell'infezione. Di qui traiamo la lezione più importante, ovvero quella di prevedere **risposte congiunte e coordinate** a sostegno della salute globale.

Introduzione

L'epidemia di Ebola nell'Africa occidentale ci rammenta che non dobbiamo abbassare la guardia nei confronti dei meccanismi di emergenza delle malattie infettive. Tale evento ha, infatti, costretto i sistemi sanitari di tutti i paesi, ivi compresi quelli del cosiddetto mondo evoluto, ad interrogarsi sulla capacità di **reagire prontamente** alle nuove emergenze del mondo globalizzato e ad attrezzarsi di conseguenza. Di seguito sono sintetizzate alcune delle misure adottate dall'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano in caso di autopresentazione al Pronto Soccorso di pazienti con diagnosi sospetta o probabile di Ebola e di altre **emergenze batteriologiche** o da **bioterrorismo** di immediato impatto sulla sicurezza interna.

PRONTO SOCCORSO



svestizione, rispettivamente con la dotazione tyvek e con lo scafandro, di facile consultazione per la sequenza delle immagini, di immediato impatto mnemonico.

Con l'allestimento di un'area di **isolamento temporaneo** presso l'accettazione del Pronto Soccorso è stato infine inserito l'ultimo importante tassello nel Piano di gestione delle Emergenze NBCR con riguardo alla fattispecie delle emergenze batteriologiche e da bioterrorismo ed alle ricadute sulla sicurezza.

L'area consta dei seguenti settori:

- **Locale vestizione** (con scaffalature per i DPI in dotazione, suddivisi per taglia);
- **Locale isolamento temporaneo** con visiva ed uscita all'esterno del Padiglione DEA (con camminamento);
- **Stazione di controllo** con sistema audio e di videosorveglianza senza registrazione delle immagini (tale modalità consente, nei casi previsti e meno gravi, di interagire con il paziente indirettamente durante, ad es., il colloquio per la raccolta delle informazioni anamnestiche per l'inquadramento di caso sospetto/probabile);
- **Locale svestizione** con doccia di decontaminazione da eventuali residui grossolani di materiale organico/liquidi biologici.

Oltre alla formazione sul campo rivolta agli operatori sanitari di prima linea, è stata data una informativa sulle procedure interne ai Responsabili del SPP dell'impresa di pulizia e addetta al ritiro dei rifiuti per **uniformare le dotazioni dei DPI** e le prassi di lavoro.



Le DSPO nell'Area Vasta Centro della Toscana: analisi dei diversi contesti e proposte per sviluppi futuri



Tattini L¹, Guarducci S¹, Pieralli F², Chellini M², Donzellini M², Paolini D², Pieri L², Varone O², Bonanni P³, Bonaccorsi G⁴, Di Renzo L⁵, Corsini G⁶, Cortesi E⁶, Lo Presti E⁷
¹Staff Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10, ²Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Firenze, ³Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze, ⁴Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze, ⁵DSPO ASL 4, ⁶DSPO ASL 3, ⁷DSPO ASL 11

Introduzione

Con la riforma n.28 del 2015 è stato avviato un processo di riorganizzazione del servizio sanitario toscano che prevede un rafforzamento del ruolo dell'Area Vasta quale sede di attuazione della programmazione regionale. Per questo si rende necessario un cambiamento degli assetti organizzativi e funzionali della Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero (DSPO), che svolge un ruolo di indirizzo e coordinamento nella gestione delle attività sanitarie, unito a quello di vigilanza e controllo. Scopo del lavoro è presentare alcune proposte di revisione di assetti e attività, scaturite dalla analisi dei diversi contesti in seguito ad incontri effettuati tra i responsabili delle direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie di Area Vasta Centro (Firenze, Prato, Pistoia, Empoli).

Contenuti

L'analisi effettuata ha mostrato che, per quanto riguarda il personale medico presente nelle diverse DSPO, vi sono disomogeneità in termini di dotazione organica, professionalità presenti e organizzazione delle attività (Tab. 1). In particolare, per ottenere maggiore efficienza nella gestione e nel controllo delle attività sanitarie prodotte, dei processi trasversali alle attività e quelli tradizionali di carattere igienico-sanitario, appare necessaria una dotazione che sia il più possibile allineata alle caratteristiche previste nel documento ANMDO nazionale del 2015.

La dotazione organica per il personale medico di presidio è identificata come segue:

- tra 120 e 250 posti letto: 3 medici di direzione + 1 direttore medico
- tra 251 e 400 posti letto: 4 medici di direzione + 1 direttore medico
- oltre 400 posti letto: 1 medico in aggiunta ogni 100 posti letto.

Sulla base dell'analisi effettuata, il personale medico presente nelle DSPO di Area Vasta risulta inferiore all'atteso di 14 unità.

Tabella 1: Presidi di Area Vasta Centro e personale di DSPO.

ASL	PRESIDI	POSTI LETTO*	N° MEDICI DSPO	FUNZIONI COORDINATORI/RESPONSABILI DSPO
Pistoia	S. Jacopo, S. Marcello	400	1+1 FF	1 Coordinatore dei presidi: - delega per la sicurezza sul lavoro - budget - RUP della concessione S. Jacopo - gestione idoneità personale - responsabilità sui rifiuti
	SS. Cosma e Damiano	250	1+1 FF	1 FF Direttore di presidio ospedaliero UOC: - incarico per direttore della struttura aggregata Gestione servizi in concessione (GAS) 1 FF Direttore UOC Pesca: - incarico HTA aziendale
Prato	S. Stefano	540	2+1 FF	1 FF Direttore di presidio ospedaliero UOC: - RUP della concessione - delega per la sicurezza sul lavoro - incarico gestione qualità in ospedale
Firenze	San Giovanni di Dio	320	3+1	1 FF Direttore di presidio ospedaliero UOC:
	Borgo San Lorenzo	123	1+1	- RUP della concessione
	SMN, Palagi	120+26	3+1	- delega per la sicurezza sul lavoro
	SMA, Serristori	297+74	4+1	- incarico gestione qualità in ospedale
Empoli	S. Giuseppe, S. Pietro Igneo, Ospedale degli Infermi	437	1+1 FF	1 Direttore della rete specialistica: - funzioni gestionali (budget, risorse) - non è operativo nella DSPO 1 FF Direttore di presidio ospedaliero UOC: - delega per la sicurezza sul lavoro - incarico rischio clinico

*Fonte dati: ARS Toscana

Conclusioni

Nel nuovo contesto regionale è auspicabile la presenza di un Dipartimento Ospedaliero che, attraverso l'adozione di un Regolamento unico, promuova l'integrazione della rete ospedaliera, renda omogenea la dotazione e la composizione del personale e l'organizzazione delle attività. In particolare l'analisi effettuata ha evidenziato la necessità di adeguare la dotazione di personale medico di Presidio, considerato anche l'elevato livello di responsabilità delle attività che questo svolge. Inoltre, il gruppo di lavoro auspica che in un prossimo futuro siano rese omogenee attività fondamentali e strategiche nell'ambito delle DSPO (Fig 1).



Figura 1: Proposte per sviluppi futuri



UNIMORE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA
Dipartimento di Scienze della Vita

Hesperia Hospital
¹Laboratorio Analisi – Settore di Microbiologia
³Direzione Sanitaria
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
²Dipartimento di Scienze della Vita



**SCREENING PRE E POST-OPERATORIO SU TAMPONI NASALI E RETTALI IN PAZIENTI
CARDIOCHIRURGICI
TRIENNIO 2013-2015, L'ESPERIENZA DI HESPERIA HOSPITAL**
Piero Aloisi¹, Mattia Manelli¹, Carla Sabia², Stefano Reggiani³

Introduzione: In Italia il 5-8% dei pazienti che si ricoverano in ospedale sviluppa un'infezione correlata alle procedure sanitarie; di questi uno su cento ne muore. Lo studio SENIC ha dimostrato che l'applicazione di un efficace piano integrato di sorveglianza e controllo può ridurre fino al 30% la frequenza delle infezioni ospedaliere. Nel corso degli ultimi anni nelle strutture sanitarie pubbliche e private si sono sempre più diffusi programmi di prevenzione e controllo delle Infezioni. L'ospedale privato accreditato Hesperia Hospital Modena ha dato avvio, nel 2012, ad un progetto organico mirato al monitoraggio, prevenzione e controllo delle ICA all'interno della propria Struttura, attraverso l'esecuzione di screening pre e post-operatori a cui il paziente viene sottoposto per avere un monitoraggio costante del quadro clinico del soggetto.

Materiali e Metodi: Ogni tampone nasale è stato processato mediante esame colturale su terreno cromogeno Brilliance MRSA 2 agar, per la ricerca di *S. aureus* meticillino resistente; mentre ogni tampone rettale è stato seminato su Brilliance CRE agar, per la ricerca di enterobatteri resistenti ai carbapenemi. Identificazione ed antibiogramma delle colonie sospette sono state ottenute mediante il dispositivo automatizzato Vitek2 (bioMérieux).



Conferma ceppi CRE:

- *Test di sinergia con acido boronico
- *Test di sinergia con EDTA o acido dipicolinico
- *Test di sinergia con cloxacillina
- * Kit rapido (bioMérieux) RAPIDEC CARBA NP

Risultati

RISULTATI	ANNO 2013		ANNO 2014		ANNO 2015*		ANNO 2013		ANNO 2014		ANNO 2015*	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
POSITIVI	16	1.35	10	1.08	5	0.94	13	1.05	8	0.72	5	1.03
NEGATIVI	1168	98.65	919	98.92	523	99.06	1221	98.95	1100	99.28	480	98.97
TOTALE	1184		929		528		1234		1108		485	

TAMPONI NASALI

TAMPONI RETTALI

**NUMERO DI INFEZIONI POST OPERATORIE OSSERVATE SU PAZIENTI PORTATORI DI MRSA E KPC
AL MOMENTO DEL RICOVERO**

CAMPIONE \ ANNO	2013	2014	2015*
TAMPONI NASALI	2/16 (12,5%)	1/10 (10%)	0/5
TAMPONI RETTALI	3/13 (23,1%)	1/8 (12,5%)	0/5

Conclusioni

Dai dati in nostro possesso si evince che la messa in pratica di adeguate procedure come il lavaggio delle mani, la detersione e disinfezione continua delle superfici di lavoro e l'attenzione costante da parte del personale medico ed infermieristico durante le manovre sui pazienti, può interrompere la catena di trasmissione di germi ad alto potenziale patogeno come i ceppi MRSA e KPC che dallo stadio di semplice colonizzazione potrebbero portare, su pazienti defedati e/o immunocompromessi, ad una vera e propria infezione.

Attualmente è in corso uno studio di caratterizzazione molecolare di ceppi CARB – R isolati recentemente. La sorveglianza e il censimento di questi ceppi può fornire utili indicazioni nell'approccio ad una più oculata e corretta terapia antibiotica. La presenza dei geni bla_{KPC}, bla_{IMP}, bla_{VIM}, bla_{NDM}, bla_{OXA48} (codificanti per differenti carbapenemasi) verrà valutata mediante PCR.

* I dati del 2015 sono riferiti ai primi cinque mesi dell'anno

AZIENDA OSPEDALIERA

"OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD"



IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA NEL PROCESSO DI DONAZIONE E PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI INTRAOSPEDALIERA

M.S. Giamprini*, C.Valenti*

*Direzione Medica di Presidio Pesaro, Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"

INTRODUZIONE

Parole chiave: donazione, programmazione, organizzazione

Nell'ambito della disciplina di Direzione Medica di Presidio (programmazione, attuazione e consolidamento di una strategia direzionale organizzativa) è possibile consentire di estendere la cultura e gli strumenti del management applicato al *procurement* di organi e tessuti dell'intero complesso organizzativo aziendale.

La Direzione Medica è responsabile della gestione di ogni aspetto organizzativo, interdisciplinare e interdipartimentale dell'attività di donazione di organi e tessuti all'interno dell'Azienda; ruolo propulsivo e di coordinamento dell'intero processo in stretta collaborazione con il Coordinatore Locale Trapianti (CLT).

CONTENUTI

All'interno dell'Azienda Ospedaliera esistono specifiche Istruzioni Operative: "I.O. prelievo di organi e tessuti"; in particolare per i tessuti: "I.O. prelievo multitessuto", "I.O. donazione prelievo cornee", "I.O. prelievo confezionamento trasporto opercolo cranico". Tali documenti sono stati elaborati in collaborazione con il Nord Italia Transplant *programm* (NITp) e con la Banca degli Occhi di Fabriano (Banca di Riferimento per la regione Marche).

Le I.O. sono state elaborate considerando prioritari: definizioni delle responsabilità, descrizione delle attività, modulistica standardizzata e volute per focalizzare gli interventi strategici, al fine di perseguire il migliore utilizzo delle risorse già disponibili, creando una integrazione operativa ed un approccio multispecialistico, così da concretizzare le indispensabili sinergie.

Vengono definiti interventi programmatori ed organizzativi, individuando responsabilità, ruoli e azioni degli attori coinvolti. L'Azienda ha investito sulle professionalità medico/chirurgiche ed infermieristiche, attuando corsi formativi al fine di divulgare e condividere le procedure, con ruolo guida della Direzione Sanitaria insieme al CTL.

La DMP interviene operativamente nel processo occupandosi di: aspetti organizzativi, adempimenti medico legali, gestione documentale e di problem solving. Inoltre sostiene il miglioramento promuovendo la continuità del processo assistenziale nella donazione e l'attenzione all'efficienza organizzativa.

A sostegno del potenziamento della capacità di reperimento di organi e tessuti (*procurement*) figura cardine è il CLT che opera sia attraverso azioni per la diffusione della cultura della solidarietà, sia assieme alla DMP per una buona struttura organizzativa e di coordinamento, attuata tramite una decisa attività di comunicazione interna all'Azienda.

CONCLUSIONI

Elemento strategico per il raggiungimento dell'obiettivo è stato affidare il coordinamento del processo donazione e prelievo alla DMP, senza però dimenticare il ruolo del CLT, figura dedicata alla gestione clinica del donatore da una parte, e alla pianificazione, all'organizzazione e al funzionamento del coordinamento locale dall'altra, presupposto indispensabile per una valida ed efficace impalcatura organizzativa. La naturale conseguenza è il raggiungimento di livelli di performance soddisfacenti per l'intero sistema aziendale.



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





AO ORDINE MAURIZIANO DI TORINO: LA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO GUIDA LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

*Arione R, **Vitale A, ***Giacometti M, °Zucca M, °Sandrone L, °Perino M, °°Pala L, °°Odiard C, °°Macorig G, °°Mirandola D, °°Veronese N, °°°Falco S.

*Direttore Sanitario d'Azienda, AO Ordine Mauriziano

**Dirigente medico SC Direzione Medica di PO, AO Ordine Mauriziano

***Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

°Nucleo Ospedaliero Continuità delle Cure, AO Ordine Mauriziano

°°Servizio Sociale, AO Ordine Mauriziano

°°°Direttore Generale, AO Ordine Mauriziano

INTRODUZIONE

La continuità assistenziale, tra il livello di assistenza primaria e quello ospedaliero, costituisce un punto nevralgico per sviluppare una logica di sistema tra i diversi attori del SSN.

Il problema della corretta dimissione e presa in carico del paziente è maggiormente rilevante per le patologie croniche e complesse, in cui è importante superare l'approccio specialistico, tenendo conto, accanto alla dimensione clinica, della dimensione assistenziale e socio-relazionale, necessaria a garantire una presa in carico efficace della cronicità. Solo in questo modo è possibile ipotizzare l'avvio di un progetto adeguato.

Nell'esperienza dell'AO Mauriziano emerge come i tempi d'attesa del ricovero post ospedaliero siano molto variabili a seconda della struttura e del livello di riabilitazione richiesti.

CONTENUTI

Risulta fondamentale, quindi, che tutte le complessità clinico-assistenziali e gli altri fattori (sociali, familiari, economici,..) che influiscono su un ritardo nelle dimissioni, vengano evidenziati sin dal momento del ricovero o allo stabilizzarsi della situazione clinica.

E' stato, quindi, elaborato uno strumento operativo informatizzato che consente la rapida registrazione di tutti i pazienti che vanno incontro ad un processo di dimissione difficile.

Alla compilazione del file partecipano tutti i soggetti coinvolti nel processo (infermieri NOCC, assistenti sociali, operatori dei reparti).

CONCLUSIONI

Obiettivo intermedio è quello di effettuare un monitoraggio delle dimissioni ritardate o pianificate, un'analisi delle criticità e la successiva condivisione con proposta di soluzioni. Il metodo utilizzato sarà la compilazione di un cruscotto informatico che permetta di elaborare statistiche per giorni di degenza, progetti di dimissione, differenti tipologie di trasferimenti in continuità assistenziale, ASL di residenza. Questo file è costruito in modo tale da soddisfare anche le richieste ricevute dalle ASL di riferimento nell'ambito del tavolo cittadino interaziendale sulla continuità, oltre che favorire l'implementazione dell'informatizzazione della presa in carico di pazienti con previsione di dimissione difficile.

Obiettivo finale è quello di identificare, sperimentare e validare un insieme di indicatori specifici di continuità assistenziale per determinate patologie, senza tralasciare la verifica della sostenibilità, specificità e sensibilità degli stessi, evidenziando anche le problematiche relative all'utilizzo degli attuali sistemi informativi.

Una proposta di indicatori potrebbe essere:

- degenza media in gg <= media regionale di riferimento per DRG;
- 100% pz in area medica con necessità di dimissioni pianificate hanno segnalazione NOCC;
- 100% segnalazioni NOCC prese in carico nelle 48 ore dal ricovero;
- Invio dati all'ASL TO1 e TO2 su dimissioni da Mauriziano verso LD, CAVS, riabilitazione, ecc.

In tale contesto, il ruolo dei medici operanti presso le DMPO è strategico: i nuovi problemi emergenti richiedono nuove specifiche capacità operative e di "regia", supportate da opportuni strumenti professionali.

Risulta, quindi, fondamentale intraprendere un percorso di collaborazione tra la DMPO e tutte le strutture ed i professionisti coinvolti.

Il Medico di Direzione, all'interno di tale percorso, si pone come garante del miglioramento delle interfacce professionali e come coordinatore dei percorsi condivisi, stimolando il ripensamento dei modelli di lavoro sia all'interno delle cure primarie sia nell'ambito delle cure specialistiche.

Il trattamento delle acque Sanipur® nel mondo

Sanipur® è stata fondata nel 1985 ad opera di manager provenienti dalla grande industria chimica italiana. Negli anni '80 e fino ai primi anni '90 Sanipur ha fornito tecnologie e sostanze chimiche a municipalità e società di trattamento delle acque. A metà degli anni '90 Sanipur ha avviato la propria Divisione Sanitaria, fornendo sistemi di disinfezione continua per la prevenzione della Legionellosi a ospedali e strutture operanti nell'assistenza sanitaria. Tali sistemi si basavano sul biossido di cloro. Nel 2000 Sanipur ha ampliato la sua divisione sanitaria fornendo servizi di pulizia e disinfezione di unità aerauliche e condotti dell'aria nelle strutture sanitarie. Sanipur è membro attivo dell'associazione italiana AIISA e dell'associazione statunitense NADCA. Nel 2005 Sanipur ha iniziato l'attività di ricerca e sviluppo del progetto Sanikill®, terminato nel 2009 con la nuova tecnologia brevettata a base di monoclorammina Sanikill®. Sanipur ha ampliato quindi i suoi mercati rivolgendosi ad altri paesi UE e ha completato la progettazione e la commercializzazione della tecnologia a base di monoclorammina Sanikill®. Nel 2012 Sanipur ha ottenuto l'approvazione dei brevetti statunitensi e internazionali della tecnologia Sanikill® e ha costituito una partnership con Klenzoid Inc. per l'apertura della sua filiale statunitense Sanipur US LLC a Philadelphia, Pa. La tecnologia Sanikill® è stata lanciata sul mercato alla fine del 2012 dopo un approfondito studio svolto presso una struttura per pazienti acuti statunitense da un team di ricercatori scientifici, guidati dalla Dott.ssa Janet Stout della Università di Pittsburgh.

Sanipur US si sta imponendo come una delle realtà più dinamiche nel settore trattamento acque negli Stati Uniti.

www.scanipur.it



S.H.O.W.: aspiratore a circuito chiuso per grandi volumi di liquidi biologici

S.H.O.W. - Safety Hospital Work è l'innovativo sistema di aspirazione a circuito chiuso, che è stato progettato per gestire in sicurezza i liquidi organici presenti in grandi quantità nelle strutture ospedaliere e per eliminare le problematiche legate alla raccolta, allo smaltimento e ai relativi costi dei liquidi biologici all'interno della struttura sanitaria. Show è adatto all'utilizzo nelle sale operatorie di: Urologia, Ortopedia e nei reparti di Terapie Intensive, Dialisi e reparti di degenza. Un reale successo del made in Italy. S.H.O.W. apporta i seguenti vantaggi alla struttura sanitaria:

- Maggiore sicurezza
- Riduzione dei costi
- Migliore qualità del lavoro
- Ottimizzazione gestione del personale.

Una volta collegato, tutta la gestione della raccolta dei liquidi è affidata ad esso in totale sicurezza degli operatori che non verranno mai a contatto con i liquidi neppure in modo accidentale. Infatti S.H.O.W. aspira e disinfecta, se necessario, i liquidi azzerando il

rischio di contaminazione biologica da parte degli operatori. Con S.H.O.W. si annulla il rischio di sollevamento di carichi e quindi il rischio di fuoriuscita dei liquidi biologici per rottura accidentale e/o rischi dovuti alla rimozione e movimentazione delle sacche e/o contenitori S.H.O.W. abbate



rischio di contaminazione da agente biologico e il conseguente rischio per gli operatori sanitari di contrarre patologie infettive. Il grande impegno di progettazione ha permesso a IN.CAS. S.r.l. di ottenere il brevetto internazionale per una nuova ed esclusiva funzione, la disinfezione in tempo reale dei liquidi biologici durante la fase d'aspirazione da paziente infetto. Con l'utilizzo di S.H.O.W. si ottimizza l'impiego del personale in sala, che non è impegnato nelle frequenti sostituzioni dei contenitori monouso (3L), durante l'intervento chirurgico, perché l'aspira-liquidi ha un serbatoio dalla capacità di 60L. L'apparecchio ha comandi intuitivi, immediati e sequenziali e consentono all'operatore lo svolgimento in sicurezza di tutte le manovre. Con l'uso di S.H.O.W. si riduce notevolmente l'uso di contenitori monouso di materiale plastico che va a pesare economicamente sulle spese del reparto, con conseguente riduzione di rifiuti speciali. S.H.O.W. tanto che può essere considerata una "green equipment".

www.incas-show.com

Papalini spa: nuovo nome, qualità e servizio sempre più "su misura"

Da 30 anni Pulirapida è sinonimo di serietà, efficienza, competenza e ricerca della soluzione più vantaggiosa per il cliente. Da oggi, però, vuole essere ancora di più, lanciando una nuova sfida imprenditoriale: darsi un nuovo nome e un nuovo modello organizzativo, mantenendo però la stessa anima, la stessa mission, la stessa qualità di sempre. Non cambia nemmeno la partita Iva, per semplificare e mantenere costante il dialogo con i clienti.

Papalini spa è il nome con cui l'azienda ha dato il via al decisivo passo in avanti, sposando la trentennale esperienza nei servizi con una consulenza qualificata nel mercato di riferimento. Un'azienda che vuole dire e dare qualcosa di più: non più solo pulizie, ma una grande specializzazione nei servizi su misura.

www.papalinspa.com



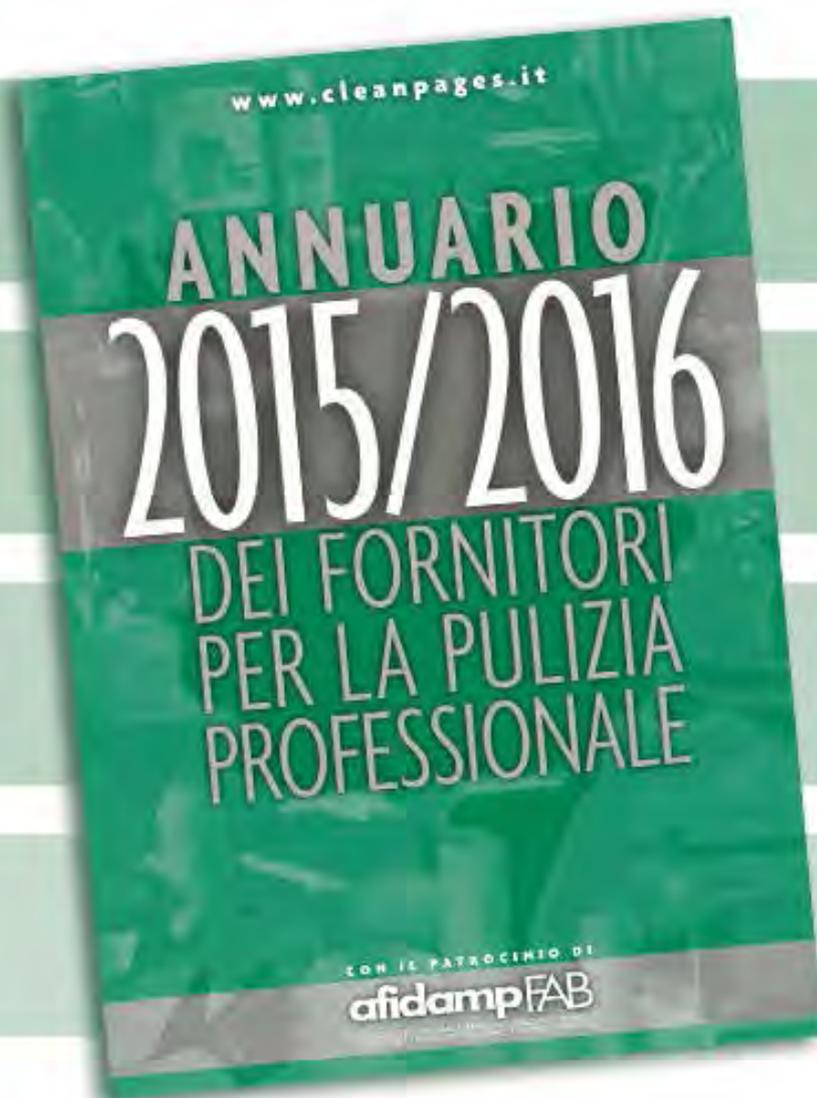
**L'Annuario dei fornitori per la pulizia professionale è indispensabile per gli acquisti nei comparti:
Hotellerie, Imprese di pulizia, Sanità pubblica e privata, Distribuzione organizzata, Industria e molti altri...**

800 rivenditori selezionati
su tutto il territorio nazionale

Consultazione con ricerca
per categoria merceologica,
area geografica, ragione sociale

Scheda dei dati anagrafici dei
rivenditori, con link attivi e
indicazione dei beni e servizi offerti

Comunicazioni commerciali
delle principali aziende
produttrici del settore



L'Annuario dei Fornitori per la pulizia professionale è un eccezionale strumento per la ricerca di rivenditori di prodotti chimici, macchine, attrezzature, prodotti di consumo, D.P.I., per la pulizia, la disinfestazione ed i servizi connessi.

L'Annuario è disponibile per consultazione sul sito www.cleanpages.it

S.HO.W.

SAFETY HOSPITAL WORK

Aspiratore a circuito chiuso per grandi volumi di liquidi biologici per:

sale Operatorie di: • Urologia, Ortopedia

reparti di: • Terapie Intensive

• Dialisi

• Degenza



MAGGIORE
SICUREZZA

RIDUZIONE
DEI COSTI

QUALITÀ
DEL LAVORO

OTTIMIZZAZIONE
DEL PERSONALE

