

3 Luglio-Settembre 2013

# L'OSPEDALE

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

Riflessioni e aggiornamenti sul  
Capitolato Tecnico Servizi di  
Pulizia e Sanificazione

Problematiche medico legali del  
Direttore di ospedale

Il Codice Etico dell'ANMDO:  
adempimento formale o convinta  
adesione a una "chiamata morale"

Il rischio infettivo in ospedale:  
i Gram negativi multiresistenti e le  
infezioni da *Clostridium difficile*. Gestire  
il fenomeno dal punto di vista  
della Direzione Sanitaria

Esperienza di sorveglianza e  
prevenzione delle infezioni da  
*Clostridium difficile* nell'Azienda  
Sanitaria di Firenze

I diritti dei pazienti relativi all'assistenza  
sanitaria transfrontaliera  
negli Stati membri dell'Unione Europea  
in base alla Direttiva 24/2011/UE:  
stato dell'arte dell'applicazione in Italia

Logistica del paziente: le opportunità  
dell'outsourcing. Sistema di gestione  
automatizzato dei trasporti  
intraospedalieri

Il capitolato tipo e la gestione  
informatizzata attraverso INFOR EAM

Verso il fascicolo sanitario elettronico  
nella Regione Piemonte - Progetto  
TEMPORE WEB, Web Imaging  
Regionale e le Reti regionali per  
specialità: l'esperienza dell'AO Ordine  
Mauriziano di Torino

L'utilizzo del software di sala operatoria  
applicato al gruppo operatorio del  
nuovo Polo Chirurgico "P.Confortini"

ORIZZONTI



**CONGRESSO  
NAZIONALE  
ANMDO**

**POLITICA, ECONOMIA  
E TECHNÈ:  
PER QUALE SANITÀ?**

**ROMA 25-27 SETTEMBRE 2013**



|   |           |
|---|-----------|
| <b>Riflessioni e aggiornamenti sul Capitolato Tecnico Servizi di Pulizia e Sanificazione</b>  | <b>6</b>  |
| <i>Gianfranco Finzi, Ugo Luigi Aparo, Gianni De Togni, Silvia Cugini</i>  |           |
| <b>Problematiche medico legali del Direttore di ospedale</b>  | <b>16</b> |
| <i>Alberto Appicciafuoco, Francesca Ciralo, Laura Indiani</i>   |           |
| <b>Il Codice Etico dell'ANMDO: adempimento formale o convinta adesione a una "chiamata morale"</b>  | <b>20</b> |
| <i>Antonio Scarmozzino</i>  |           |
| <b>Il rischio infettivo in ospedale: i Gram negativi multiresistenti e le infezioni da <i>Clostridium difficile</i>. Gestire il fenomeno dal punto di vista della Direzione Sanitaria</b>                 | <b>24</b> |
| <i>Giovanni Messori Ioli, Valeria Di Legami, Francesca Casassa, Maurizio Dore</i>   |           |
| <b>Esperienza di sorveglianza e prevenzione delle infezioni da <i>Clostridium difficile</i> nell'Azienda Sanitaria di Firenze</b>   | <b>30</b> |
| <i>Anna Poli</i>  |           |
| <b>I diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera negli Stati membri dell'Unione Europea in base alla Direttiva 24/2011/UE: stato dell'arte dell'applicazione in Italia</b>    | <b>36</b> |
| <i>Karl Kob</i>   |           |
| <b>Logistica del paziente: le opportunità dell'outsourcing. Sistema di gestione automatizzato dei trasporti intraospedalieri</b>  | <b>44</b> |
| <i>Laura Prandini; Dott. Andrea Tezzele</i>   |           |
| <b>Il capitolato tipo e la gestione informatizzata attraverso INFOR EAM</b>   | <b>50</b> |
| <i>Daniele Nepa</i>   |           |
| <b>Verso il fascicolo sanitario elettronico nella Regione Piemonte - Progetto TEMPORE WEB, Web Imaging Regionale e le Reti regionali per specialità: l'esperienza dell'AO Ordine Mauriziano di Torino</b> | <b>59</b> |
| <i>Arianna Vitale</i>   |           |
| <b>L'utilizzo del software di sala operatoria applicato al gruppo operatorio del nuovo Polo Chirurgico "P.Confortini"</b>   | <b>64</b> |
| <i>R.Poli**, P.Benetollo*, G.Ghirlanda</i>  |           |
| <b>ORIZZONTI</b>  | <b>74</b> |

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 66 - Numero 3 - luglio-settembre 2013

**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:** U.L. Aparo

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

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

**Abbonamenti**

italia annuo € 31,00

europa

paesi extra europei € 103,00

Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

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

**Fotolito e stampa:**

T&T STUDIO - MILANO

VELAWEB - binasco (mi)

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

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

**CSST**  
CERTIFICAZIONE EDITORIALE SPECIALIZZATA E TECNICA

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

Per il periodo 1/1/2011-31/12/2011

Periodicità: TRIMESTRALE

Tiratura media: 5.000

Diffusione media: 4.859

Certificato CSST n. 2011-2225 del 27/02/12

Società di Revisione: METODO

associato a:

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

 CONFERMA

## Riflessioni e aggiornamenti sul Capitolato Tecnico Servizi di Pulizia e Sanificazione

### Riassunto

I profondi cambiamenti in atto nel servizio sanitario impongono di sottoporre a una riflessione approfondita anche il servizio di pulizia e sanificazione. Occorre ricercare nuovi livelli di efficienza e sostenibilità nell'articolazione delle prestazioni tecniche e nella garanzia dei livelli igienici e qualitativi, cercando il più possibile di evitare prestazioni ridondanti o che comportano costi di attuazione non indispensabili. Importante è puntare l'attenzione sulle modalità operative, valutando le conseguenze di modalità d'intervento innovative. In relazione a tali tendenze, si è ritenuto necessario produrre un aggiornamento specifico del Capitolato Tecnico Funzionale ed.:2011, che viene presentato nel seguente lavoro.

**Gianfranco Finzi\***, **Ugo Luigi Aparo\*\***, **Gianni De Togni\*\*\***, **Silvia Cugini\*\*\*\***

\* *Presidente Nazionale A.N.M.D.O.*

\*\* *Segretario Scientifico Nazionale A.N.M.D.O.*

\*\*\* *Libero Professionista*

\*\*\*\* *Collaboratrice A.N.M.D.O.*

### PAROLE CHIAVE:

Servizi, sanificazione, pulizia.

### EVOLUZIONE DELLO SCENARIO

Le profonde trasformazioni in atto nel servizio sanitario impongono di sottoporre a una riflessione approfondita anche il servizio di pulizia e sanificazione.

I capitolati prestazionali declinati "per aree d'intervento":

- devono essere sempre più spesso integrati da ulteriori protocolli d'intervento a fronte di specifiche patologie infettive;

- devono essere adeguati in maniera dinamica a fronte dell'evoluzione delle forme dell'organizzazione del-

le attività sanitarie (es. organizzazione per "intensità" di cura");

- devono essere sempre più dettagliati in funzione delle diverse situazioni per ottenere la migliore efficacia ed efficienza delle prestazioni previste, tenendo conto delle attuali forti spinte verso una riduzione economica del costo delle prestazioni (spending review, patto di stabilità, prezzi di riferimento A.d.V.,...) e ponendo, quindi, attenzione all'equilibrio tra i prezzi e le prestazioni.<sup>1</sup>

La sostenibilità economica dei servizi e le valutazioni che emergono da una nuova attenzione alla sostenibilità ambientale e sociale,

impongono di riflettere in modo aggiornato su una serie di "paradigmi" relativi anche alle modalità operative, acquisendo, qualora non disponibile e/o carente, adeguata e idonea documentazione tecnico scientifica atta a valutare le conseguenze di modalità d'intervento innovative. A tal proposito, nel presente documento verranno proposti alcuni ambiti di ricerca e sperimentazione.

### ADEGUAMENTO DEL CAPITOLATO TECNICO FUNZIONALE

In funzione delle tendenze accennate, abbiamo ritenuto necessario produrre un aggiornamento specifico del Capitolato Tecnico Funzionale ed.:2011, che viene quindi modificato per:

- articolare maggiormente la aree di intervento in funzione dell'evoluzione delle diverse organizzazioni presenti nelle strutture sanitarie; per tali aree i canoni contrattuali di servizio possono essere adeguatamente espressi in €\*mq\* mese.

- aggiornare le "prestazioni minime richieste" in ciascuna area e fornire una indicazione di "frequenze minime d'intervento"; questo permette di avere una maggiore confrontabilità e trasparenza nella valutazione dei costi del servizio, e può consentire di realizzare analisi di benchmark maggiormente attendibili in quanto basate su dati omogenei (ad esempio scorporando

1 In allegato (A) al presente documento viene presentata l'analisi di sostenibilità tecnica sviluppata sui valori indicati dall'AdV 2012. Tale lavoro è stato sviluppato per valutare la sostenibilità delle prestazioni connesse ai valori proposti in base ai criteri e alle impostazioni del capitolato tipo nei suoi vari aggiornamenti, e interpretando per quanto possibile in base all'esperienza tecnica gli elementi non presenti.

dai confronti le frequenze aggiuntive di intervento definite a fronte di specifiche condizioni, quali ad esempio il sovraccarico di utenza nei pronti soccorso dei principali ospedali, ecc.).

■ **dettagliare le prestazioni che non si ritengono**, in base a una osservazione attenta del settore, riconducibili al **Minimo Comune Denominatore delle prestazioni minime richieste**.

■ **aggiornare l'elenco delle prestazioni/attività/forniture che vanno considerate aggiuntive**. (i canoni dei servizi aggiuntivi possono essere adeguatamente espressi o "a corpo" o definiti "a misura" in funzione della quantità effettiva di prestazioni, servizi, forniture effettuate).

■ **descrivere i principali elementi** che nell'impostazione del capitolato tecnico comportano attività specifiche e quindi **costi significativamente diversi nell'erogazione di servizi apparentemente simili; questo elemento è essenziale per sviluppare l'efficienza delle prestazioni, a partire dalla collaborazione tra i soggetti della gestione contrattuale e ricercando soluzioni adeguate allo specifico contesto**. Un esempio: a parità di prestazioni previste, garantire la pulizia completa dell'unità paziente alla dimissione entro 20 minuti dalla richiesta, costa in genere di più che realizzare l'intervento nell'ambito delle fasce orarie dei normali interventi giornalieri di sanificazione).

■ **aggiornare le indicazioni relative agli indicatori per la valutazione dei servizi e all'adeguamento degli strumenti di controllo**. Va realizzata in particolare la coerenza tra le valutazioni dei progetti in fase di gara e i successivi riscontri in fase di esecuzione del contratto, verificando l'effettivo utilizzo delle soluzioni presentate e valutate nei progetti e valutando con attenzione le successive autorizzazioni di soluzioni ritenute equivalenti o migliorative. In fase di valutazione

tecnica va applicato il concetto di non premiare soluzioni ridondanti o non utili sia in termini quantitativi che qualitativi.

■ **prevedere e adeguare le forme di comunicazione verso i cittadini e utenti** dei servizi sanitari.

■ **fornire un primo elenco di ambiti di ricerca/attenzione/sperimentazione in funzione di nuovi livelli di efficienza e sostenibilità** definendo come obiettivo di capitolato la garanzia della salvaguardia dei livelli d'igiene in relazione alle diverse e principali specie di microrganismi potenzialmente patogeni.

Occorre pertanto ricercare nuovi livelli di efficienza e sostenibilità nell'articolazione delle prestazioni tecniche, e nella garanzia dei livelli igienici e qualitativi, cercando il più possibile di evitare prestazioni ridondanti o che comportano costi di attuazione non indispensabili. Si ritiene utile produrre e stimolare ricerche e sperimentazioni che diano evidenza con studi adeguati della possibile definizione di nuove modalità di esecuzione di alcune prestazioni:

### 1 Sostituzione dei sacchetti per i rifiuti

Attualmente le procedure prevedono in genere la raccolta dei rifiuti con sostituzione ogni volta del sacchetto di raccolta in tutte le aree, indipendentemente dal livello di riempimento, dalla rottura del sacchetto, o altro. Questa modalità è necessaria e corretta ai fini delle garanzie igieniche, della sicurezza per l'operatore, della sostenibilità ambientale, in tutte le aree, ogni volta che si esegue l'intervento (e quindi anche più volte al giorno)?

### 2 Sostituzione dei guanti per l'operatore di pulizie

Vi sono molte pratiche e procedure operative in essere, da quelle che prevedono la sostituzione molto frequente dei guanti monouso,

a quelle che prevedono la possibilità di utilizzare, con adeguata sanificazione, guanti pluriuso più resistenti. Quali sono gli standard operativi adeguati e sufficienti per garantire corrette prassi igieniche e di risultato? con quali strumenti di controllo?

Soluzioni diverse sono basate su processi operativi diversi che vanno validati e che prevedono specifici punti critici di controllo con le relative modalità.

### 3 Spazzatura e lavaggio

Attualmente i capitolati prestazionali prevedono di norma in tutte le condizioni spazzatura a umido e successivo lavaggio. Il diffuso utilizzo di materiali di microfibra di alta qualità, con modalità monouso e ricambio su piccole superfici, può permettere in molti casi di effettuare direttamente il lavaggio senza la spazzatura preliminare. Fino a che punto si può spingere tale metodologia, garantendo adeguati standard igienici del servizio? In ogni modo, come specificato all'art.3, occorre prevedere nuove forme di controllo microbiologico al fine di garantire la salvaguardia dei livelli di igiene in relazione alle diverse specie di microrganismi potenzialmente patogeni.

### 4 Modalità di spazzatura

Attualmente i capitolati prestazionali prevedono di norma in tutte le condizioni qualora prevista la spazzatura che la stessa sia eseguita a umido. Il diffuso utilizzo di materiali di microfibra di alta qualità, sta producendo sperimentazioni di spazzatura con microfibra asciutta ad alta qualità di assorbimento delle polveri. Fino a che punto si può spingere tale metodologia, garantendo adeguati standard igienici del servizio?

### 5 Lavaggio a rotazione

Aree BR (basso rischio) o altre situazioni specifiche, fino a che punto è

necessario un lavaggio allineato con le normali frequenze d'intervento? E' possibile prevedere frequenze differenziate tra diverse operazioni? (es: spazzatura e lavaggio); anche in questo caso va garantito il livello d'igiene con indicatori e forme di controllo di cui all'art.3.

## 6 Deceratura pavimenti

Ai fini della sostenibilità ambientale vi sono alcune operazioni quali la deceratura che sarebbe opportuno effettuare non "a cadenza fissa", ma qualora effettivamente necessarie, per limitare il consumo di tutte le connesse risorse umane e tecniche a favore di interventi di spray cleaning e spray buffing meno impegnativi. Quali possono essere i parametri di riferimento per tali valutazioni, nella concreta conduzione dell'appalto?

## AGGIORNAMENTO DEL CAPITOLATO

### ART. 1 – Articolazione Capitolato Tecnico

#### 1.1 TIPOLOGIA DEI SERVIZI RICHIESTI

Il servizio costituente l'oggetto dell'affidamento si può classificare nelle seguenti tipologie:

■ **SERVIZIO A CANONE:** servizio da eseguirsi nel rispetto delle prestazioni minime richieste dall'Amministrazione oltre che del progetto proposto dall'Esecutore in fase di gara, eventualmente integrati con i servizi aggiuntivi richiesti.

■ **SERVIZIO A MISURA:** servizio da eseguirsi a seguito di richiesta diretta da parte dell'Amministrazione all'Esecutore.

Rientrano in questa tipologia i seguenti servizi:

■ **Servizi a chiamata programmabili;**

■ **Servizi a chiamata non programmabili dovuti a cause imprevedibili.**

Per i servizi a misura, l'Esecutore è tenuto, una volta ricevute le richieste, a programmare e comunicare in tempo reale al Responsabile del procedimento o suo delegato, i tempi d'intervento e/o di sopralluogo, realizzare i necessari preventivi e, recepite le autorizzazioni, provvedere all'esecuzione nelle fasce orarie concordate.

#### 1.2 SERVIZI E FORNITURE OPZIONALI/ACCESSORIE

Le attività previste nei capitolati tecnici riferiti alle aree d'intervento sono integrate dai seguenti servizi/forniture opzionali che sono oggetto di voci separate nell'offerta prezzi di gara. (Personalizzare a cura della singola Amministrazione).

Per ogni servizio opzionale inserito nel Capitolato devono essere indicati: le prestazioni previste, gli elementi per quantificare le prestazioni, gli standard di servizio, eventuali protocolli o indicazioni operative da rispettare, eventuali esclusioni, ecc.

(Personalizzare a cura della singola Amministrazione).

##### 1.2.1 Servizi complementari

Rilievo e censimento architettonico, e restituzione grafica dello stesso. (Personalizzare a cura della singola Amministrazione).

##### 1.2.2 Servizi aggiuntivi

■ Pulizie dell'unità malato a richiesta alla dimissione del paziente<sup>2</sup>.

■ Pulizia dell'unità malato a richiesta per specifiche patologie infettive.

■ Pulizia della camera di degenza a richiesta per specifiche patologie infettive.

■ Servizi previsti come presidio a ore o con vincoli stringenti di fascia oraria (es. presenziamento continuo nei blocchi operatori,...).

■ Reperibilità notturna e festiva oltre i normali orari di attività nelle strutture di squadre operative<sup>3</sup> con vincolo di intervenire entro 30-60 minuti a seconda dei casi. Tale richiesta prevede due aspetti:

✓ sistema della reperibilità garantito per un numero minimo di addetti (quotabile a corpo);

✓ costo degli interventi in reperibilità effettivamente richiesti (quotabile a misura o per intervento o in funzione del "tempo di lavoro documentato nel rapporti di intervento").

■ Sgombero della neve e del ghiaccio dai marciapiedi, dai vialetti pedonali e dalle zone di immediato accesso agli edifici e alle scale esterne.

■ Servizio di lavaggio stoviglie.

■ Servizi vari di trasporto (farmaci, carrelli vitto, beni economici, pazienti, campioni biologici e istologici, documenti, ...) e facchinaggio.

■ Servizio di trasporto rifiuti oltre la vuota di reparto/servizio, oppure deposito di piano nelle strutture ospedaliere, oppure oltre il punto unico di conferimento per i presidi territoriali delle ASL.

■ Altro (da personalizzare a cura della singola Amministrazione).

2 Le modalità di intervento riguardano normalmente letto, comodino, punti luce e accessori, armadietto personale e possono essere fortemente differenziate in funzione di:

a) Pulizia delle zone libere senza rimozione del materasso

b) Pulizia completa con sostituzione del materasso

c) Pulizia completa con rimozione e sostituzione materasso previo smontaggio di elementi del letto articolato

d) Modalità organizzative di intervento nei "normali orari di presenza degli operatori di pulizie in reparto", oppure a richiesta di squadre esterne con vincoli stringenti di LQA (Livello di Qualità Accettabile) richiesti. A seconda del mix di variabili descritte il costo dell'intervento può variare in un range di 1:3

3 Si ricorda che è compresa nei canoni base la reperibilità h 24 dei responsabili di appalto

### 1.2.3 Forniture di materiali, e similari

■ Fornitura di materiale igienico sanitario per i servizi igienici (carta igienica, carta asciugamani, sapone liquido,...).

■ Fornitura, installazione e manutenzione di apparecchiature igienico sanitarie (distributori carta igienica, salviette asciugamani,...)

■ Fornitura e consegna, ai reparti/ servizi, di appositi contenitori mono-uso o riutilizzabili, per la raccolta dei rifiuti sanitari pericolosi e non pericolosi.

■ Fornitura ai reparti/ servizi di seguito elencati di appositi contenitori per la raccolta differenziata dei rifiuti assimilati agli urbani (vetrocarta-plastica, etc.).

■ Altro (da personalizzare a cura della singola Amministrazione).

### 1.2.4 Esclusioni dal servizio:

■ La sanificazione e pulizia dei seguenti elementi:

■ piani di lavoro ingombri;

■ apparecchiature elettromedicali, diagnostiche e postazioni computer;

■ locali specifici quali vani tecnologici, locali di servizio gestiti da

| Dati                               | Q.tà | Anno |
|------------------------------------|------|------|
| Posti letto Degenza M.R. e dialisi |      |      |
| Posti letto Degenza A.R.           |      |      |
| Posti letto Degenza Day Hospital   |      |      |
| Trattamenti dialitici              |      |      |
| Accessi ai Pronto Soccorso         |      |      |
| Numero dei Dipendenti              |      |      |
| N° annuo ricoveri/dimissioni       |      |      |
| Durata media degenza               |      |      |

scheda1

terzi, etc. che verranno scorporati nell'anagrafica gestionale del servizio;

■ altro (da personalizzare a cura della singola Amministrazione)

### ART. 2 - Volumi rappresentativi dell'appalto

**2.1 CATEGORIE E DIMENSIONI**  
Ai fini di dimensionare i servizi, può essere utilizzata la scheda1.

#### 2.1.1 Servizio di sanificazione ambientale

Servizio di Pulizia e Sanificazione ambientale

Ulteriori informazioni sono desumibili dai dati relativi ai posti letto per Unità Operativa, dalle Planimetrie dell'intera struttura e da quanto allegato al presente documento.

Si precisa che i dati relativi all'attività dell'Amministrazione sono da intendersi puramente indicativi e quindi non vincolanti al fine della progettazione del servizio.

#### 2.2 SUDDIVISIONE DELLE DIVERSE MACROAREE E SOTTO AREE

Al fine di consentire all'Amministrazione un'adeguata persona-

| AAR - Comparti operatori e assimilabili           |   | Freq. minime | Ulteriori freq. richieste <sup>1</sup> |
|---|---|--------------|--|
| AAR1- Sale operatorie                             | Sale operatorie e zone pulite del comparto operatorio | 10/7         |  |
|   | Sale parto  | 7/7          |  |
| AAR2- Comparti operatori                          | Altre zone del comparto operatorio                    | 10/7         |  |
| AAR3- Ambulatori attività invasiva e sale dialisi | Ambulatori attività invasiva e sale dialisi           | 12/7         |  |
| Attività di presidio nei comparti operatori       |   |              |  |

| AR- Zone a alto rischio / alta intensità di cura |   | Freq. minime | Ulteriori freq. richieste <sup>4</sup> |
|--|---|--------------|--|
| AR1- Degenze AR                                  | Reparti A.R.(alto rischio) e B.C.M. (bassa carica microbica), T.I. (terapia intensiva), Rianimazione, ... | 14/7         |  |
| AR2- Zone a protocollo                           | Zone a protocollo speciale (elencare le zone a cura della singola amministrazione)                        | 6/7          |  |

## MR- Zone a medio rischio / media intensità di cura

|                     |   | Freq. minime | Ulteriori freq. richieste <sup>4</sup> |
|---------------------|---|--------------|--|
| MR1- Degenze MR     | Reparti degenza a medio rischio                                       | 14/7         |  |
| MR2- Aree sanitarie | Servizi sanitari (ambulatori, laboratori, radiologie ed assimilabili) | 5-6/7        |  |
|                     | Servizi sanitari a frequenza ridotta (specificare)                    |              |  |

## BR- Zone a basso rischio

|  |  | Freq. minime | Ulteriori freq. richieste <sup>4</sup> |
|--|--|--------------|--|
| BR1- Percorsi collegamento             | Percorsi di collegamento principali delle aree comuni <sup>5</sup>   | 14/7         |  |
| BR2- Uffici e assimilabili             | Uffici, aree amministrative, sale riunioni, aule...                  | 3/7          |  |
| BR3- aree servizio a frequenza ridotta | Archivi a frequente utilizzo, depositi, scale sicurezza esterne, ... | 1/7          |  |
| BR4- Aree tecniche                     | Centrali, depositi, archivi senza operatori, ...                     | 1/30         |  |

## AE- Aree esterne

|   |  | Freq. minime | Ulteriori freq. richieste <sup>4</sup> |
|---|--|--------------|--|
| AE1- Zone esterne pavimentate e percorsi pedonali | Accessi edifici, ...                                     | 3/7          |  |
| AE2- Strade interne e parcheggi                   | Strade interne e parcheggi, marciapiedi perimetrali, ... | 1/7          |  |
| AE3- Aree a verde                                 | Aree a verde   | 1/7          |  |

## Elenco prestazioni / attività / forniture aggiuntive.

|   |  | Freq. minime | Ulteriori freq. richieste <sup>4</sup> |
|---|--|--------------|--|
| (elencare le zone a cura della singola amministrazione) |  |              |  |
|   |  |              |  |
|   |  |              |  |

lizzazione dei servizi e dei livelli qualitativi, le aree sanitarie ed extra sanitarie sono state suddivise in macro aree la cui ripartizione è riportata di seguito.

L'Amministrazione potrà identificare all'interno di ciascuna area delle ulteriori sotto aree aventi caratteristiche specifiche o esigenze particolari (personalizzare a cura della singola Amministrazione sia come articolazione che come

ulteriori frequenze di intervento richieste).

Sulla base delle differenti caratteristiche ed esigenze delle aree in cui dovranno essere erogati i servizi, l'Esecutore dovrà predisporre un piano operativo specificando le operazioni e le modalità d'intervento sia del servizio di sanificazione giornaliera che periodica.

L'Esecutore, in sede progettua-

le ha la possibilità di integrare le prestazioni minime richieste dall'Amministrazione, predisponendo un piano di miglioramento delle stesse e delle loro frequenze, tenendo presente che non saranno premiate prestazioni sovrabbondanti o superflue.

Sono comprese nel servizio, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le seguenti prestazioni essenziali:

1. gestione di una Centrale Opera-

<sup>4</sup>(dettagliare a cura della singola Amministrazione; sono inoltre possibili anche situazioni puntuali o specifiche nelle quali le frequenze minime possono essere ulteriormente ridotte in funzione delle caratteristiche di utilizzo)

<sup>5</sup> I corridoi dei reparti e delle zone sanitarie sono classificati assieme ai reparti (tipologia e frequenza di intervento)

tiva per la ricezione delle richieste di intervento;

2. progettazione e gestione di un Sistema Informativo in relazione ai servizi forniti.

### 2.3 SERVIZIO DI PULIZIA E SANIFICAZIONE AMBIENTALE

Si elencano a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni minime richieste:

■ La sanificazione giornaliera e periodica dei locali appartenenti alle aree oggetto dell'appalto e di quanto in essi contenuto.

■ Interventi urgenti di sanificazione dovuti a cause imprevedibili.

■ La sanificazione di oscuranti in genere, di tutte le superfici illuminanti (superfici vetrate e relative intelaiature, etc.) sia interne che esterne, delle superfici ventilanti (griglie di aerazione, apparecchi di riscaldamento/condizionamento, etc.).

■ La pulizia/sanificazione delle aree esterne quali:

- Porticati;
- Marciapiedi perimetrali degli edifici;
- Rampe di accesso e uscita coperte o scoperte e aree di accesso dei Pronto Soccorso;
- Cavedi o scannafossi perimetrali degli edifici;
- Percorsi pedonali di viabilità.

Tutte le informazioni riferite alle aree oggetto del servizio sono contenute nel capitolato e negli allegati, i dati relativi alle dislocazioni e alle dimensioni delle diverse Aree, Reparti e Locali possono essere ricavati dalle planimetrie, ulteriori informazioni e dati necessari per la progettazione del servizio possono essere richiesti e desunti da sopralluoghi sul campo.

### 2.4 SPECIFICHE DEL SERVIZIO

L'Esecutore, nella progettazione e svolgimento del servizio, è tenuto a rispettare le prescrizioni di seguito riportate al fine di garantire un risultato di livello

igienico adeguato alla diversa destinazione d'uso delle aree. Le specifiche del servizio sono articolate in funzione alla seguente suddivisione delle aree interne alla struttura ospedaliera:

■ AAR - Comparti operatori e assimilabili

■ AR- Zone a alto rischio/alta intensità di cura

■ MR- Zone a medio rischio/ media intensità di cura

■ BR- Zone a basso rischio

■ AE- Aree esterne

### 2.5 CRITERI DI IMPOSTAZIONE DEL SERVIZIO E DELLE AREE UTILIZZATE

Al fine di favorire una effettiva confrontabilità e omogeneità delle prestazioni richieste si ritiene utile chiarire che:

■ I corridoi di riferimento delle UU.OO. (Unità Operative) reparti sono classificate come le UU.OO/ reparti in termini di frequenza e prestazioni; la classificazione dei percorsi di collegamento è quindi riferita agli spazi comuni di collegamento e corridoi principali delle strutture.

■ Le superfici dei locali sono calcolate come superfici al netto dei muri esterni e divisori.

■ I criteri da utilizzare nell'utilizzo dei disinfettanti sono specificati al punto seguente.

■ Raccolta differenziata: nell'ambito di un criterio più generale in base al quale la migliore efficienza si ottiene con la corresponsabilizzazione e la collaborazione tra Committente e Fornitore, si prevede che per alcune tipologie di raccolta differenziata (carta, plastica, vetro, ecc.) il servizio vada impostato per reparto o zona, e non per la singola stanza o postazione di lavoro.

### 2.6 MODALITA' DI ESECUZIONE DEL SERVIZIO

Le metodologie di lavoro devono garantire:

■ La sanificazione dei locali, degli arredi e delle attrezzature in essi contenuti, in rapporto alla loro specifica destinazione d'uso, al fine di garantire l'igiene ambientale degli stessi con efficacia rilevabile e misurabile con tecniche e metodiche atte a individuare la carica microbica ambientale potenzialmente patogena per mantenerla compressa nel tempo.

■ Il mantenimento delle caratteristiche fisiche ed estetiche di tutte le superfici soggette al servizio di pulizia.

**Nelle aree a Basso e Medio Rischio** le prestazioni minime considerate prevedono l'esecuzione della sanificazione ordinaria con un unico passaggio (*spolveratura ad umido per quanto riguarda arredi ed attrezzature, scopatura- lavaggio per quanto riguarda i pavimenti*) di detergente o detergente disinfettante secondo quanto richiesto dalla D.M.O. (Direzione Medica Ospedaliera).

**Nelle Aree relative a sale operatorie, locali di terapia intensive, aree ad Alto Rischio Infettivo ed a B.C.M.** (Bassa Carica Microbica), ove prevista la disinfezione, la stessa può essere eseguita con un unico passaggio (*operazione di deterzione- disinfezione*) nel caso di utilizzo di prodotti detergenti-disinfettanti classificati PMC.

In tutte le aree anche la prestazione minima con un unico passaggio deve soddisfare i requisiti igienici, ovvero mantenere la carica microbica potenzialmente patogena a livelli bassi e stabili nel tempo.

### 2.7 SANIFICAZIONE GIORNALIERA E PLURIGIORNALIERA

Sono comprese nelle operazioni di sanificazione giornaliera e plurigiornaliera le seguenti prestazioni:

| Classificazione aree di intervento e interventi a richiesta / extra   | Aree AA.R  |            |                              | Aree AR                                   |   | Aree MR                    |                                    | Aree RR  |                      |  |   | Aree esterne                      |               |  |                            |              |
|---|--|------------|------------------------------|---|---|----------------------------|------------------------------------|--|----------------------|--|---|-----------------------------------|---------------|--|----------------------------|--------------|
|   | Sole operatori "area pulizie" compagni operatori | Solo parte | Compiti operatori altre zone | Attività attività lavorativa e solo obbl. | Imparti A.R. e B.C.M.J.L. (Rinnovazione...) | Zone a protocollo speciale | Imparti di dipendenza, D.A., D.S., | Avvisatori, laboratori, radiologie, e strumentali, | Spogliatoi personale | Permane di collegamento ad elevata intensità di traffico | Aree estratturature asservite ad uffici | Aree servizio a frequenza ridotta | Aree tecniche | Zone esterne pavimentate e percorsi pedonali | Strada interne e parcheggi | Aree a verde |
| <b>Raccolta rifiuti</b>   |  |            |                              |   |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Raccolta di sacchetti in plastica contenenti rifiuti ed il posizionamento all'interno dei cestini porta carta e porta rifiuti di nuovi sacchetti.   |  |            | 10/7                         | 10/7                                      | 14/7  | 14/7                       | 14/7                               | 6/7  | 14/7                 | 13/7   | 3/7                                     | 1/7                               | 1/30          | 3/7  | 1/7                        | 1/7          |
| - Ripristino dei rifiuti prodotti e raccolti durante le attività di pulizia ad opera ambientale nei punti di deposito temporaneo provvisori.  |  |            | 10/7                         | 10/7                                      | 14/7  | 14/7                       | 14/7                               | 6/7  | 14/7                 | 13/7   | 3/7                                     | 1/7                               | 1/30          | 3/7  | 1/7                        | 1/7          |
| <b>Deterzione arredi e superfici orizzontali e verticali oggetto di pulizia manuale</b>   |  |            |                              |   |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Applicazione dei locali della apparecchiatura e degli arredi rimovibili.  | 5/7  | 5/7        |                              |   |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Sanificazione generale di esecutori e frangipane in tutti i locali.   | 5/7  | 5/7        | 5/7                          | 5/7                                       |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Disinfezione di tutte le superfici orizzontali fino ad un'altezza massima di 2 metri (maxima).  | 5/7  |            |                              |   |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Pulizia e disinfezione di tutte le superfici orizzontali e verticali (incluse le superfici interne degli arredi e delle apparecchiature sia fissa che mobile).  | 5/7  | 5/7        |                              |   |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Disinfezione di tutte le superfici orizzontali e verticali fino ad un'altezza massima di 2 metri ad esclusione delle superfici interne degli arredi.  |  |            | 5/7                          | 5/7                                       |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Pulizia arredi e superfici orizzontali - pulizia verticali s.n.   |  |            |                              |   | 7/7   |                            | 7/7                                | 6/7  | 7/7                  | 7/7  | 3/7                                     | 1/7                               | 1/30          |  |                            |              |
| - Pulizia superfici di contatto comuni (maniglie, interruttori, tavoli, sedie, poltrone, porte...)  |  |            |                              |   | 7/7   |                            | +7/7 s.n.                          |  | +7/7 s.n.            |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Disinfezione e trattamento del letto del mezzo di guardia.  |  |            |                              |   | 7/7   |                            | 7/7                                |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Riordinazione all'interno dei locali degli arredi e delle attrezzature precedentemente rimosse.   | 5/7  | 5/7        |                              |   |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| <b>Pulizia unità mobile</b>   |  |            |                              |   |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Pulizia e successiva disinfezione dell'unità portante della consolle, armadio, esclusivamente le superfici esterne.   |  |            |                              |   | 7/7   |                            | 7/7                                |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| <b>Pavimenti</b>  |  |            |                              |   |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Asciugatura ad umido  | 10/7   | 5/7        | 5/7                          | 12/7                                      | 14/7  |                            | 7/7                                | 6/7  | 7/7                  | 13/7   | 3/7                                     | 1/7                               | 1/30          | 3/7  | 1/7                        | 1/7          |
| - Spazzatura / aspirazione aree esterne   |  |            |                              |   |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Lavaggio  | 5/7  | 5/7        | 5/7                          | 12/7                                      | 14/7  |                            | 7/7                                | 6/7  | 7/7                  | 7/7  | 3/7                                     | 1/7                               | 1/30          |  |                            |              |
| - Lavaggio s.n.   |  |            |                              |   |   |                            | +7/7                               |  | +7/7                 |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Raccolta rifiuti  |  |            |                              |   |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               | 3/7  | 1/7                        | 1/7          |
| <b>Servizi igienici</b>   |  |            |                              |   |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |
| - Disinfezione nei servizi igienici delle superfici orizzontali e verticali dagli arredi, degli interruttori e relative rubinetterie, delle maniglie delle porte e dei comandi del materiale igienico di consumo. | 5/7  | 5/7        | 5/7                          | 5/7                                       | 14/7  |                            | 14/7                               | 6/7  | 14/7                 | 14/7   | 6/7                                     | 1/7                               | 1/30          |  |                            |              |
| - Asciugatura ad umido  |  |            | 5/7                          | 12/7                                      | 14/7  |                            | 14/7                               | 6/7  | 14/7                 | 14/7   | 3/7                                     | 1/7                               | 1/30          |  |                            |              |
| - Lavaggio / disinfezione   |  |            | 5/7                          | 12/7                                      | 14/7  |                            | 14/7                               | 6/7  | 14/7                 | 14/7   | 3/7                                     | 1/7                               | 1/30          |  |                            |              |
| <b>Rifornimento materiali igienici</b>  |  |            |                              |   |   |                            |                                    |  |                      |  |   |                                   |               |  |                            |              |

Le operazioni di sanificazione periodica sono da eseguirsi secondo frequenze differenziate rispetto alle diverse Aree, al grado di formazione di sporco, al tipo di attività e all'intensità di traffico.

## 2.7 Pulizie manutentive aree esterne

Per pulizie manutentive ordinarie e continuative delle Aree Esterne s'intende l'insieme delle operazioni necessarie per l'eliminazione dei rifiuti e dello sporco grossolano quale carta, cartoni, foglie, mozziconi di sigarette, etc. dai piazzali, dalle strade, dai passaggi pedonali, dai marciapiedi, dai porticati e dalle rampe esterne, attraverso l'utilizzo di attrezzature, macchine e prodotti chimici in grado

di salvaguardare lo stato d'uso e la natura dei diversi substrati. Sono comprese nelle Pulizie ordinarie e continuative delle aree esterne la vuotatura dei cestini porta rifiuti mediante asportazione dei sacchetti in plastica e la ricollocazione di nuovi sacchetti all'interno dei cestini.

### ART. 3 Indicatori, valutazione dei servizi e adeguamento degli strumenti di controllo

Gli indicatori definiti nel paragrafo dei controlli devono essere integrati con quelli di tipo microbiologico; lo stesso vale anche per le strutture che eseguono controlli secondo lo standard ANMDO CERMET.

Va rilevato per le strutture che eseguono controlli secondo lo

standard ANMDO CERMET, non vi sono variazioni da attuare nell'impostazione dei controlli.

Va rilevato per le strutture che eseguono controlli ai sensi della norma UNI EN 13549:2003, che nei casi in cui vengano definite rimodulazioni del servizio che comportano riduzioni della frequenze delle attività giornaliere o periodiche, potrebbero determinarsi condizioni che

- Rendono necessaria la ritaratura dei valori di soglia nelle diverse schede in funzione delle nuove modalità / frequenze di intervento

- Aumentano i casi nei quali la valutazione di un elemento specifico diventa nei fatti "non valutabile", aumentando le possibilità o condizioni di re inquinamento o similari, con il conseguente spo-

| Classificazione aree di intervento e interventi a richiesta / extra   | Aree A.A.R.  |            |                               |  | Aree A.R.  |                            | Aree M.R.                        |   |                      | Aree B.R.   |  |                                   |               | Aree esterne                                    |                            |              |
|---|--|------------|-------------------------------|--|--|----------------------------|----------------------------------|---|----------------------|---|--|-----------------------------------|---------------|---|----------------------------|--------------|
|   | Sale operatorie e "rima pulita" comparti operatori | Sale parto | Comparti operatori altre zone | Ambulatori attività ambulatoria e sale di attesa | Registri A.R. e B.C.M., T.L., identificazione, ... | Zone a protocollo speciale | Registri di degenza, D.H., D.S., | Ambulatori, laboratori, radiologia, e accomodati, | Spogliatoi personale | Pericoli di collegamento nel circuito interno di traffico | Aree extrastrutturali assimilabili ad uffici | Aree servizio a frequenza ridotta | Aree tecniche | Zone esterne pavimentate e periferie padiglioni | Strade interne e parcheggi | Aree a verde |
| Costante affollamento di materiale igienico di con sumo, quale carta igienica, sapone liquido, salviette e carta, negli ascensori (contenitori/recipienti)  | 5/7  | 5/7        | 5/7                           | 5/7  | 14/7   |                            | 14/7                             | 6/7   | 14/7                 | 14/7  | 6/7 (comuni), oppure 1/7 singoli             | 1/7                               | 1/30          |   |                            |              |
| Raccolta e smaltimento degli avanzi (contenitori contenenti assorbenti igienici)  | 5/7  | 5/7        | 5/7                           | 5/7  | 14/7   |                            | 14/7                             | 6/7   | 14/7                 | 14/7  | 6/7 (comuni), oppure 1/7 singoli             | 1/7                               | 1/30          |   |                            |              |
| <b>Comari</b>   |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   |                      |   |  |                                   |               |   |                            |              |
| Decorazione, l'asportazione di eventuale materiale organico e la successiva pulizia e disinfezione della superficie interessata.  | S.N.   | S.N.       | S.N.                          | S.N.   | S.N.   | S.N.                       | S.N.                             | S.N.  | S.N.                 | S.N.  | S.N.   | S.N.                              | S.N.          |   |                            |              |
| <b>Sanificazione periodica</b>  |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   |                      |   |  |                                   |               |   |                            |              |
| Risanamento completo  | 1/7  | 1/7        | 1/30                          | 1/30   | 1/30   | S.N.                       |                                  |   |                      |   |  |                                   |               |   |                            |              |
| Pulizia accurata unità malato box o camera degenza (*)  |  |            |                               |  |  | diminuzione                |                                  |   |                      |   |  |                                   |               |   |                            |              |
| <b>Arredi e superfici orizzontali e verticali</b>   |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   |                      |   |  |                                   |               |   |                            |              |
| • Detersione e disinfezione/sanitizzazione di tutte le superfici orizzontali e verticali senza limiti di altezza (incluse le superfici interne degli armadi e delle apparecchiature via linea (che sono)) |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   | 3x/a                 | 2x/a  | 2x/a   | 2x/a                              | 2x/a          | 1x/a  | 1x/a                       |              |
| • Detersione apparecchi di illuminazione  |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   | 3x/a                 | 2x/a  | 1x/a   | 1x/a                              | 1x/a          | 1x/a  | 1x/a                       |              |
| <b>Superfici vetrate e relativi sistemi occorrenti</b>  |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   |                      |   |  |                                   |               |   |                            |              |
| • Detersione dei vetri esterni (encometri/le fasce) e dei relativi telai e serramenti   |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   | 4x/a                 | 4x/a  | 2x/a   | 2x/a                              | 2x/a          | 2x/a  | 2x/a                       |              |
| • Resaturatura e detersione dei rilievi esterni   |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   | 4x/a                 | 4x/a  | 2x/a   | 2x/a                              | 2x/a          | 2x/a  | 2x/a                       |              |
| • Detersione dei vetri interni, sopralluce di porte, divisioni e vetri  |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   | 4x/a                 | 2x/a  | 2x/a   | 2x/a                              | 2x/a          | 1x/a  | 1x/a                       |              |
| • Detersione tende veneziane/soffitti   |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   | 2x/a                 | 2x/a  | 1x/a   | 2x/a                              | 2x/a          | 1x/a  | 1x/a                       |              |
| <b>Pavimenti</b>  |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   |                      |   |  |                                   |               |   |                            |              |
| • Detersione a fondo dei pavimenti  |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   | 3x/a                 | 2x/a  | 2x/a   | 3x/a                              | 2x/a          | 1x/a  | 1x/a                       |              |
| • Resaturatura e invernatura  |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   | 1x/a                 | 1x/a  | 1x/a   | 1x/a                              | 1x/a          | S.N.  |                            |              |
| • Applicazione trattamento dei pavimenti (Zona cleaning/area buffing)   |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   | 12x/a                | 12x/a   | 12x/a  | 12x/a                             | 12x/a         | 6x/a  |                            |              |
| <b>Servizi igienici</b>   |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   |                      |   |  |                                   |               |   |                            |              |
| • Pulizia a fondo compiuta dai tecnici servizi igienici   |  |            |                               |  |  |                            |                                  |   | 12x/a                | 12x/a   | 2x/a   | 12x/a                             | 12x/a         | 2x/a  |                            |              |

stamento dell'equilibrio statistico nella valutazione delle schede. Si suggerisce quindi in entrambi i casi di procedere con una nuova fase di taratura del sistema che punti a definire valori concordati tra le parti. In relazione a quanto descritto al punto 3 (spazzatura e lavaggio) e al punto 5 (lavaggio a rotazione) occorre pertanto prevedere nuove forme di controllo microbiologico quale indicatore integrativo delle modalità di controllo di cui al presente art.3.

**ART. 4 Forme di comunicazione verso i cittadini ed utenti**

La riduzione delle frequenze d'intervento e la rimodulazione degli interventi in atto in molte strutture sanitarie comporta la necessità di fornire adeguata informazione ai cittadini / utenti dei servizi in modo di mantenere il più possibile allineate le aspettative verso i servizi con i reali contenuti pre-

visti per i servizi stessi. Si suggerisce quindi di predisporre adeguate comunicazioni:

- Nel portale di appalto / commessa prevedendo un' apposita sezione informativa verso i cittadini sui contenuti del servizio;
  - Nelle procedure di accoglienza in occasione dei ricoveri nelle strutture;
  - Nella grafica informativa nelle UU.OO. di degenza e nei servizi sanitari;
  - Per promuovere collaborazione diretta al mantenimento degli standard previsti (corretto utilizzo servizi igienici, rispetto raccolta differenziata,...), e alla segnalazione di esigenze puntuali, situazioni che richiedono interventi mirati.
- Si ritiene necessario evidenziare le iniziative realizzate per garantire una differenziazione degli interventi, mirata ai migliori standard nelle zone sanitarie ad Alto rischio e nei comparti operatori.

**BIBLIOGRAFIA**

1. G. Finzi, U.L. Aparo, A. Carbone, A. Scarmozzino, Et al, "Documento ANMDO in tema di governance clinica: ruolo e compiti della Direzione Sanitaria aziendale e della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero", in "L'Ospedale", n. 4 Ottobre-Dicembre 2012.
2. <http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=232&menu=qualita>
3. Rampling A, Wiseman S, Davis L, Hyett AP, Walbridge AN, Payne GC, Cornaby AJ., "Evidence that hospital hygiene is important in the control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus", in "J Hosp Infect." 2001 Oct;49(2):109-16.
4. DH, Revised Guidance on Contracting for Cleaning.
5. Steve Davies, "Fragmented management, hospital contract cleaning and infection control", in "Policy & Politics" vol 38 no 3 • 445-63 (2010).

| Costi orari tabellari (al 1/1/2013 - non comprendono aumento dal 1/3/13 e integrativi vari presenti in Italia) |    |         |     |
|--|----|---------|-----|
|  | 2° | € 15,59 |     |
|  | 3° | € 16,33 |     |
|  | 4° | € 17,19 |     |
| Costo medio stimato ordinario (0,75 2° + 0,75 3° + 0,75 4° / 3)  |    | € 15,71 |     |
| Costi diretti ed indiretti   |    |         | 20% |
| tot costo orario medio   |    | € 18,85 |     |

|                    |                                      |
|--------------------|--------------------------------------|
| euro/mq intervento | 18,85 (valore da tab "costo orario") |
|--------------------|--------------------------------------|

| Prezzi di riferimento Adv | Valore per intervento*gg | rese totali | periodiche medie | rese giornaliere | Stima rese di ciascun intervento |            |         |    |     |
|---------------------------|--------------------------|-------------|------------------|------------------|----------------------------------|------------|---------|----|-----|
|                           |                          |             |                  |                  | fine seduta operatoria           | pre-seduta |         |    |     |
| Altissimo rischio         | 14/7                     | 6,48        | 0,1065           | 177              | 10%                              | 197        | (media) | 90 | 303 |
| Alto rischio              | 7/7                      | 3,48        | 0,1144           | 165              | 10%                              | 183        |         |    |     |
| Medio rischio             | 7/7                      | 2,29        | 0,0753           | 250              | 10%                              | 278        |         |    |     |
| Basso rischio             | 5/7                      | 1,23        | 0,0586           | 322              | 8%                               | 350        |         |    |     |
| Area esterna              | 1/7                      | 0,08        | 0,0185           | 1021             | n.v.                             | 1021       |         |    |     |

All. A: Analisi servizio in base ai valori indicati AvC

| CATEGORIA   | ALTISSIMO RISCHIO                                  |   | ALTO RISCHIO  |   | MEDIO RISCHIO                     |   | BASSO RISCHIO                          |   | AREE ESTERNE                           |  |  |
|---|--|---|---|---|-----------------------------------|---|--|---|--|--|--|
|   | GIORNALIERE<br>Frequenza 14/7                      | n° Int.   | GIORNALIERE<br>Frequenza 7/7                                      | n° Int.   | GIORNALIERE<br>Frequenza 7/7      | n° Int.   | GIORNALIERE<br>Frequenza 5/7           | n° Int.   | GIORNALIERE<br>Frequenza 1/7           | n° Int.                                |  |
| PRE SEDUTA prestazioni  | POST SEDUTA prestazioni                            |   | prestazioni previste  |   | prestazioni previste              |   | prestazioni previste                   |   | prestazioni previste                   |  |  |
| 1   | Cestini locali operatori                           | 1   | Cestini   | 1   | Cestini                           | 1   | Cestini                                | 1   | Cestini                                | 1                                      |  |
| 2   | Arredi locali operatori (deter-disinfestazione)    | 2   | Arredi e pareti (deter-disinfestazione) (oppia limito 0,5 mt²/20) | 2   | Arredi (fino a 1,80 mt)           | 2   | Arredi (fino a 1,80 mt)                | 2   | Arredi (fino a 1,80 mt)                | 2                                      |  |
| 3   | Sanitari (deter-disinfestazione)                   | 3   | Sanitari (deter-disinfestazione, disinfezione)                    | 3   | Sanitari (deter-disinfestazione)  | 3   | Sanitari (deter-disinfestazione)       | 3   | Sanitari (deter-disinfestazione)       | 3                                      |  |
| 4   | Pavimenti locali operatori (deter-disinfestazione) | 4   | Pavimenti (accoppiatura, deter-disinfestazione)                   | 4   | Pavimenti (deter-disinfestazione) | 4   | Pavimenti                              | 4   | Pavimenti s.n.                         | 4                                      |  |
| 5   | Materiale igienico s.n.                            | 5   | Materiale igienico  | 5   | Materiale igienico                | 5   | Pavimenti s.n. (deter-disinfestazione) | 5   | Pavimenti s.n. (deter-disinfestazione) | 5                                      |  |
| PERIODOICHE   |  | PERIODOICHE   |   | PERIODOICHE   |                                   | PERIODOICHE   |  | PERIODOICHE   |  | PERIODOICHE                            |  |
| VETRI   |  | VETRI   |   | VETRI   |                                   | VETRI   |  | VETRI   |  | VETRI                                  |  |
| RISANAMENTO   |  | RISANAMENTO   |   | RISANAMENTO   |                                   | RISANAMENTO   |  | RISANAMENTO   |  | RISANAMENTO                            |  |
| Frequenza 12 X  |  | Frequenza 4 X   |   | Frequenza 4 X   |                                   | Frequenza 2 X   |  | Frequenza 2 X   |  | Frequenza 1 X                          |  |
| PRESTAZIONI AGGIUNTIVE  |  | PRESTAZIONI AGGIUNTIVE  |   | PRESTAZIONI AGGIUNTIVE  |                                   | PRESTAZIONI AGGIUNTIVE  |  | PRESTAZIONI AGGIUNTIVE  |  | PRESTAZIONI AGGIUNTIVE                 |  |
| Interventi di ripristino s.n. tra un intervento e un altro            |  | 2° intervento di ripristino   |   | 2° intervento di ripristino   |                                   | 2° intervento di ripristino   |  | Risanamento semestrale  |  | Spargimento sale nel periodo invernale |  |
| Interventi di ripristino s.n. tra un intervento e un altro (notturno) |  | 2° intervento completo  |   | 2° intervento completo  |                                   | 2° intervento completo  |  | Vetri quadriestrali   |  | Spazzatura neve                        |  |
| Risanamenti mensili   |  | Risanamenti trimestrali   |   | Risanamenti trimestrali   |                                   | Risanamenti trimestrali   |  | Risanamento quadrimestrale  |  | Frequenze aggiuntive / altri servizi   |  |
| Allontanamento rifiuti speciali al punto di raccolta/area ecologica   |  | Vetri trimestrali   |   | Vetri trimestrali   |                                   | Vetri trimestrali   |  | Vetri quadriestrali   |  | Fornitura materiale economico          |  |
| Allontanamento biancheria sporca alla lavanderia                      |  | Presidio/ o altri servizi   |   | Presidio/ o altri servizi   |                                   | Presidio/ o altri servizi   |  | Presidio/ o altri servizi   |  | Frequenze aggiuntive / altri servizi   |  |
| Fornitura materiale economico   |  | Lacande in orario di intervento ordinario                           |   | Lacande in orario di intervento ordinario                           |                                   | Lacande in orario di intervento ordinario                           |  | Lacande a chiamata  |  |  |  |
|   |  | Lacande a chiamata  |   | Lacande a chiamata  |                                   | Lacande a chiamata  |  | Rifacimento letto medico di guardia                                 |  |  |  |
|   |  | Rifacimento letto medico di guardia                                 |   | Rifacimento letto medico di guardia                                 |                                   | Rifacimento letto medico di guardia                                 |  | Rifacimento letto medico di guardia                                 |  |  |  |
|   |  | Smontaggio/montaggio/savaggio tende                                 |   | Smontaggio/montaggio/savaggio tende                                 |                                   | Smontaggio/montaggio/savaggio tende                                 |  | Smontaggio/montaggio/savaggio tende                                 |  |  |  |
|   |  | Allontanamento rifiuti speciali al punto di raccolta/area ecologica |   | Allontanamento rifiuti speciali al punto di raccolta/area ecologica |                                   | Allontanamento rifiuti speciali al punto di raccolta/area ecologica |  | Allontanamento rifiuti speciali al punto di raccolta/area ecologica |  |  |  |
|   |  | Allontanamento biancheria sporca alla lavanderia                    |   | Allontanamento biancheria sporca alla lavanderia                    |                                   | Allontanamento biancheria sporca alla lavanderia                    |  | Allontanamento biancheria sporca alla lavanderia                    |  |  |  |
|   |  | Fornitura materiale economico                                       |   | Fornitura materiale economico                                       |                                   | Fornitura materiale economico                                       |  | Fornitura materiale economico                                       |  |  |  |
|   |  | Interventi per Clostridium, ecc.                                    |   | Interventi per Clostridium, ecc.                                    |                                   | Interventi per Clostridium, ecc.                                    |  | Interventi per Clostridium, ecc.                                    |  |  |  |
|   |  | Interventi in epidermide notturna                                   |   | Interventi in epidermide notturna                                   |                                   | Interventi in epidermide notturna                                   |  | Interventi in epidermide notturna                                   |  |  |  |

- BMA (British Medical Association) (2005) "Cleaner hospitals – more important to patients than choice", Press Release, 26 June, <http://web2.bma.org.uk/pressrel.nsf/wlu/SGOY-6DNJMA> OpenDocument&vu=ufmms.
- I quaderni FIASO, "Primi risultati economici dell'applicazione del DL sulla "Spending Review" nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale", Dicembre 2012.
- Autorità di Vigilanza sui Contratti

- Publici, "Guida alla lettura dei prezzi di riferimento in ambito sanitario", pubblicata sul sito internet: [www.avcp.it](http://www.avcp.it) (ultimo aggiornamento web 6 dicembre 2012).
- "L'Igiene ambientale in sanità - Linee guida per i sistemi di esecuzione e controllo dei servizi di igiene ambientale per AO e ASL".
- Tribunale Amministrativo del Lazio, Sezione III, Sentenza n. 04401 del 2013.

- French Federation of Cleaning Industries (FEP), "Charte du Mieux Disant: Privilégier la Qualité, c'est bien calculé".
- G. Finzi, U.L. Aparo, G. De Togni, S. Cugini, "Spending review e servizi di pulizia. Come mantenere la qualità delle prestazioni." In "L'Ospedale", n. 2 Aprile-Giugno 2013.

# 39° Congresso Nazionale ANMDO

## Politica, economia e technè: per quale sanità

25 -27 settembre 2013 Roma

Stiamo vivendo un periodo di grande cambiamento in cui si fa un gran parlare di spending review, ovvero di revisione della spesa pubblica. Senza entrare nel merito dell'originalità dell'interpretazione italiana del concetto di spending review, la sua definizione canonica è la seguente: "processo diretto a migliorare l'efficienza e l'efficacia della macchina statale nella gestione della spesa pubblica attraverso la sistematica analisi e valutazione delle strutture organizzative, delle procedure di decisione e di attuazione, dei singoli atti all'interno dei programmi, dei risultati".

La peculiare interpretazione italiana di tale revisione ha individuato nella Sanità una priorità su cui intervenire, considerandola un enorme buco nero per le finanze nazionali. L'ANMDO non può condividere tale impostazione. La Sanità è una componente e una competenza essenziale dei sistemi sociali. È governata dalla politica ed è soggetta alle evoluzioni economiche e tecnologiche. Non solo non è un buco nero finanziario, ma rappresenta un grande elemento di sviluppo per il Paese. Ma è necessario ripensare gli attuali metodi di gestione. Di pari passo con i progressi scientifici, abbiamo assistito nei secoli anche alla trasformazione dei metodi di gestione e alla comparsa di nuovi strumenti gestionali disponibili.

Fino a non molto tempo fa, diciamo pure fino a ieri, c'era tempo per approcciare e utilizzare senza troppa fretta i nuovi strumenti gestionali. Oggi le cose sono cambiate. Dobbiamo agire in tempo reale. Dobbiamo capire quali sono gli strumenti gestionali in evoluzione, anche in settori professionali diversi dal nostro e verificare se siano o meno applicabili in maniera proficua anche in ambito sanitario. Senza minimamente tralasciare il continuo approfondimento e aggiornamento delle tematiche tradizionalmente patrimonio culturale dei medici di Direzione Sanitaria, l'ANMDO si prefigge lo scopo di arricchire le competenze dei propri iscritti spronandoli a non dare mai nulla per scontato e a percorrere senza remore di sorta nuovi territori inesplorati, ma potenzialmente di grande interesse per la nostra professione.

In quest'ottica abbiamo deciso d'intitolare il 39° Congresso Nazionale ANMDO, che si terrà a Roma dal 25 al 27 Settembre 2013, "Politica, Economia e Technè: per quale sanità?" con l'intento di contribuire a tratteggiare lo scenario esistente nell'ambiente in cui operano le organizzazioni sanitarie e individuare quali variabili possano essere rilevanti nel processo decisionale aziendale e nelle scelte strategiche e operative dell'azienda stessa.

Le riflessioni su tali variabili possono essere sviluppate anche in chiave prospettica al fine d'individuare i principali elementi di discontinuità con i quali i medici di Direzione Sanitaria devono confrontarsi. L'intento è quello di arricchire sempre più la cassetta degli attrezzi degli strumenti gestionali a disposizione dei medici di Direzione Sanitaria e, al contempo, di confrontarsi con i Direttori d'Ospedale europei che ci onorano con la loro presenza.

Una cassetta degli attrezzi sempre più sofisticata favorisce sempre più la capacità di esercitare il ruolo di protagonisti nella Sanità italiana ed europea che compete ai medici di Direzione Sanitaria in virtù del loro specifico bagaglio culturale e professionale.

**Gianfranco Finzi**

*Presidente Nazionale A.N.M.D.O.*

## Problematiche medico legali del Direttore di ospedale

### Riassunto

Le competenze medico legali della Direzione Sanitaria di Presidio sono note e periodicamente ridefinite in documenti ufficiali della nostra Associazione. Cambiano invece rapidamente le problematiche che il Medico di Direzione Sanitaria deve affrontare. L'organizzazione dell'attività medica in regime di Libera Professione Intramoenia compete alla Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero. Viene presentata la realtà Toscana per evidenziare la complessità del ruolo della Direzione Sanitaria di Presidio.

L'attuale situazione socio economica del paese ha riportato alla luce il ruolo di "ospizio" della struttura ospedaliera con tutti i problemi connessi a questo recuperato valore sociale. L'aumento dell'età media dei pazienti ricoverati in ospedale e di conseguenza l'aumento dei pazienti "disorientati" pone problemi di vigilanza con possibile conflitto fra rispetto delle libertà delle persone e salvaguardia della salute. Sono presentati tre esempi che evidenziano la complessità del ruolo della Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero nel difficile compito di gestione di un ospedale.

**Alberto Appicciafuoco\*, Francesca Ciralo\*\*, Laura Indiani\*\*\***

\*Direttore Sanitario PP.OO. S.G.D. - O.S.M.A. - Serristori

\*\*Staff Direzione Sanitaria P.O. S.M.A.

\*\*\*Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

### PAROLE CHIAVE:

Libera professione, Regolamento di Presidio, Contenzioso

Periodicamente il Consiglio Direttivo dell'A.N.M.D.O. ridefinisce il ruolo e le competenze della D.S.P.O. Ricordiamo una prima volta negli ultimi 15 anni, nel periodo 98-99; una seconda volta con un articolo pubblicato sul n° 1/2003 della nostra rivista "L'Ospedale", infine, una terza volta, molto recente, sul n° 4/2012.

Il titolo di quest'ultima revisione è stato "Documento A.N.M.D.O. in tema di governance clinica = ruolo e compiti della Direzione Sanitaria Aziendale e delle Direzioni Medico di Presidio Ospedaliero", a cura della Segreteria

Nazionale Scientifica e Sindacale e del Direttivo Regionale del Piemonte.

La classificazione delle funzioni è quella classica:

- funzioni gestionali ed organizzative;
- funzioni igienico-sanitarie e di prevenzione;
- funzioni medico legali;
- funzioni scientifiche;
- funzioni di promozione della qualità.

In occasione del Congresso Nazionale di Treviso presentai la relazione "Le competenze medico legali della Direzione Sanitaria

di Presidio". In particolare evidenziai tre temi di particolare complessità:

- polizia mortuaria;
  - cartella clinica;
  - risk management;
- comunque già compresi nell'ambito delle funzioni medico legali.

E' interessante notare come, in un contesto ormai consolidato, nel corso degli anni le problematiche cambino in modo anche abbastanza veloce per cui dovendo in questa sede affrontare e sviluppare l'argomento delle "Problematiche medico legali del Direttore di Ospedale" dopo che è stato già trattato l'aspetto più strettamente giuridico della responsabilità professionale del medico, e in particolare del Medico di Direzione Sanitaria riteniamo utile proporre alla vostra attenzione alcuni esempi che allo stato attuale pongono la DSPO di fronte a situazioni complesse e realmente di difficile risoluzione che possono o potrebbero configurare casi concreti di responsabilità del Medico di DSPO.

Tralasciamo le competenze di polizia mortuaria rimandando alla relazione presentata al Congresso di Treviso, e le competenze in merito alla documentazione sanitaria, anch'essa già trattata nella relazione di Treviso e oggetto di discussione in questo congresso in un altro seminario che si svolge in contemporanea con questo recante il titolo: "La documentazione sanitaria".

Ci soffermeremo sugli argomenti che di seguito sono elencati:

- Organizzazione e gestione

della libera professione intramoenia;

- Il regolamento di Presidio con specifico riferimento alla sicurezza dei pazienti, dei visitatori e dei dipendenti;

- La gestione dei pazienti anziani ricoverati.

### 1) Organizzazione e gestione della Libera Professione Intramoenia

La riforma Bindi D.Lgs. 229/99 ha legiferato per la prima volta l'istituto della libera professione intramoenia rimandando alle Regioni l'applicazione e l'organizzazione periferica delle norme nazionali <sup>(1)</sup>. Le Regioni hanno adottato provvedimenti diversi l'una dall'altra, addirittura le aziende sanitarie nell'ambito di una stessa Regione hanno organizzato la libera professione con modalità organizzative differenti. Raramente è stata rispettata l'indicazione normativa di tenere separati i percorsi istituzionale e libero professionale. Si ricorda che la responsabilità dell'organizzazione della libera professione intramoenia è comunque in capo al Direttore Sanitario Aziendale e al Direttore di Presidio limitatamente all'organizzazione della disciplina nell'ambito dell'Ospedale. Si ricorda anche che la norma impone all'Amministrazione di organizzare l'attività di ricovero e ambulatoriale in regime di libera professione intramoenia conseguendo un pareggio di bilancio, cioè garantendo l'organizzazione in quanto diritto contrattuale senza che ci sia un aggravio di spesa per la Pubblica Amministrazione.

Il Direttore di DSPO ha l'onere di organizzare e vigilare affinché l'attività ambulatoriale in regime di libera professione intramoenia sia garantita a tutti i medici che la richiedono nel rispetto delle norme vigenti.

### COMPITI D.S.P.O.

*Omissis...*la Direzione Sanitaria di ciascuna Azienda dovrà, quindi, definire una procedura generale per: la gestione dei registri di ricovero (Registro di Prenotazione degli interventi chirurgici programmabili), che può prevedere variazioni, comunque esplicitate ed approvate, per adeguamento alle specificità dei Presidi, Dipartimenti o UU.OO. La procedura deve prevedere criteri espliciti per la definizione delle priorità di accesso, con riferimento alle indicazioni nazionali e regionali, di cui alla D.G.R. n. 351 del 04-05-2009, concertate nell'Area Vasta di riferimento. La responsabilità della tenuta dei registri di ricovero e del rispetto delle presenti direttive ricade in capo al Direttore Sanitario del Presidio. La Direzione Sanitaria di Presidio deve garantire un'attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all'utilizzo corretto, trasparente ed appropriato del registro; tale attività di vigilanza deve riguardare le modalità operative in ordine alla gestione quotidiana, all'inserimento dati, alla conservazione, alla tutela dell'accesso e della riservatezza. Devono essere definite le procedure e le responsabilità sul controllo della qualità dei dati, con particolare riferimento alla congruenza delle classi di priorità assegnate ai pazienti e ai tempi di effettiva erogazione. Vanno periodicamente valutate la sensibilità e la specificità dei criteri utilizzati per l'attribuzione alle diverse classi di priorità. Le informazioni derivate dalle attività di verifica devono essere periodicamente portate a conoscenza dei prescrittori e dei decisori....*Omissis...*qualora si determinassero necessità di scorrimento della lista superando l'ordine progressivo, dovrà essere prevista specifica annotazione da parte dei Direttori del Presidio ospedaliero, i quali dovranno indicare la condizione che ha motivato lo scorrimento non progressivo, con chiara indicazione della data e di chi contatta il paziente;....*Omissis...*il Direttore del Presidio ospedaliero dovrà annotare specificamente ciascun intervento chirurgico effettuato in libera professione in deroga al principio di cui al punto 2, il rispetto del tempo di attesa o programmato previsto per gli assistiti in attività ordinaria e trasmetterne copia al Direttore Sanitario;....*Omissis*

**Tabella 1:** Estratto della D.G.R. 638/09

Vogliamo soffermarci sulla parte relativa al ricovero e soprattutto all'attività chirurgica in regime di libera professione intramoenia presentando l'attuale organizzazione presente in Regione Toscana perché questa pone un reale problema di eventuale responsabilità professionale.

Nel 2009 la Giunta Regionale della Regione Toscana ha pubblicato la Delibera 638 che disciplina l'istituto della Libera Professione Intramoenia. I punti più signifi-

cativi della libera professione in merito a interventi chirurgici intramoenia sono i seguenti:

- i pazienti devono essere suddivisi in classi di priorità e inseriti in una lista di attesa della cui correttezza è responsabile il Direttore Sanitario di Presidio.

- l'autorizzazione all'effettuazione dell'intervento chirurgico in regime di libera professione è data dal Direttore Sanitario di Presidio, una volta che questi ha verificato che i tempi di at-



Figura 1: Cartello Regolamento di Presidio

tesa del paziente sono gli stessi di quelli che lo stesso avrebbe avuto in regime istituzionale. (Tabella 1)

Lo spirito della Legge è quello di salvaguardare il principio della parità dei diritti del cittadino indipendentemente dal fatto di avere una polizza assicurativa o di essere disponibile a pagare per l'intervento. In questo modo si annulla la possibilità di scegliere la libera professione per aggirare il percorso di una lista di attesa. Rimane il diritto di poter scegliere il professionista sia per l'attività programmata che per quella di urgenza <sup>(2),(3),(4)</sup>.

Una recente sentenza (835/2013) del TAR della Regione Toscana ha respinto il ricorso presentato dalle organizzazioni sindacali mediche, ritenendolo in parte inammissibile per difetto di giurisdizione (Giudice del Lavoro) ed in parte respinto <sup>(5)</sup>.

Rimane il fatto che il Direttore di Presidio Ospedaliero si trova

nella condizione di dover far rispettare una Legge Regionale che privilegia il diritto alla salute di tutti i cittadini in un ambito normativo non del tutto chiaro perché dall'altra parte si va a ledere il diritto di chi ha sottoscritto una polizza privata proprio per poter scegliere il professionista e per abbreviare i tempi di attesa. In questa situazione di latente conflitto il Medico di DSPO si trova esposto a eventuali contenziosi promossi dalle parti. Sarebbe auspicabile una regolamentazione chiara a livello nazionale con il rispetto della norma nazionale che prevede la completa separazione dei percorsi.

## 2) Regolamento di Presidio

In una realtà sociale sempre più complessa e difficile l'Ospedale ritorna ad essere sempre più luogo di accoglienza, l'Ospizio dei secoli scorsi. Tutto ciò ha un significato positivo quando l'Ospedale, anche se in modo improprio, assume il ruolo di punto di riferimento per persone in difficoltà. Purtroppo l'affluenza e la permanenza nel perimetro ospedaliero di homeless, barboni, famiglie Rom, accattoni, venditori di oggettistica varia, distributori di opuscoli pubblicitari creano problemi di sicurezza per i pazienti ricoverati e non, per i visitatori e per gli stessi dipendenti.

Comunque sia declinata, sappiamo tutti che la responsabilità del "buon andamento dell'ospedale", del "corretto processo assistenziale", infine della "sicurezza dei dipendenti" grava sul Direttore di Presidio Ospedaliero.

In questa nuova situazione che è destinata a divenire sempre più difficile nei prossimi anni l'esposizione del Direttore di Presidio Ospedaliero va sempre aumentando anche perché l'aiuto che le Forze dell'Ordine possono dare,

sempre utile e fattivo, non è però risolutivo.

Suggeriamo al fine di limitare il rischio di possibili denunce a carico del Direttore Sanitario di Presidio e di favorire il compito delle Forze dell'Ordine di redigere un regolamento di presidio nel quale si prendono in esame i possibili casi di disturbo o di pregiudizio per i comuni utenti e per i dipendenti, e di dare pubblica diffusione con cartelli affissi in tutto l'Ospedale. Talvolta si dà per scontato l'intervento delle Forze dell'Ordine sulla base delle leggi esistenti e sottovalutando l'importanza di un regolamento che disciplini i comportamenti da tenere nel presidio (Figura 1).

## 3) La sorveglianza dei pazienti anziani con disturbi del comportamento

L'aumento dell'età media dei pazienti ricoverati nei nostri reparti fa sì che i pazienti affetti da disturbi comportamentali (stati di agitazione psicomotoria e deterioramenti cognitivi, demenze e delirium) siano sempre di più, in particolare nei reparti di Area Medica. Diventa difficile conciliare il rispetto dei principi sanciti dalla Costituzione (Artt. 13 e 32) con la necessità di tutelare la vita e la salute di una persona senza incorrere nei reati previsti dai Codici vigenti.

In realtà è possibile assicurare gli uni e gli altri se si predispongono una corretta e dettagliata procedura che sia strumento di lavoro per gli operatori <sup>(6)</sup>. E' sempre meglio avere previsto prima le situazioni più varie che si possano presentare garantendo un percorso omogeneo in tutto l'Ospedale. Poiché sempre più spesso ci troviamo davanti a pazienti che non sono capaci di esprimere un consenso valido è utile e opportuno il coinvolgimento dei

familiari. La contenzione fisica è un atto prescrittivo medico (**Figura 2**).

In un rapporto trasparente e chiaro si possono eliminare del tutto comportamenti estemporanei che possono esporre l'Amministrazione a pubblicità negativa o, nei casi più gravi, a denunce anche penali spesso sostenute da motivazioni di tipo risarcitorio.

## BIBLIOGRAFIA

1. D.Lgs 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419" pubblicato su *Gazzetta Ufficiale* n. 165 del 16 luglio 1999 – Supplemento Ordinario n.132.
2. D.G.R. 638/09 "Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi

di attesa, in regime istituzionale sia ordinario che libero-professionale. Tutela del diritto di accesso dell'assistito." pubblicata su *Bollettino Ufficiale della Regione Toscana* n. 30 del 29 luglio 2009.

3. Procedura AS/PR/053 Rev.0 "Il processo di programmazione chirurgica", Azienda sanitaria di Firenze

4. Procedura AS/PR/054 Rev.0 "Delibera 638 - Chirurgia programmata", Azienda sanitaria di Firenze

5. Sentenza Tribunale Amministrativo Regionale per la Toscana n. 835/2013 sul ricorso n. 1494/2009.

6. Procedura DS/PR/302 "Gestione contenzione fisica", Azienda sanitaria di Firenze, DSPO Sud-est.

| SS1 Azienda Sanitaria Firenze | Titolo                                | Codice    | Revisione | Pagina |
|-------------------------------|---------------------------------------|-----------|-----------|--------|
|                               | Procedura gestione contenzione fisica | DS/PR/302 | n. 0      | 7 di 8 |

ARI  
CONSENSO ALLA CONTENZIONE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato \_\_\_\_\_

Considerata l'inefficacia delle misure alternative alla contenzione fisica, la scelta della contenzione:

E' stata condivisa con il paziente: si no  
Se no perché? \_\_\_\_\_

Firma paziente \_\_\_\_\_

E' stata valutata e condivisa con i familiari? : si no  
Firma \_\_\_\_\_

Non è stato possibile acquisire il consenso, ma vi è lo stato di necessità di intervenire:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La persona presenta la necessità attuale dei seguenti mezzi di contenzione fisica a tutela della propria integrità, per la durata strettamente necessaria:

| MEZZI DI CONTENZIONE                                    |
|---|
| <input type="checkbox"/> FASCIA PETTORALE               |
| <input type="checkbox"/> BRACCIALE PER POLSI            |
| <input type="checkbox"/> BRACCIALE PER CAVIGLIE         |
| <input type="checkbox"/> FASCE DI PROTEZIONE ADDOMINALE |

Ora INIZIO del trattamento \_\_\_\_\_ Ora FINE del trattamento \_\_\_\_\_  
(la validità della prescrizione non deve superare le 24 ore)

Firma del medico \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria di Firenze - P.zza Santa Maria Nuova, 1 - Firenze Formel\_dis\_pres\_wc\_3 - del 12/05/07

**Figura 2:** Procedura gestione contenzione fisica DS/PR/302. Modello di consenso.

## Il Codice Etico dell'ANMDO: adempimento formale o convinta adesione a una "chiamata morale"

### Riassunto

L'indice di Transparency International (2012) che misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e politico a livello globale posiziona l'Italia al 72° posto su 174 Paesi con un punteggio di 42 su 100. L'Italia persiste in fondo alla classifica europea della trasparenza, con un voto ben lontano dalla sufficienza e soprattutto dai Paesi ritenuti più etici: Danimarca, Finlandia e Nuova Zelanda (tutti e tre con un voto di 90/100). Occorre un rinnovato impegno per riformare e modernizzare il Paese sui pilastri della legalità, della trasparenza e della responsabilità. La disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni è stata oggetto, negli ultimi mesi, di importanti interventi normativi. Il Codice Etico dell'ANMDO si inserisce in questa falsariga. L'Associazione ha obblighi di natura morale, oltre che legale, nei confronti della società in cui è inserita ed opera. Ciascun iscritto all'A.N.M.D.O. s'impegna a tenere una condotta ispirata ai principi generali di competenza professionale, lealtà, integrità e onestà.

### Antonio Scarmozzino

AO Città della Salute della Scienza di Torino  
Presidente ANMDO Piemonte Valle d'Aosta

### PAROLE CHIAVE:

Etica, trasparenza, legalità, fiducia, solidarietà

Il CPI 2012, l'indice di Transparency International che misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e politico a livello globale posiziona l'Italia al 72° posto su 174 Paesi, con un punteggio di 42 su 100. Il nostro Paese rimane in fondo alla classifica europea della trasparenza, accompagnata da Bulgaria e Grecia, con un voto ben lontano dalla sufficienza e soprattutto dai Paesi ritenuti più etici: Danimarca, Finlandia e Nuova Zelanda (tutti e tre con un voto di 90/100). Corruzione, opacità, scarsi livelli di integrità, uniti a deboli sistemi di controllo e valutazione non comportano "solamente" una mancanza di moralità ed eticità nella *governance* del Paese, ma

hanno un impatto negativo devastante sull'economia e la credibilità dell'intero sistema Paese: la Corte dei Conti ha stimato che ogni punto in meno nel CPI pesa in maniera grave sugli investimenti esteri, che fuggono anche a causa dell'indeterminatezza e opacità delle regole. Occorre un rinnovato impegno per riformare e modernizzare il Paese sui pilastri della legalità, della trasparenza e della responsabilità. La disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni è stata oggetto, negli ultimi anni, di continui interventi normativi. Innanzitutto la legge del 6 novembre 2012, n. 190, "*Disposizioni per la prevenzione e la*

*repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione. Poi, in attuazione della delega contenuta nella stessa legge, è stato adottato il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, recante il "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*" in cui, nel ribadire che la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, è stato evidenziato che la trasparenza è finalizzata alla realizzazione di una amministrazione aperta e al servizio del cittadino. Nel decreto è specificato che le misure del Programma triennale della trasparenza e dell'integrità sono collegate al Piano triennale della prevenzione della corruzione e che, a tal fine, il Programma costituisce, di norma, una sezione di detto Piano. Infine, il DPR 16 aprile 2013 n. 62 "*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*," definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti a osservare. Particolarmente degni di nota sono nel DPR: l'art. 3 - Principi generali- il dipendente osserva la Costituzione, servendo la Nazione con disci-

plina e onore e confermando la propria condotta ai principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa; lo stesso art., comma 4, il dipendente esercita i propri compiti orientando l'azione amministrativa alla massima economicità, efficienza ed efficacia. La gestione di risorse pubbliche ai fini dello svolgimento delle attività amministrative deve seguire una logica di contenimento dei costi che non pregiudichi la qualità dei risultati (sic!); al comma 5, nei rapporti coi destinatari dell'azione amministrativa, il dipendente assicura la piena parità di trattamento a parità di condizioni astenendosi, altresì, da azioni arbitrarie che abbiano effetti negativi sui destinatari dell'azione amministrativa o che comportino discriminazioni basate su sesso, nazionalità, origine etnica, caratteristiche genetiche, lingua, religione o credo, convinzioni personali o politiche, appartenenza a una minoranza nazionale, disabilità, condizioni sociali o di salute, età e orientamento sessuale o su altri diversi fattori;

l'art. 4 - Regali, compensi e altre utilità - Il dipendente non accetta per sé o per altri e non offre a un sovraordinato regali e altre utilità, salvo quelli di modico valore, intendendosi per modico valore, quelli di valore non superiore, in via orientativa, a 150 euro, anche sotto forma di sconto. I codici di comportamento delle singole amministrazioni possono prevedere limiti inferiori, sino alla esclusione della possibilità di riceverli. Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

Il Codice contenuto nel DPR definisce inoltre le questioni del

concernenti partecipazioni ad associazioni e organizzazioni, interessi finanziari e conflitti di interesse, obbligo di astensione, prevenzione della corruzione, trasparenza e tracciabilità (la tracciabilità dei processi decisionali adottati dai dipendenti deve essere, in tutti i casi, garantita attraverso un adeguato supporto documentale, che consenta in ogni momento la replicabilità), i rapporti col pubblico, disposizioni particolari per i dirigenti, la vigilanza, le responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del codice.

La recente normativa appare molto più concreta e incisiva delle precedenti. L'obiettivo di una migliore condotta da parte del dipendente pubblico sembra ispirato dalla convinzione che parte dell'inefficienza della PA sia proprio da attribuirsi alla deriva morale cui si è giunti. Particolarmente interessante appare dunque la presa di coscienza che il senso civico, il rispetto della cosa pubblica, l'assunzione di una responsabilità individuale e collettiva siano condizioni necessarie anche per un recupero di competitività del Paese, anche attraverso un recupero di credibilità internazionale.

Il **Codice Etico dell'ANMDO** si inserisce in questa falsariga. Qui i doveri verso l'amministrazione sono sostituiti dai doveri verso l'Associazione e gli altri iscritti. Resta fermo naturalmente il principio che ogni impresa o associazione ha obblighi di natura morale, oltre che legale, nei confronti della società in cui è inserita ed opera.

Ciascun iscritto all'A.N.M.D.O. s'impegna a tenere una condotta ispirata ai seguenti principi generali: competenza professionale, lealtà, integrità e onestà.

Gli iscritti A.N.M.D.O. s'impegnano a promuovere i principi di le-

galità, correttezza e trasparenza nell'esercizio della loro professione e nell'operato dell'Associazione medesima. S'impegnano altresì a garantire il perseguimento degli scopi/obiettivi promossi nel rispetto della legge e dei codici deontologici a cui l'Associazione aderisce, rifiutando altresì qualsivoglia condizionamento o interesse esterno. L'A.N.M.D.O. persegue la propria *mission* assicurando la piena trasparenza delle scelte effettuate; pertanto adotta modelli di gestione/organizzazione per garantire correttezza delle sue azioni.

Gli iscritti A.N.M.D.O. sono eticamente responsabili del loro agire verso se stessi e verso l'Associazione. I rapporti tra gli iscritti sono improntati alla fiducia, alla collaborazione e alla solidarietà. L'A.N.M.D.O. riconosce la dignità professionale e il ruolo centrale della direzione sanitaria ospedaliera all'interno del SSN, promuovendo il profilo professionale del direttore sanitario e del dirigente medico di presidio, attraverso la costruzione e la valorizzazione di una comunità di professionisti che condividano una stessa visione di tipo deontologico, scientifico e professionale in un settore dell'attività sanitaria di fondamentale importanza per il SSN e per la salute della comunità. L'ANMDO, coerentemente con il proprio Statuto, intende rafforzare il ruolo sindacale considerato come tutela della professionalità e dei legittimi interessi della categoria.

L'A.N.M.D.O. nell'ambito delle sue funzioni di informazione-formazione s'impegna a promuovere lo sviluppo della ricerca in tutti gli aspetti afferenti alla professione e s'impegna altresì a salvaguardare l'indipendenza dei propri studi e ricerche, svolgendo le attività di approfondimento-aggiornamento nelle materie di propria compe-

tenza - igiene, organizzazione ospedaliera, governo clinico, appropriatezza, rischio clinico, edilizia sanitaria - con la massima diligenza e rigore per un'informazione accurata, corretta, oggettiva e disinteressata.

L'A.N.M.D.O. intende istituire e/o rafforzare rapporti fiduciari con gli *stakeholder* di riferimento, ovvero Istituzioni, Federazioni e Società medico-scientifiche, Associazioni, nel pieno rispetto dei valori di lealtà e trasparenza, per lo sviluppo di sinergie e *partnership* in ambito sanitario. I rapporti con gli *stakeholder* devono essere improntati alla massima trasparenza, correttezza e onestà.

L'A.N.M.D.O. intende accrescere anche verso l'esterno la propria visibilità in merito alle iniziative, attività e studi promossi dall'Associazione medesima. I rapporti con la stampa sono tenuti nella persona del suo Presidente o persona da lui espressamente delegate, e sono improntati al rispetto del diritto all'informazione. Ogni attività di comunicazione/informazione rispetta le leggi, le regole di condotta professionale e si basa su principi di chiarezza, completezza, trasparenza e tempestività d'informazione.

Un grande apprezzamento dunque a chi ha voluto che anche la nostra Associazione si dotasse di un codice etico. Per parte mia, auspico che non si tratti di un semplice adempimento formale, figlio della tendenza normativa del momento ma l'espressione della convinzione che anche i professionisti delle direzioni sanitarie debbano partecipare ad elevare il livello di maturità morale del Paese.

Dobbiamo infatti riconoscere che spesso siamo assuefatti dal potere, ci limitiamo a rivolgere facili critiche ai politici, agli amministratori, ai dipendenti, agli stessi colleghi dimenticando che la

svolta inizia nel momento in cui ciascuno di noi fa la propria parte, anche perché spesso il potere a noi riservato non è trascurabile e i benefici che deriverebbero dai nostri comportamenti sarebbero evidenti. E proprio sulla responsabilità ultima dell'individuo mi preme fermare l'attenzione. Aneddoticamente in letteratura è presentata come «*il problema del barbiere di Stalin*». La figura dell'artigiano, realmente esistito, è paradigmatica dell'ingannevole natura delle apparenze. Egli non si sentiva responsabile dei delitti del dittatore; era solo responsabile dei suoi baffi, eppure ci metteva del suo quando glieli aggiustava, contribuendo ad aumentare il fascino che il dittatore esercitava. Era l'unico uomo autorizzato a brandire un rasoio accanto alla celebre gola e, come dice Amleto, avrebbe potuto «farsi giustizia con l'uso di una nuda lama» e invece ometteva ogni possibile comportamento oltraggioso nei confronti del suo cliente. A dispetto di chi dissocia la responsabilità del barbiere da quella del suo cliente, l'innocente barbiere aveva quindi una sua parte di responsabilità nei delitti di Stalin. Del pari, siamo tutti barbieri di Stalin: ci proclamiamo tutti innocenti mentre flirtiamo con il male.

Io penso che pretendere che un politico, come un amministratore della cosa pubblica, tenga un comportamento superiore alla media non è moralismo ma il minimo per la tenuta sociale. Sarebbe tuttavia sbagliato addossare tutta la responsabilità su chi ricopre cariche pubbliche o sta in alto nella gerarchia sociale: ciascun cittadino deve levarsi di dosso quella patina di vittimismo e egocentrismo e provare, coi propri comportamenti, a dare una svolta al proprio agire che è il punto di partenza per il nuovo agire della società.

## BIBLIOGRAFIA

1. Legge del 6 novembre 2012, n. 190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
2. D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
3. DPR 16 aprile 2013 n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165"
4. Codice Etico dell'Associazione Nazionale dei Medici di Direzione Ospedaliera
5. Transparency International Italia - Associazione contro la corruzione [http://www.transparency.it/ass\\_ti.html](http://www.transparency.it/ass_ti.html)

# Il rischio infettivo in ospedale: i Gram negativi multiresistenti e le infezioni da *Clostridium difficile*.

## Gestire il fenomeno dal punto di vista della Direzione Sanitaria

### Riassunto

Il ruolo della Direzione Sanitaria nella gestione del rischio infettivo in ospedale è sicuramente articolato e complesso, trasversale a numerose attività ed intrecciato con varie figure professionali operanti all'interno dell'azienda. Approfondendo il tema ci si propone di delineare *in primis* il ruolo, in generale, del Direttore Sanitario di P.O. ed in seconda battuta approfondire le azioni legate nello specifico alla "Gestione del Rischio Infettivo". In conclusione verranno trattati in dettaglio gli aspetti organizzativi e gestionali direttamente correlati alla prevenzione/controllo delle C.A.I. da Gram – multiR e da *C. difficile*.

**Giovanni Messori Ioli\***, **Valeria Di Legami\*\***, **Francesca Casassa\*\*\***, **Maurizio Dore\*\*\*\***

\* *Responsabile Controllo di Gestione e referente Rischio Clinico - ASLTO5 di Chieri (TO)*

\*\* *Dirigente Medico – Direzione Sanitaria P. O. di Moncalieri - ASLTO5 di Chieri (TO)*

\*\*\* *Direzione Sanitaria di Presidio OIRM – Città della Salute di Torino*

\*\*\*\* *Direttore Generale – ASLTO5 di Chieri (TO)*

**PAROLE CHIAVE:** I.C.A. (Infezioni Correlate all'Assistenza), rischio infettivo, Gram-, *Clostridium difficile*

La lotta alle *Infezioni Correlate all'Assistenza* (CAI) poggia le sue basi sulle geniali intuizioni del dott. Semmelweis<sup>(1)</sup>, il quale intorno al 1840 iniziò ad ipotizzare una correlazione tra fattori di rischio e sviluppo di alcune infezioni in ambito ospedaliero. Sebbene sia passato più di un secolo e mezzo, ancor oggi la principale attività di prevenzione/controllo all'interno delle strutture sanitarie, risulta diretta alla rimozione/riduzione dei principali fattori di rischio, nonché alla sorveglianza, volta ad identificare precocemente eventuali focolai epidemici. L'impatto delle CAI sulla salute

pubblica (in termini di complicanze e mortalità) e sui costi di gestione a livello ospedaliero (correlati al consumo di farmaci, allungamento della degenza, assistenza intensiva, etc.) sono ben noti ed ampiamente documentati dalla letteratura internazionale. Ogni anno in Italia si stima un'incidenza pari al 5-8% (in Regione Piemonte 7,8% incluse le UTI asintomatiche)<sup>(2)</sup>, per un totale di circa 500.000 nuovi casi di infezioni nosocomiali ogni anno. Alcuni studi mettono in evidenza il fatto che fino al 50% di queste ultime siano prevenibili. Le principali localizzazioni risultano oggi giorno le vie urinarie,

la ferita chirurgica, le polmoniti e le sepsi. Emerge dunque la rilevanza del fenomeno, sia per le ricadute sulla salute del singolo paziente, sia per la Sanità Pubblica, nonché per i possibili risvolti legati ai costi evitati ed all'eccessivo utilizzo di chemioterapici, direttamente correlato allo sviluppo di antibiotico-resistenze.

### IL RUOLO DELLA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO

Partendo dalle discussioni sul tema portate avanti dall'A.N.M.D.O. a livello di Consiglio Direttivo Nazionale<sup>(3)(4)</sup>, si delineano funzioni e ruoli specifici legati alla gestione del rischio infettivo in ospedale.

La *Clinical Governance* rappresenta il contenitore all'interno del quale si sviluppano le attività proprie della gestione del rischio infettivo, quali l' H.T.A. (per farmaci, presidi, etc.) l'attività di *Clinical Risk Management* in senso lato, la formazione degli operatori e la promozione della qualità; il tutto si articola nel contesto *dell'Evidence Based Health Care*, ovvero selezionando in modo prioritario le strategie organizzative supportate da evidenze scientifiche.

Ecco quindi che, la gestione del fenomeno dal punto di vista della Direzione Medica di Presidio (DMP), a livello operativo:

- nell'ambito delle competenze gestionali ed organizzative si snoda:
  - nella cura della raccolta di dati

statistico-sanitari, utili a fini interni o per l'inoltro ai servizi competenti (es. dati SDO relativi a sepsi e CAI e dati provenienti dal laboratorio, nonché informazioni da far circolare e discutere con il C.I.O., la farmacia ospedaliera, il laboratorio analisi);

- nell'espressione di valutazioni tecnico-sanitarie ed organizzative sulle opere di costruzione e ristrutturazione edilizia, autorizzando l'esercizio dell'attività clinico-assistenziale negli ambienti destinati a tale scopo (es. prevenzione delle infezioni da *Aspergillus* e *Legionella*);

- nella promozione di programmi di formazione, informazione e aggiornamento del personale (in particolar modo orientati alla gestione del rischio *tout court* ed alla prevenzione del rischio infettivo);

■ nell'ambito delle competenze igienico-sanitarie e di prevenzione, si concretizza:

- nella partecipazione attiva al C.I.O., in qualità di membro o presidente;

- nella progettazione di processi per la prevenzione delle infezioni in ospedale;

- nel coordinamento dell'attività di valutazione del rischio clinico;

■ nell'ambito delle competenze di promozione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie si afferma:

- nella promozione di iniziative per il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;

- nel monitorare l'orientamento dei modelli organizzativi delle unità operative e dei dipartimenti al raggiungimento di buoni livelli di qualità gestionale, di qualità tecnico-professionale e di qualità percepita;

- nel promuovere l'adozione, da parte delle unità operative e dei dipartimenti, delle strategie definite dalla direzione aziendale, con particolare riguardo ai principi dell'EBM.

Il Direttore Sanitario di Azienda dirige invece i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari, partecipa al processo di pianificazione strategica aziendale, concorrendo alla definizione delle priorità rispetto ai bisogni di salute della comunità.

E' responsabile del governo clinico dell'azienda ed in quanto tale, è la figura di riferimento per la progettazione di un'attività integrata di gestione del rischio infettivo, proprio per le sfaccettature che quest'ultima comporta in un'organizzazione complessa (es. acquisti e gare di presidi, farmaci, dispositivi medici; relazioni con il C.I.O. e con la funzione di clinical risk management; attività nell'ambito dell'HTA; promozione della formazione, etc.).

### IL RUOLO DELLA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO NELL'AMBITO DELLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Il *Manuale di Formazione per il Governo Clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori* pubblicato dal Ministero della Salute<sup>(5)</sup>, analizza nel dettaglio i determinanti delle infezioni correlate all'assistenza: questi ultimi sono molteplici, ma tra quelli modificabili vi sono le pratiche assistenziali (precauzioni standard, igiene delle mani, utilizzo di misure di barriera, pulizia e disinfezione dell'ambiente, disinfezione e sterilizzazione delle attrezzature e presidi riutilizzabili), l'utilizzo di antibiotici, l'organizzazione delle risorse umane (un basso rapporto pazienti/personale è stato associato ad un aumento del rischio di infezioni), le risorse tecnologiche (ad es. la mancata disponibilità di dispositivi o presidi efficaci a ridurre la trasmissione di infezioni) ed infine fattori legati alle strutture ospedaliere (es. caren-

ze impiantistiche, come nel caso di infezioni trasmesse attraverso l'acqua o l'aria, come infezioni da *Legionella spp.* o *Aspergillus spp.*).

Studi recenti hanno inoltre dimostrato come la quota di CAI prevenibili sia molto ampia; alcuni autori hanno addirittura ipotizzato la necessità di considerare ogni singola infezione come un evento avverso non più tollerabile e di mettere in atto misure per la prevenzione di tutte le infezioni (la cosiddetta *zero tolerance*).

Il ruolo, quindi, di una DMP, sarebbe principalmente quello di:

- verificare che le pratiche assistenziali di dimostrata efficacia vengano utilizzate a tutti i livelli e da parte di tutti gli operatori, attraverso la definizione, diffusione ed implementazione di linee guida, protocolli e buone pratiche;

- promuovere quindi procedure chiare, condivise e basate su evidenze scientifiche per ridurre il rischio di infezione, attivamente promosse e accompagnate da programmi di *audit periodici* che ne valutino l'adesione;

- attivare sistemi di sorveglianza attiva (studi di incidenza e di prevalenza) e di monitoraggio del fenomeno (inclusa la sorveglianza delle antibiotico-R basata su dati di laboratorio) per definire dimensioni e caratteristiche del problema, indirizzare gli interventi, individuare tempestivamente eventi sentinella ed epidemie e monitorare i progressi mediante l'utilizzo di indicatori specifici. In Europa numerosi paesi hanno attivato sistemi di sorveglianza attivi e continuativi nelle aree a maggior rischio, quali i reparti chirurgici e le unità di terapia intensiva; i dati sono elaborati a livello europeo dall'*European Center for Disease Control*, che ogni anno pubblica i risultati di questa sorveglianza sul proprio sito (<http://www.ecdc.europa.eu>);

- vigilare affinché le misure di isolamento previste vengano correttamente applicate;

- garantire il rispetto dei requisiti dell'accreditamento (requisiti specifici dedicati al rischio infettivo);

- progettare e monitorare programmi di formazione specifica sul controllo delle infezioni per tutti gli operatori, sia in fase di inserimento professionale, sia come periodico *refresh* e formazione continua, cercando di coinvolgere i professionisti in modo attivo;

- garantire l'integrazione ed il dialogo dei sistemi informativi esistenti a livello aziendale (risorse umane, gestione dei letti, formazione, informazione, IT, gestione degli appalti, ufficio tecnico, politica di uso degli antibiotici, allocazione delle risorse, gestione del rischio, governo clinico, laboratorio analisi, microbiologia, ecc.);

- aderire e partecipare a progetti, network e reti internazionali di sorveglianza (con protocolli standardizzati);

- promuovere il trasferimento nella pratica di misure assistenziali efficaci a ridurre il rischio infettivo attraverso i "bundle" (o pacchetti assistenziali), che includono un gruppo limitato di interventi (3-5 al massimo) con dimostrata base scientifica (prove di livello I del CDC/HICPAC, vale a dire ottenute da più studi controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati), relativi al processo di cura che, quando vengono utilizzati insieme, risultano più efficaci rispetto al loro singolo utilizzo. La presentazione di "100.000 Lives Campaign", promossa dall'IHI, nel dicembre del 2004 prevedeva, all'interno dei sei punti chiave d'intervento, tre bundle: "Ventilator Bundle", "Central Line Bundle" e "Surgical Site Infection Bundle" (per la prevenzione della polmonite associata alla ventilazione assistita forzata, la batteriemia da catetere venoso centrale e l'infezione della

ferita chirurgica). Successivamente sono stati proposti altri bundle per l'infezione urinaria da catetere vescicale, le infezioni da *C. difficile* ed il trattamento della sepsi;

- promuovere valutazioni di efficacia degli interventi effettuati degli interventi effettuati (es. lavaggio delle mani e appropriatezza d'uso degli antibiotici);

- curare la comunicazione rivolta ai pazienti ed ai loro familiari (es. attraverso il consenso informato e mediante opuscoli informativi), relativamente ai rischi ed alle modalità di prevenzione;

- promuovere, infine, una moderna cultura del rischio, che consideri le CAI come un aspetto cruciale per la sicurezza del paziente, un indicatore della qualità dell'assistenza e una priorità assoluta di intervento.

## IL RUOLO DELLA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO NELL'AMBITO DEGLI ASPETTI SPECIFICI SU GRAM - MDR (KPC) E CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Le infezioni da *C. difficile* e da Enterobatteri multiR costituiscono da diversi anni un problema rilevante nelle organizzazioni sanitarie.

Per quanto riguarda le prime, si è osservato un aumento di incidenza dovuto principalmente a cambiamenti nella terapia antibiotica (uso di cefalosporine di terza generazione e fluorochinoloni) ed all'emergere di ceppi ipervirulenti. L'impatto clinico delle infezioni sintomatiche da *C. difficile* è considerevole, con forme lievi fino a quadri molto gravi (colite pseudomembranosa), con mortalità per le forme complicate fino al 6-9% a trenta giorni, aumento della degenza e notevole impatto economico <sup>(6)</sup>.

Le seconde, sono di attualità per la diffusione, anche in Italia, della resistenza ai carbapenemi, antibiotici di riferimento per la terapia delle infezioni invasive da G- MDR. In

particolare, i ceppi produttori di carbapenemasi, spt. *K. Pneumoniae* (KPC), oltre che un problema clinico rilevante (mortalità dal 20-30% fino al 70% nelle batteriemie), costituiscono un problema di sanità pubblica, in quanto la diffusione clonale è estremamente facile e la resistenza ai carbapenemi si trasmette anche tra microrganismi di ceppi diversi, attraverso plasmidi <sup>(7)</sup>.

Poiché in entrambi i casi (*C. difficile* e G- MDR) è stato dimostrato che è possibile contenerne efficacemente la diffusione e prevenire epidemie attraverso interventi di controllo delle infezioni in ambiente sanitario, il ruolo della DMP è fondamentale, quale coordinamento e/o supporto alle strutture aziendali che si occupano di Prevenzione Infezioni / Rischio infettivo, nella pianificazione, implementazione e monitoraggio di tali interventi.

Un approccio efficace si fonda su strategie parallele di: prevenzione dell'infezione e della trasmissione, diagnosi tempestiva ed accurata, uso appropriato degli antibiotici (attraverso antimicrobial stewardship) <sup>(5)</sup>.

I principali messaggi di cui è importante che la DMP si faccia promotrice e garante sono <sup>(6,7,8)</sup>:

**Per *C. difficile* e KPC:**

- mantenimento della sorveglianza attiva con inclusione nei sistemi di segnalazione rapida degli *alert organism*;

- tempestività nell'identificazione dei casi e nella comunicazione tra laboratorio/reparto/DMP;

- adozione delle precauzioni da contatto con isolamento del paziente ove possibile in stanza singola, gestione preferibilmente con personale dedicato, uso di dispositivi monouso e/o dedicati;

- igiene delle mani, con rispetto delle indicazioni OMS (i 5 momenti fondamentali);

- igiene ambientale scrupolosa, da

effettuarsi preferibilmente con derivati del cloro (almeno 1000 p.p.m. di cloro disponibile), con frequenza secondo i piani locali;

■ formazione/informazione degli operatori sanitari, dei familiari, di tutti gli operatori non sanitari che entrano in contatto col paziente (es. addetti alla pulizie);

Specifici per C. difficile:

■ raccolta di campione idoneo (feci diarroiche, scala di Bristol 5-7) ed adeguato trasporto e conservazione dello stesso (inviare entro 1h in laboratorio, per effettuare le diagnosi nel più breve tempo possibile; l'integrità delle tossine si mantiene fino a 48 h a + 4°C);

■ igiene delle mani con acqua e sapone, in quanto il gel alcolico non elimina le spore;

■ revoca dell'isolamento dopo 48 h dalla scomparsa dei sintomi;

Specifici per KPC:

■ distinzione dei pazienti colonizzati ed infetti e trattamento dei soli pazienti con infezione confermata;

■ screening, mediante tampone rettale, al momento del ricovero dei pazienti: precedentemente colonizzati, provenienti da Paesi ad elevata endemia; provenienti da Ospedali in cui è in corso un'epidemia o da centri neurologici per la riabilitazione, all'ingresso nelle T.I.; screening dei contatti dei casi indice di colonizzazione o di infezione (vi sono indicazioni specifiche in tema, variabili nelle diverse regioni d'Italia);

■ implementazione dei bundle per i devices a permanenza;

■ comunicazione delle informazioni relative alla colonizzazione o all'infezione alla dimissione / trasferimento del paziente.

La DMP gioca un ruolo chiave nel gestire il processo, in quanto è a conoscenza del contesto specifico organizzativo e strutturale e, interfacciandosi di routine con tutti gli attori – diretti ed indiretti – implicati nel processo di prevenzione/trasmissione dell'infezione

(personale sanitario, ICI, componenti CIO, servizio di approvvigionamenti e logistica, farmacia, responsabili delle pulizie, etc.) può farsi mediatrice privilegiata di tali istanze, attraverso interventi di sensibilizzazione e monitoraggio, facilitando l'introduzione nella pratica di tali misure.

È importante che la DMP faciliti la circolazione delle informazioni ed i collegamenti all'interno della Struttura Sanitaria in senso multidisciplinare e multiprofessionale, “forzando le barriere” dei singoli Reparti e Servizi (ad es. con procedure specifiche e feed-back al personale sanitario mediante la diffusione di report e/o riunioni, audit, walkaround, ...). In tal senso pare illuminante la riflessione del Dott. Lloyd sulla strategia di sopravvivenza dei batteri multiresistenti <sup>(9)</sup>: “Comunicazione, collaborazione, collegamento e coordinamento (le 4C) consentono loro di sfruttare la vulnerabilità del nostro sistema sanitario, un sistema che è profondamente frammentato e che rende difficile agli operatori sanitari comunicare, collaborare, collegare e coordinarsi *dentro e tra* i loro comparti di lavoro. Finché questi patogeni unicellulari senza cervello saranno in grado di battere gli operatori sanitari al gioco delle 4 C, essi manterranno il sopravvento”.

In conclusione, la lotta alle CAI richiede azioni concertate, che vedano il concorso di tutti i professionisti sanitari, singolarmente e in team, con diversi ruoli, profili e responsabilità...

*“un programma di controllo delle infezioni senza sorveglianza, sarà come l'equipaggio di una navicella spaziale in orbita che viaggia nello spazio senza strumenti di bordo, incapace di sapere dove si trova, i rischi ai quali può andare incontro, la direzione di viaggio e la velocità del volo”*

Richard Wenzel

## BIBLIOGRAFIA

1. Louis Ferdinand Celine; *La Vie et l'œuvre de Philippe Ignace Semmelweis, 1937 (tradotto nell'edizione italiana « Semmelweis » Adelphi, Milano 1975)*
2. Zotti CM, Messori Ioli G et al. *Hospital-acquired infections in Italy: a region wide prevalence study, Journal of Hospital Infections, Feb 2004; 56: 142-149;*
3. *L'Ospedale – Trimestrale di Igiene, Tecnologia, Management – Periodico dell'ANMDO – Vecchie e nuove competenze del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero - L'Ospedale, n° 1/03 – Edicom*
4. *L'Ospedale – Trimestrale di Igiene, Tecnologia, Management – Periodico dell'ANMDO - Funzioni e competenze del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero - L'Ospedale, n° 1/07 - Edicom*
5. *Manuale di Formazione per il Governo Clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori - Ministero della Salute, gennaio 2012*
6. *Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile. Documento di indirizzo. Rev. 1, febbraio 2011. GIMPIOS n. 2, 2011 (Suppl. 1)*
7. *Indicazioni per la gestione delle infezioni da enterobatteriacee resistenti ai carbapenemi - Regione Friuli Venezia Giulia. Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, 2012. A cura di: Dal Cin M., Brusaferrò S.*
8. *Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza ed il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Regione Emilia Romagna, ASSR, gennaio 2013. A cura di: Gagliotti C, Carretto E, Pan A, Sarti M, Suzzi R, Tura GA, Moro ML.*
9. Lloyd J. *Deviating Positively to Foster Change in Social & Bio Systems. <http://www.positivedeviance.org/resources/reflections.html>*

# Esperienza di sorveglianza e prevenzione delle infezioni da *Clostridium difficile* nell'Azienda Sanitaria di Firenze

## Riassunto

L'Azienda Sanitaria di Firenze a partire dall'anno 2010 ha attivato un sistema di sorveglianza per la patologia da *Clostridium difficile*. L'attuazione di una serie di provvedimenti innovativi e l'adozione di vari strumenti operativi hanno favorito importanti miglioramenti nel controllo del rischio di tale patologia. La predisposizione di una maggiore uniformità del programma di sorveglianza attiva ci ha permesso di documentare il trend epidemiologico, i fattori di rischio e di misurare l'efficacia delle attività intraprese. Il sistema attivo di sorveglianza, attraverso il feedback dei risultati, diventa uno strumento efficace di analisi e di revisione della qualità dell'assistenza prestata.

**Anna Poli**

Direttore Rischio Infezioni Correlate all'Assistenza ASL 10 Firenze, P.O. Palagi

## PAROLE CHIAVE:

*Clostridium difficile*, sorveglianza attiva, fattori di rischio, recidive

## INTRODUZIONE

Negli ultimi anni la patologia da *Clostridium difficile* sta diventando motivo di seria preoccupazione nelle Strutture Sanitarie per la sua severità, per l'aumentata incidenza, per la morbosità associata alla difficoltà a contenerne la diffusione e per l'impatto significativo della mortalità ad essa associata<sup>1</sup>. Attualmente l'infezione da *Clostridium difficile* (CDI) acquisita in ambito assistenziale, sia in ospedali per acuti che in strutture residenziali, rappresenta una tra le prime cause di infezioni correlate all'assistenza, come testimoniano gli interventi della letteratura internazionale che ne tracciano un quadro complesso e di crescente rilevanza. Dati recenti dell'Health Protection Agency riferiscono un aumento allarmante dell'incidenza nel Regno Unito con un numero di nuovi casi che passa da 1.000 nel 1990, a 43.672 nel 2004 e a 55.000 nel 2006,

con un aumento del 38% in soli due anni<sup>2,3</sup>. Il trend epidemiologico è in aumento anche a livello Europeo con un'incidenza che passa da 2,45 casi/ 100.000 giorni di ricovero del 2005, a 5,5 casi / 100.000 giorni di ricovero nel 2008<sup>4</sup>. Significativo è lo studio condotto negli Stati Uniti dove le diagnosi di *Clostridium difficile* sono passate da 3,82/1000 dimissioni a 8,75/1000 dimissioni nel 2008 interessando nel 67% dei casi la popolazione più anziana<sup>5,6</sup>. I certificati di morte con diagnosi di enterocolite da CDI sono nettamente aumentati di quasi dieci volte dal 1999 al 2008 con un numero di casi diagnosticati come principale causa di morte<sup>7</sup>. I determinanti del nuovo quadro epidemiologico sono attribuibili alla diffusione di nuovi ceppi ipervirulenti, all'aumento di specifici fattori di rischio legati ai cambiamenti in procedure sanitarie (vedi l'esposizione frequente ad antibiotici) e al diverso profilo

di rischio relativo alla popolazione anziana. Negli Stati Uniti sono stati osservati casi di infezioni gravi da *Clostridium difficile* in popolazioni tradizionalmente considerate a basso rischio (low risk populations) come preadolescenti non esposti a cure mediche e puerpere. Nonostante il rischio individuale di sviluppare CDI sia legato maggiormente all'esposizione a molteplici classi di antibiotici e/o a terapie prolungate, è emerso tuttavia, come l'esposizione ad una singola dose di antibiotico somministrato per profilassi perioperatoria sia associato ad un aumentato rischio di sviluppare CDI<sup>8,9,10</sup>.

La necessità di disporre di un sistema di sorveglianza è sottolineata anche dal fatto che l' *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* ha recentemente avviato un progetto per migliorare la capacità dei paesi membri di condurre la sorveglianza delle CDI attraverso un'azione mirata a promuovere la capacità diagnostica di laboratorio e definire un protocollo comune europeo, rafforzando le raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea del 5 Giugno 2009.

La sorveglianza deve consentire infatti il monitoraggio del trend epidemiologico della malattia e la caratterizzazione dei ribotipi prevalenti, già precedentemente descritti in altri paesi o non ancora identificati. Avere a disposizione dati epidemiologici sulla reale frequenza di CDI risulta necessario per aumentare la percezione di tale problema negli operatori sanitari e per attivare interventi per il miglioramento del livello di salute di una popolazione.

## MATERIALI E METODI

Sebbene l'attuazione di numerose iniziative abbia comportato importanti miglioramenti nel controllo del rischio di tale patologia, si è ritenuto di dover approfondire la conoscenza del fenomeno garantendo un sistema di sorveglianza attiva. A fronte della rimodulazione dell'offerta assistenziale, la sorveglianza attiva deve coinvolgere tutto il processo assistenziale, dalla realtà ospedaliera ai nuovi contesti sanitari.

La S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza della Azienda Sanitaria di Firenze ha avviato a partire da Gennaio 2010 un sistema di gestione e controllo del rischio infettivo completo nei suoi aspetti epidemiologici e strutturali, che consente oltre al monitoraggio costante del trend epidemiologico, l'analisi dei costi e benefici ad essa correlati. L'attività di sorveglianza è svolta grazie alla collaborazione delle Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero e della S.O.S. Epidemiologia. La popolazione inclusa nella sorveglianza è quella sottoposta a regime di ricovero ordinario nei cinque presidi ospedalieri dell'Azienda Sanitaria Fiorentina (P.O. San Giovanni di Dio, P.O. S. Maria Annunziata, P.O. del Mugello, P.O. S. Maria Nuova, P.O. Serristori). I cinque presidi ospedalieri si configurano come "ospedali per acuti" con un totale di 970 posti letto di cui 828 a ciclo continuo e 142 in D. Hospital. La sorveglianza attiva viene regolamentata e resa operativa dalla Procedura Aziendale "Sorveglianza Prevenzione Diagnosi e Trattamento del *Clostridium difficile* in ambiente ospedaliero". Tale Procedura si avvale di strumenti di riferimento come le schede di notifica, assunte come indicatore quantitativo di esito, e le schede di indagine epidemiologica, come strumento di rilevazione di indicatori di processo.

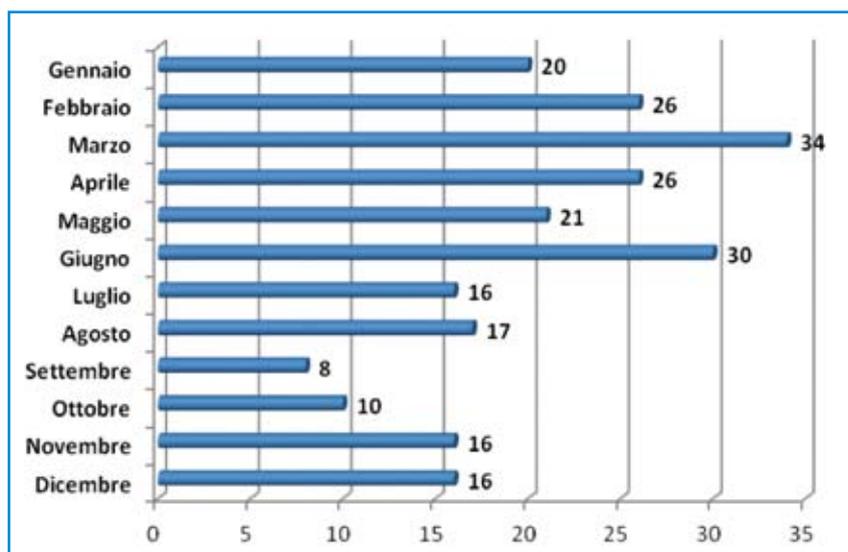
**L'indagine epidemiologica**, condotta dall'infermiere addetto al controllo delle infezioni o dal medico di Dire-

zione Sanitaria, consiste nella raccolta di tutte le informazioni utili a definire tempi, cause e modalità di insorgenza del caso. Permette di raccogliere le informazioni cliniche, i fattori di rischio che il paziente presenta, l'area di provenienza, la terapia antibiotica prescritta. Chiede di specificare se le misure di prevenzione e controllo sono adottate, il tipo di isolamento, l'utilizzo dei DPI e la predisposizione di uno strumentario dedicato; indaga la corretta adozione delle modalità di sanificazione ambientale e la comunicazione al personale incaricato. La scheda uniforme e standardizzata per tutti i presidi ospedalieri è stata costruita in modo tale da poter fornire informazioni su tutto il processo di prevenzione e controllo e come strumento per la raccolta dati per il presente studio. Sulla base di tale scheda è stato costruito un database utilizzando EpiInfo per la raccolta dei dati che vengono analizzati a cadenza mensile. Uno degli strumenti operativi che consente di monitorare l'adesione da parte degli operatori sanitari alle indicazioni dettate dalla Procedura è la "**Check-list di verifica sulle misure da adottare per paziente con *C. difficile***". Si tratta di uno strumento innovativo utilizzato come indicatore di esito e di processo. La sua compilazione, a cura del Coordinatore Infermieristico del reparto ospedaliero che ha in carico il paziente o di un suo delegato, e la successiva analisi, consente di verificare l'adesione alle misure di controllo ritenute necessarie per limitare la diffusione della patologia, permettendo delle verifiche immediate. Viene inserita nella cartella clinica, rispondendo in modo positivo alle eventuali implicazioni medico-legali.

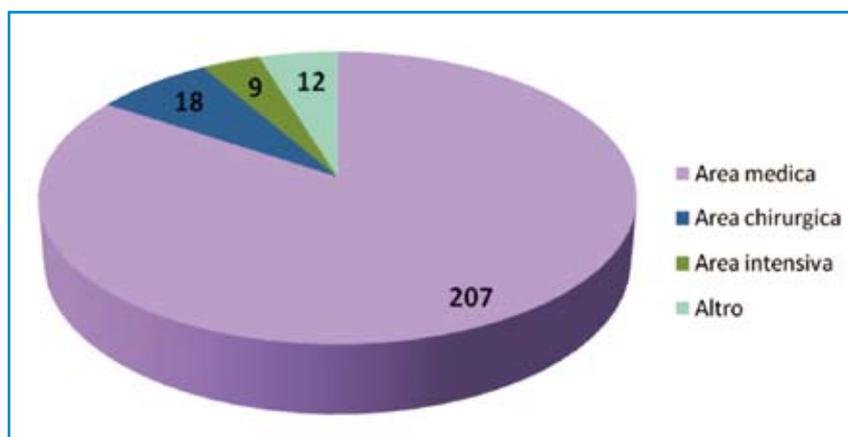
La sanificazione ambientale ha un ruolo cardine ai fini della prevenzione e controllo della diffusione della patologia, i riferimenti di letteratura internazionale ed europea ci indicano l'appropriatezza dei disinfettanti da utilizzare alle corrette concentrazioni e ai relativi tempi di contatto<sup>11</sup>. La

Procedura Aziendale si attiene alle indicazioni di letteratura scientifica e sottolinea l'importanza di garantire momenti formativi rivolti al personale addetto alla sanificazione perché possano recepire ed attenersi alle istruzioni operative. All'interno della ASL 10 la sanificazione ambientale è esternalizzata, pertanto diventa ancora più necessario approfondire le modalità di comunicazione tra la ditta in appalto e il coordinatore infermieristico. Il coordinatore infermieristico o suo delegato si avvale della "**Check-list per il monitoraggio della sanificazione ambientale in corso di *Clostridium difficile***" come strumento di verifica e controllo dell'attività svolta dalla ditta in appalto.

In presenza di una aumentata incidenza di casi, epidemie o cluster epidemici, uno strumento di osservazione e di approfondimento ulteriore diventa l'attivazione di un **Team di controllo**. Tale attività, che richiede una équipe multi professionale, si pone l'obiettivo fondamentale di monitorare l'adesione da parte di tutti gli operatori sanitari alle *best-practices* dettate dalla Procedura Aziendale e di rispondere alle criticità attraverso interventi di miglioramento. Adempie alle proprie finalità attraverso la compilazione della "**Check-list per la verifica interna dell'applicazione delle misure di controllo per *Clostridium Difficile***" e della "Check-list per il monitoraggio della sanificazione ambientale in corso di *Clostridium difficile*". E' uno strumento pratico e veloce, ma che allo stesso tempo svolge il fondamentale compito di individuazione delle criticità nella procedura assistenziale fino a quel momento non evidenziate. Al termine del periodo di osservazione si procede all'elaborazione dei dati. Il Team di controllo lavorerà sugli aspetti di non conformità emersi dall'analisi delle schede. Tale processo permette la pianificazione di eventuali interventi correttivi, e non solo, ma anche la validità del Team come organismo per la gestione del rischio



**Grafico 1:** Distribuzione dei casi di *C. difficile* per mese di insorgenza.



**Grafico 2:** Distribuzione dei casi di *C. difficile* per area clinica di provenienza

infettivo e l'efficacia delle schede come strumento di rilevazione. I risultati saranno restituiti attraverso un feedback immediato agli operatori sanitari come implementazione al cambiamento<sup>11,12,13</sup>.

## RISULTATI

Il sistema di sorveglianza attiva per la gestione e il controllo della patologia da *C. difficile* è diventato operativo dall'anno 2010 ed è continuato negli anni successivi, presentando un quadro epidemiologico in linea con le altre realtà internazionali ed europee. L'obiettivo finale è costituito dall'utilizzo dei dati e dal monitoraggio dei programmi di attività intesi come continua valutazione della relazione

intervento-cambiamento. Tale sorveglianza ci garantisce di seguire l'evoluzione della dimensione del fenomeno negli aspetti delle complicanze, dei fattori di rischio, delle recidive, dell'utilizzo della terapia antibiotica combinata e/o protratta, delle epidemie, e grazie al feedback dei risultati orientare le misure di prevenzione ad interventi efficaci di miglioramento. Nell'anno 2012 sono stati notificati 246 casi di *C. difficile* (Grafico 1), dei quali 132 femmine e 114 maschi. La popolazione è risultata così composta, 229 pazienti avevano un'età  $\geq 65$  anni (93,9%), mentre 15 pazienti erano adulti con meno di 65 anni (6,1%).

Per quanto attiene la distribuzione per area clinica di provenienza, 207

pazienti provengono da reparti afferenti all'area medica, 18 dall'area chirurgica, 9 dall'area intensiva, e le rimanenti 12 notifiche provenivano da altri reparti (Ortopedia, Ostetricia, Dea, Emodialisi) (Grafico 2).

In relazione alla provenienza dei pazienti 174 casi sono pervenuti nel Presidio Ospedaliero direttamente dal domicilio (70,7%) e 72 casi da un altro luogo di cura (29,3%) (Grafico 3), di cui: 50 da Case di Cura, 12 da RSA, 8 da altro ospedale dell'Area Fiorentina, 2 da Presidi Ospedalieri extra Area Fiorentina.

L'analisi dei fattori di rischio ha messo in evidenza che i fattori di rischio maggiormente implicati nello sviluppo della patologia sono stati per 152 pazienti almeno un ricovero nei tre mesi precedenti (61,8%), per 145 pazienti una terapia antibiotica in atto (58,9%), e l'età  $\geq 65$  anni (9,8%) (Grafico 4).

Nel periodo in osservazione 34 pazienti hanno avuto episodi di recidiva, di cui 6 sono rappresentate da un secondo episodio di recidiva, confermando che il rischio aumenta esponenzialmente con il numero di episodi.

**Le misure di controllo.** Le strategie di controllo hanno gli obiettivi di identificare, isolare e trattare in maniera efficace i casi di infezione da *Clostridium difficile*.

**Trattamento:** la Procedura Aziendale, per il trattamento dei pazienti con CDI prevede l'utilizzo di Metronidazolo e Vancomicina utilizzati singolarmente oppure in combinazione; 93 pazienti sono stati trattati con Metronidazolo (37,8%), 69 con Vancomicina (28%), per 69 pazienti è stata adottata una terapia in combinazione (28%).

**Isolamento:** per 117 pazienti è stato attuato un isolamento funzionale (47,6%), per 105 pazienti è stata assegnata una stanza singola con bagno dedicato (42,7%), per 15 pazienti è stato fatto un isolamento di coorte per la presenza all'interno del Presidio Ospedaliero di altri pazienti con infezione da *C. difficile*; in 3 casi si

è ritenuto opportuno assegnare un servizio igienico dedicato al paziente deambulante e in 2 casi per le condizioni cliniche del paziente si è ritenuto trasferirlo all'U.O. di Malattie Infettive. In 50 casi vi è stata presenza contemporanea all'interno della stessa linea di degenza di un altro caso di *C. difficile*.

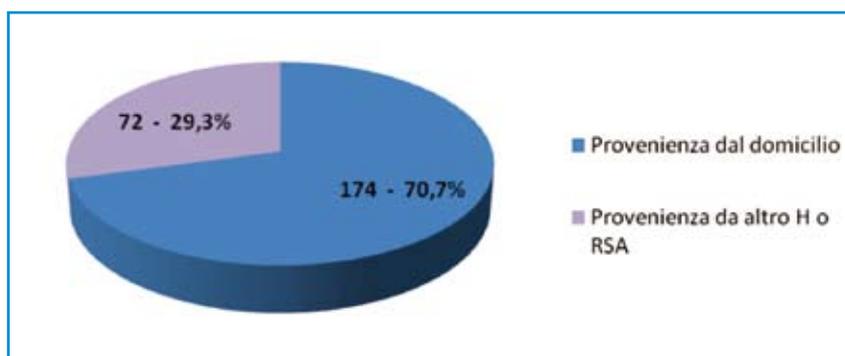
**Igiene delle mani e utilizzo dei dispositivi di protezione individuale:** dall'analisi di tutte le inchieste epidemiologiche è emerso che in 232 casi (95,1%) nella stanza di degenza era presente sia un detergente antisettico (clorexidina al 4%) sia gel alcolico al letto del paziente; in 6 casi era presente unicamente il gel alcolico e in 6 casi solo il detergente antisettico al lavandino prossimale. È stato rilevato che nel 99,6% dei casi nelle immediate vicinanze del paziente erano disponibili i dispositivi di protezione individuale idonei.

**Sanificazione:** nella quasi totalità dei casi, nel periodo preso in esame tutto il personale addetto agli interventi di igiene ambientale, sia il personale della ditte di pulizia che opera durante le ore diurne, sia il personale ausiliario dell'Azienda Sanitaria, ha effettuato la sanificazione con prodotti a base di ipoclorito di sodio, con l'utilizzo di panni monouso nel 94,3% e dispositivi di protezione individuale nel 93,5%.

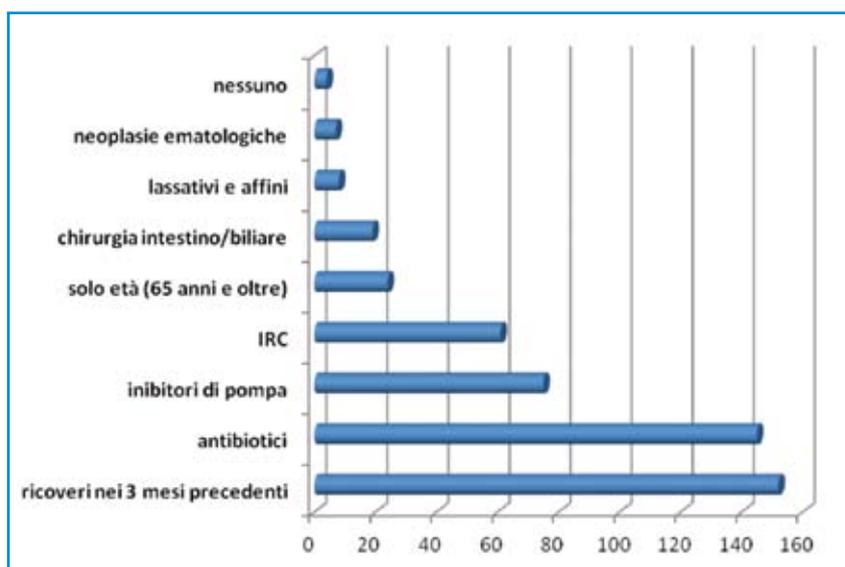
**La comunicazione:** l'indagine epidemiologica e la checklist per i coordinatori infermieristici ha evidenziato che in 224 casi la presenza di infezione è stata comunicata agli addetti alla sanificazione ambientale, agli operatori addetti al trasferimento del paziente e al personale volontario.

Gli **interventi di educazione sanitaria** rivolti al paziente e ai familiari si svolgono grazie ad un colloquio informativo e alla consegna di una brochure esplicativa. I familiari sono stati informati nel 93,1% dei casi.

**Origine dell'infezione:** la compilazione dell'inchiesta epidemiologica nella definizione di caso per la sorveglianza, permette di definire se si



**Grafico 3:** Distribuzione dei casi di *C. difficile* per provenienza.



**Grafico 4:** Distribuzione fattori di rischio.

tratta di infezione correlata all'assistenza (ICA), caso di ICA insorta in comunità, oppure infezione di origine comunitaria. Le infezioni sicuramente correlate all'assistenza sono state 113 (45,9%), le infezioni correlate all'assistenza insorte in comunità 79 (32,1%), mentre 28 casi sono di origine comunitaria, 26 casi sono stati di origine indeterminata.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'impegno degli operatori sanitari, attraverso l'attuazione di un progetto trasversale che ha coinvolto differenti responsabilità con competenze diverse, ci ha permesso di garantire una maggiore uniformità dei programmi di sorveglianza attiva che diventano, anche grazie al feedback

dei risultati, un efficace strumento di implementazione al cambiamento. Una efficace comunicazione e ritorno dei dati epidemiologici è diventato un aspetto cruciale per la corretta gestione dell'episodio infettivo. Nonostante i casi rispetto al 2011 sono aumentati, uno dei motivi è una maggiore sensibilità degli operatori sanitari e un miglioramento nella diagnosi microbiologica. Un altro motivo rilevante dell'incremento dei casi, conseguente alla rimodulazione dell'offerta assistenziale, è la provenienza da altri contesti sanitari, come RSA e assistenza domiciliare. Un obiettivo di miglioramento è stato favorire la comunicazione e la diffusione delle informazioni sanitarie tra i diversi professionisti che intervengono nella cura del paziente a diversi livelli, pertanto l'Azienda

Sanitaria di Firenze ha predisposto la sperimentazione di un software di dimissione ospedaliera, da compilare a cura del medico, dove è stato predisposto un campo obbligatorio con l'informativa sulla colonizzazione e/o infezione dell'agente infettivo nel paziente in dimissione. Gli strumenti operativi "Inchiesta epidemiologica", "Check-list di verifica sulle misure da adottare per paziente con *C. difficile*", "Check-list per il monitoraggio della sanificazione ambientale in corso di *Clostridium difficile*", "Team di controllo", "Check-list per la verifica interna dell'applicazione delle misure di controllo per *Clostridium Difficile*", sono stati strumenti utili e di riferimento per aumentare da una parte la percezione degli operatori sanitari per questa problematica, e dall'altra per rispondere, seguendo i criteri di qualità e di sicurezza del paziente, alle criticità emerse. La diffusione di una nuova cultura delle infezioni correlate all'assistenza passa attraverso la dettagliata compilazione delle schede epidemiologiche e delle check-list, che ci hanno fornito criteri, standard ed indicatori utili per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento. Inoltre è stato preso in esame l'impatto economico nei processi di sanificazione ambientale che hanno richiesto interventi aggiuntivi. L'impatto economico è stato regolamentato all'interno dei capitolati di aggiudicazione dove vengono presi in esame gli interventi di sanificazione aggiuntivi effettuati durante la degenza del paziente infetto e al momento della dimissione. Attualmente un problema gestionale complesso è rappresentato dalle recidive, che possono essere espressione sia di reinfezione da ceppi differenti, che di mancata eradicazione dello stipo di origine. La gestione delle recidive pone le Organizzazioni Sanitarie davanti a un impegno consistente sia dal punto di vista di interventi di prevenzione che di impatto economico e a problemi clinici che inducono a nuove opzioni terapeutiche. La letteratura internazionale ci conferma

come l'adozione di un generalizzato uso prudente degli antibiotici (antimicrobial stewardship) determini una riduzione di questa patologia, un reale impatto sia sulle resistenze che sulla prevenzione di CDI. La politica antibiotica deve coinvolgere l'intera struttura ed essere affiancata da un attento monitoraggio e valutazione dell'impatto economico.

Davanti a tali considerazioni il campo della sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza deve permeare tutti i livelli del processo assistenziale, dalla realtà ospedaliera ai nuovi contesti sanitari come l'assistenza domiciliare integrata e le residenze sanitarie assistite. La strategia di intervento attuata nell'ambito della ASL 10 ha puntato a catalizzare l'impegno di tutti i professionisti coinvolti ad ogni livello nell'assistenza al paziente intorno al principio della qualità e della sicurezza delle cure. Temi come la qualità e la sicurezza delle prestazioni non rappresentano più un valore aggiunto, ma costituiscono un elemento imprescindibile nella valutazione dell'organizzazione sanitaria, nonché un diritto consapevolmente acquisito da parte del cittadino-utente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Borody TJ et al. *Bacteriotherapy using fecal flora: toying with human motions*. *J Clin Gastroenterol* 2004;38(6):475-483.
2. Loo VG et al., "A predominant clonal multi-institutional outbreak of *Clostridium difficile*-associated diarrhea with high morbidity and mortality" *N. Engl J Med* 2005; 353:2442-2449.
3. Health Protection Agency, "Quarterly Epidemiological Commentary: Mandatory MRSA, MSSA and *E. coli* bacteraemia, and *C. difficile* infection data (up to January-March 2012)", 14 Giugno 2012.
4. Dubberke ER et al. "Strategies to prevent *Clostridium difficile* infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008"; 29 (Suppl 1):81-92
5. Lucado J, Gould C, Elixhauser A. *Clostridium difficile* infections (CDI) in hospital stays. *Healthcare Cost and Utilization Project. Agency for Healthcare Research and Quality. Statistical brief #124. Available at: <http://www.hcup-us.abrq.gov/reports/statbriefs/sb124.pdf>. March 2012.*
6. Agency for Healthcare Research and Quality. *National and regional estimates on hospital use for all patients from the HCUP Nationwide Inpatient Sample (NIS). Available at: <http://www.hcupus.abrq.gov/db/nation/nis/nisummstats.jsp>. March 2012.*
7. Kochanek KD et al. *Deaths: Preliminary Data for 2009. National Vital Statistics Report. Available at: [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59\\_04.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_04.pdf). March 2012.*
8. Privitera G et al. *Prospective study of Clostridium difficile intestinal colonization and disease following single-dose antibiotic prophylaxis in surgery. Antimicrob Agents Chemother* 1991;35:208-210.
9. Carignan A et al. *Risk of Clostridium difficile infection after perioperative antibacterial prophylaxis before and during an outbreak of infection due to a hypervirulent strain. Clin Infect Dis* 2008;46:1838-1843.
10. APIC Implementation Guide - Guide to Preventing *Clostridium difficile* Infections 2013 Available at: [www.apic.org/implementationguides](http://www.apic.org/implementationguides)
11. SIMPIOS "Documento di indirizzo: Prevenzione e controllo delle infezioni da *Clostridium Difficile*" Il Pensiero Scientifico Editore, supplemento al volume 1, Numero 2, Revisione n° 1, Febbraio 2011.
12. Struttura Ospedaliera Semplice Vigilanza e controllo infezioni correlate all'assistenza Direzione Sanitaria Aziendale Firenze "Procedura: sorveglianza, prevenzione, diagnosi, trattamento del *Clostridium difficile* in ambiente ospedaliero", Gennaio 2012, Revisione 3.
13. Poli A, Settesoldi L. *Sorveglianza e prevenzione delle infezioni da Clostridium difficile nell'Azienda Sanitaria Fiorentina. Gimprios* 2011.

## I diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera negli Stati membri dell'Unione Europea in base alla Direttiva 24/2011/UE: stato dell'arte dell'applicazione in Italia

### Riassunto

La Direttiva 24/2011/UE disciplina i diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Entro il 25.10.2013 la Direttiva dovrà essere recepita da ciascun Paese dell'Unione. A tale riguardo è stata eseguita, soprattutto tramite la raccolta di materiale cartaceo e la consultazione degli specifici siti web europei e nazionali, una ricerca bibliografica, con l'obiettivo di raccogliere le informazioni aggiornate disponibili sullo stato dell'arte dell'applicazione della norma europea, con particolare riferimento alla realtà italiana. Dalle indagini è emerso che gli uffici competenti del Ministero della Salute, in collaborazione con rappresentanti regionali e delle province autonome, hanno avviato la predisposizione degli atti necessari, stabilito le varie tematiche, a livello di gruppi di lavoro e di workshop. Il decreto legislativo che riceverà la Direttiva dovrà specificare i diritti dei pazienti relativi all'assistenza transfrontaliera e, rispetto agli atti del passato, dovrà essere formulato in maniera molto chiara, senza lasciare spazio alcuno a possibili dubbi interpretativi che in passato hanno spesso richiesto l'intervento della Corte di Giustizia Europea. In particolare, dovranno essere esposti con la massima chiarezza e trasparenza i diritti che riguardano i seguenti aspetti: accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera, rimborso delle spese, modalità di informazione su qualità e sicurezza, assistenza farmaceutica.

Inoltre, nella presente relazione saranno affrontate altre tematiche fondamentali contenute nella Direttiva: 1) la creazione dei Punti di contatto nazionali (NCP) a cui i cittadini possono rivolgersi per ottenere informazioni; 2) il potenziamento delle reti di riferimento europee; 3) il riconoscimento reciproco delle prescrizioni farmaceutiche; 3) la creazione di sistemi e servizi di sanità on-line; 4) l'individuazione dei soggetti responsabili per la valutazione delle tecnologie sanitarie.

Il punto di maggiore interesse e, quindi, più atteso da parte dei cittadini europei riguarda la possibilità da parte degli Stati membri di introdurre (o di confermare) l'autorizzazione preventiva per ottenere cure programmate in un altro Stato dell'UE e che potranno, quindi, essere rimborsate dal sistema previdenziale del Paese di origine. L'autorizzazione preventiva per ottenere cure mediche programmate in regime di degenza ospedaliera o in caso di utilizzo di infrastrutture o di apparecchiature mediche altamente specializzate, dovrà essere subordinata a "esigenze di pianificazione del proprio sistema sanitario" e qualora "l'assistenza sanitaria in questione non possa essere prestata sul proprio territorio entro un termine giustificabile da un punto di vista clinico". Riguardo alle cure mediche di cittadini che soggiornano per vari motivi (esempio, per lavoro) in un altro Paese dell'UE o che necessitano di cure urgenti non programmate rimane confermata la precedente normativa.

### Karl Kob

*Collaboratore addetto alla ricerca sanitaria presso l'Assessorato alla sanità della Provincia Autonoma di Bolzano. Segretario Direttivo Nazionale A.N.M.D.O.*

### PAROLE CHIAVE:

Assistenza sanitaria transfrontaliera, qualità e sicurezza, equità e imparzialità, punti di contatto nazionali (NCP), sistema di autorizzazione preventiva, reti di riferimento europee, sanità elettronica, progetto mattone internazionale.

### INTRODUZIONE

In base ai Trattati dell'Unione Europea<sup>(2)</sup>, a tutti i cittadini, a prescindere dal Paese di origine e dalla situazione patrimoniale, deve essere garantito un "elevato livello di protezione della salute umana". In base ai compiti e ai poteri che i Trattati attribuiscono all'UE in materia sanitaria, la Commissione Europea ha avviato, soprattutto

nell'ultimo decennio, varie iniziative al fine di elaborare e definire in modo condiviso la definizione di un quadro comune per la mobilità dei pazienti e per la libera circolazione dei servizi. <sup>(1, 17, 18)</sup>

A tale riguardo, la Corte Europea di Giustizia, in seguito ai vari ricorsi presentati da cittadini europei dalla fine degli anni novanta <sup>(3)</sup> in poi <sup>(4, 5, 6, 7)</sup> per negati rimborsi da parte del sistema previdenziale del proprio Paese, ha pronunciato alcune sentenze, invitando il Parlamento e il Consiglio Europeo a disciplinare l'assistenza sanitaria transfrontaliera in maniera chiara e uniforme per tutti i cittadini.

Nel periodo 2001-2005 la Commissione Europea, in linea con le raccomandazioni esplicite della Corte Europea di Giustizia, ha intrapreso diverse iniziative di "consultazione ad elevato livello" <sup>(8, 9)</sup>. I risultati di tali consultazioni sono stati presentati in occasione del 32° Congresso Nazionale dell'Associazione Nazionale dei medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO) di Lecce nei giorni 21-23 settembre 2006, nell'ambito di una lettura magistrale dal titolo "La mobilità dei pazienti nell'Unione Europea: strumenti e impatto economico"<sup>(10)</sup>.

In data 5 settembre 2006, poche settimane prima di detto evento scientifico dell'ANMDO, la Commissione Europea ha formalmente avviato una nuova "Consultazione pubblica di elevato livello" in merito alla complessa tematica, con l'obiettivo di garantire la "sicurezza giuridica" per i servizi sanitari transfrontalieri nel quadro del diritto comunitario e di favorire la "cooperazione tra i sistemi di sanità" degli Stati membri dell'UE.

Al fine della stesura e dell'approvazione di una specifica Direttiva Europea, la Commissione ha stabilito che i vari portatori di interessi coinvolti nella Consultazione dovevano affrontare alcune questioni poco chiare, ponendo loro le seguenti domande:

■ a quali condizioni le cure sanitarie transfrontaliere dovranno essere autorizzate?

■ come gestire la comunicazione di informazioni ai pazienti sui trattamenti disponibili in altri Stati membri?

■ quali sono le autorità sanitarie di ciascun Paese responsabili e quindi garanti per la qualità e la sicurezza delle cure sanitarie?

■ chi ha la responsabilità per i danni/pregiudizi subiti in seguito a cure sanitarie transfrontaliere e per l'indennizzo corrispettivo?

■ quali sono le modalità cooperazione a livello europeo per garantire i diritti dei pazienti?

Inoltre, nell'ambito della Consultazione dovevano essere trattati alcuni ambiti specifici per la creazione di un valore aggiunto ai sistemi sanitari nazionali, quali:

■ le reti europee dei centri di riferimento;

■ la collaborazione nella valutazione delle nuove tecnologie in materia sanitaria;

■ la creazione di una piattaforma per lo scambio di buone pratiche per mezzo di dati e indicatori comparabili;

■ la definizione dei migliori metodi di valutazione dell'incidenza delle nuove proposte sui sistemi sanitari.

Terminate le consultazioni, alle quali hanno partecipato i vari portatori di interessi, la Commissione ha approvato un documento che dopo un lungo dibattito è stato approvato dal Consiglio e Parlamento Europeo. Nasce così la Direttiva 24/2011/UE, entrata in vigore il 25 aprile 2011, dal titolo "applicazioni dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera". La Direttiva dovrà essere recepita da tutti gli Stati membri entro il 25 ottobre 2013.

### I PRINCIPI DELLA DIRETTIVA 2011/24/UE

Entro il 25 ottobre 2013 la Direttiva 2011/24/UE (1) dovrà essere recepita e resa operativa tramite disposizioni legislative, regolamentari e amministrative a livello dei singoli Stati. In particolare, la direttiva europea dovrà

eliminare gli ostacoli che finora hanno impedito ai pazienti, pur avendone il diritto in base alle precedenti normative, di ottenere cure in altri Paesi dell'Unione <sup>(14)</sup>. Con il recepimento della normativa nella legislazione dei singoli Stati, viene disciplinato in maniera equa e uniforme il diritto di recarsi in uno Stato membro diverso da quello di appartenenza al fine di ottenere cure, nei termini sanciti dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia Europea consolidata ed in attuazione del principio della libera circolazione di servizi e delle persone sancito dai Trattati comunitari. Ciò richiede, alle amministrazioni nazionali, regionali e aziendali competenti in materia sanitaria, un consistente impegno strutturale e organizzativo. Le medesime dovranno, infatti, creare sinergie con i vari detentori di interessi in campo sanitario, ivi comprese le associazioni di volontariato. Tuttavia, la Direttiva va ben oltre alla definizione di quanto sopra esposto. Infatti, la citata norma sancisce nello stesso tempo anche il diritto dei pazienti a ricevere prestazioni di qualità e di sicurezza, che dovranno, quindi, essere in ogni caso garantite dal Paese in cui vengono erogate le cure. Pertanto, i pazienti che, dopo aver ottenuto l'autorizzazione nel Paese di origine, intendono recarsi in un altro Stato membro per cure mediche, dovranno poter compiere una scelta informata.

I pazienti dovranno poter accedere a tutte le informazioni sia riguardo alle condizioni ottenere, in un altro Paese, cure in regime ospedaliero o ambulatoriale particolarmente complesse, sia in merito a **qualità e sicurezza della struttura** e alle modalità di **rimborso**.

La Direttiva non si applica, invece, ai servizi nel settore dell'assistenza di lunga durata, ai trapianti d'organo e ai programmi pubblici di vaccinazione. Per l'assistenza specialistica in regime ambulatoriale che non comporta l'utilizzo di infrastrutture o di apparecchiature mediche altamente

specializzate, non è invece richiesta l'autorizzazione preventiva. Tuttavia, anche per tali prestazioni è opportuno informarsi preventivamente, preso le sedi competenti, sulle modalità e sull'entità del rimborso.

## PUNTI DI CONTATTO NAZIONALI

Al fine del rispetto dei principi fondamentali sanciti dalla direttiva comunitaria, gli Stati membri sono tenuti a creare uno o più **punti di contatto nazionali (NCP) per l'assistenza transfrontaliera**, che provvedono a consultare le organizzazioni dei pazienti, i prestatori di assistenza sanitaria e le assicurazioni sanitarie<sup>(1,11,12)</sup>. Detti punti di contatto forniscono ai cittadini tutte le informazioni che riguardano i diritti dei pazienti in caso di ricorso all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Inoltre, rendono noti gli indirizzi dei punti di contatto nazionali di tutti gli Stati dell'UE, forniscono tutte le informazioni necessarie, comprese le caratteristiche qualitative e di sicurezza della struttura in cui il cittadino intende recarsi per ottenere le cure mediche. In base alla Direttiva 24/2011/UE, lo **Stato membro di cura** (= lo Stato in cui un cittadino intende beneficiare di cure sanitarie transfrontaliere) è, infatti, tenuto ad assicurarsi che nella struttura sanitaria a cui un cittadino europeo intende rivolgersi, siano rispettate le norme di **qualità e di sicurezza**, per cui si assume l'obbligo di eseguire le verifiche necessarie. Inoltre, dovrà essere garantito il rispetto della **tutela dei dati personali** e della **parità di trattamento** nei confronti dei pazienti provenienti da altri Paesi comunitari. Eseguita la prestazione, lo **Stato membro di affiliazione** (= lo Stato in cui il cittadino è assicurato) è tenuto a farsi carico del **rimborso** della persona assicurata, a condizione che il trattamento ricevuto rientri nelle cure rimborsabili previste dalla legislazione nazionale. Per i cittadini italiani, tali prestazioni corrispondono ai livelli

essenziali di assistenza (LEA).

A tale riguardo, i **punti di contatto nazionali (NCP)** devono assicurare il coordinamento degli attori coinvolti nella raccolta e nella trasmissione dei dati, garantire la tempestività e la qualità dei dati trasmessi e definire i servizi di accesso via web, oltre ad essere in grado di fornire l'informazione richiesta dagli utenti con **semplicità d'uso** ("percorsi di integrazione") ed **equità**, per valorizzare in maniera paritetica tutte le eccellenze, senza distorsioni.<sup>(12)</sup> Per quanto riguarda la realtà italiana, l'attuale **Nuovo Sistema Informativo Sanitario** del Ministero della Salute è dotato degli strumenti per fornire dati e informazioni che vanno ben oltre a quanto richiesto dalla Direttiva europea. Infatti, sono disponibili i dati sulle principali caratteristiche di tutte le strutture/ servizi sanitari del Paese: assistenza primaria e continuità assistenziale, assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza ospedaliera e assistenza farmaceutica.<sup>(12)</sup> A tale riguardo, è di fondamentale importanza il decreto 05.12.2006 del Ministro della salute, con il quale sono stati adottati i modelli di rilevazione delle attività gestionali delle aziende sanitarie e ospedaliere ed ai quali sono state successivamente aggiunte alcune importanti modifiche per consentire ai cittadini europei l'accesso alle informazioni utili: sito web, indirizzo e-mail di riferimento, numero di fax. Riguardo alle farmacie, il Ministero della salute dispone, per ciascuna struttura, dei dati anagrafici con codice identificativo, della descrizione e tipologia della farmacia, e di localizzazione. I dati saranno disponibili tramite il servizio Punti di contatto nazionali di cui alla Direttiva.<sup>(12)</sup>

Recentemente, il Ministero della salute ha reso noto che è in corso di adozione il decreto che istituisce il **Sistema Informativo per i Monitoraggio della Rete di Assistenza (MRA)**<sup>(12,16)</sup> che permetterà di rilevare l'intera

rete di offerta del Servizio Sanitario Nazionale che comprende le strutture di ricovero autorizzate all'esercizio dell'attività sanitaria, le strutture territoriali accreditate e farmacie convenzionate con il SSN, le strutture territoriali autorizzate all'esercizio dell'attività sanitaria e non accreditate. Il nuovo sistema MRA metterà a disposizione di tutti i potenziali utenti del Servizio Sanitario Nazionale informazioni dettagliate sulle strutture sanitarie italiane.<sup>(12,16)</sup>

A prescindere dalle diverse denominazioni regionali, il modello di rilevazione prevede un vettore di descrittori che permettono di identificare con rapidità strutture sanitarie simili tra di loro riguardo ad attività, regime, target, specialità e LEA. Tutto ciò costituisce una grande sfida per gli attori chiamati a raccogliere, comporre e mettere a disposizione le informazioni per gli utenti, così come richiesto al servizio NCP. Il servizio dovrà, infine, assicurare il coordinamento degli attori coinvolti nella raccolta e nella trasmissione dei dati, garantire la tempestività e la qualità dei dati trasmessi e definire i servizi di accesso via web in grado di fornire l'informazione richiesta dagli utenti con semplicità d'uso (percorsi di interrogazione) ed equità (risposte che valorizzino in modo paritetico tutte le eccellenze, senza distorsioni).<sup>(12,16)</sup>

## IL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

Per evitare il rischio di destabilizzazione della pianificazione e/o del finanziamento del proprio sistema sanitario, in base alla Direttiva 24/2011/UE il Paese in cui è assicurato il cittadino (Stato di affiliazione) **potrà** prevedere un sistema di autorizzazione preventiva per potersi recare in un altro Paese per cure mediche. L'autorizzazione preventiva, strettamente legata a esigenze di **pianificazione del proprio sistema sanitario**, così come sancito dalla giurisprudenza consolidata

della Corte Europea di Giustizia, non potrà essere rifiutata nei seguenti casi: ricovero ospedaliero per almeno un notte o utilizzo di infrastrutture o apparecchiature mediche altamente specializzate, **quando l'assistenza sanitaria in questione non può essere prestata sul proprio territorio entro un termine giustificabile da un punto di vista clinico.** <sup>(1, 13, 16)</sup>

L'autorizzazione potrà, invece, essere rifiutata in caso di rischio per la sicurezza del paziente, quando l'assistenza sanitaria in questione è prestata da un operatore che "suscita gravi e specifiche preoccupazioni in termini di qualità e sicurezza, quando l'assistenza sanitaria in questione può essere prestata entro un termine giustificabile da un punto di vista clinico presso strutture sanitarie del territorio in cui il cittadino è assicurato".

Riguardo al rischio per la sicurezza, la Direttiva invita gli Stati membri a creare una rete europea di strutture accreditate, per evitare la creazione di strutture di dubbia qualità che offrono cure "miracolistiche", prive di efficacia soprattutto per i malati con prognosi infausta. <sup>(1, 13, 16)</sup>

Fatto salvo l'impiego di apparecchiature mediche altamente specializzate e quindi molto costose, i cittadini non necessitano di autorizzazione per **prestazioni sanitarie eseguite in regime ambulatoriale**, poiché in base alla citata giurisprudenza della Corte Europea di Giustizia, per tali prestazioni manca il presupposto di rischio di destabilizzazione della pianificazione e/o del finanziamento del proprio sistema sanitario.

Tuttavia, la Direttiva 24/2011/UE non disciplina soltanto tali aspetti che in passato erano applicati in maniera molto difforme, ma invita gli Stati membri ad adottare provvedimenti per promuovere la **cooperazione tra gli Stati membri dell'Unione** ai fini di un "elevato livello di protezione della salute umana" per tutti i cittadini comunitari.

Da un punto di vista operativo, dovranno soprattutto essere definite in

maniera molto chiara le condizioni e le regole procedurali per governare in maniera efficiente ed efficace i flussi di pazienti che si rivolgono in un altro Stato membro per ottenere cure sanitarie. A tale riguardo vanno individuate, tramite un elenco dettagliato, le prestazioni per le quali il paziente necessita di autorizzazione preventiva per far valere un suo diritto. Inoltre, vanno specificate in maniera articolata le cause del diniego alla concessione dell'autorizzazione, che dovranno basarsi sui seguenti aspetti <sup>(1, 13, 16)</sup>:

- rischio per il paziente o la popolazione o preoccupazioni sulla qualità o sicurezza dell'assistenza sanitaria prestata da un prestatore comunitario;

- possibilità che l'assistenza possa essere garantita anche sul territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico tenuto presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia.

Infine, dovranno essere definite le procedure per la richiesta e per il rilascio dell'autorizzazione con i seguenti presupposti:

- prescrizione su ricetta del Servizio sanitario nazionale;

- indicazione diagnostico-terapeutica, il luogo prescelto per la prestazione e l'importo che verrà rimborsato al richiedente.

Riguardo agli spazi decisionali delle regioni e delle province autonome, il decreto legislativo di recepimento della Direttiva 24/211/UE, dovrà contenere scelte uniformi a livello nazionale e definire gli eventuali ambiti in cui le regioni e province autonome possono apportare modifiche in base alla loro autonomia organizzativo-gestionale in ambito sanitario, sancita dalla Costituzione. <sup>(1, 13, 16)</sup>

## COOPERAZIONE IN MATERIA SANITARIA

La Direttiva 2011/24/UE invita gli Stati membri alla cooperazione per favorire in tutti i Paesi comunitari

l'attuazione della medesima. In particolare, incoraggia gli Stati membri di creare **reti di riferimento europee**, di promuovere la mobilità degli esperti nell'ambito della comunità europea e di favorire l'accesso alle prestazioni sanitarie altamente specializzate <sup>(1, 13, 16, 17, 18)</sup>. A tale scopo il Parlamento Europeo invita alla concentrazione delle risorse e delle competenze.

Un ulteriore importante provvedimento comunitario è il **reciproco riconoscimento delle prescrizioni farmaceutiche**, qualora il farmaco sia autorizzato nel Paese di affiliazione.

Al fine di rafforzare la continuità delle cure e l'accesso a prestazioni assistenziali di elevata qualità, la Direttiva prevede anche la creazione di **sistemi e di servizi di sanità on-line**. A tale scopo è prevista la creazione di una rete di autorità nazionali responsabili dell'assistenza sanitaria on-line.

Per favorire la cooperazione comunitaria in merito alla **valutazione delle tecnologie sanitarie**, la Direttiva invita alla creazione di una rete delle autorità o degli organi responsabili.

## IL PIANO D'AZIONE SULLA SANITÀ ELETTRONICA

Nel mese di dicembre 2012, la Commissione europea ha annunciato, tramite un comunicato stampa, un "piano d'azione per far cadere le barriere al pieno utilizzo delle soluzioni digitali nei sistemi sanitari europei". Con tale provvedimento l'UE si prefigge l'obiettivo di "migliorare le prestazioni sanitarie a beneficio dei pazienti, di offrire a questi un maggior controllo delle proprie cure mediche e di ridurre i costi." <sup>(13, 16, 17, 18)</sup>

Il piano d'azione intende chiarire le aree d'incertezza del diritto, migliorare l'interoperabilità tra i sistemi, sensibilizzare pazienti e operatori sanitari, conferire al paziente un ruolo centrale tramite iniziative di gestione personale della salute, promuovendo

la ricerca nel campo della medicina personalizzata. Infine, sarà offerta una consulenza giuridica gratuita per l'avvio di imprese nel settore della sanità elettronica.<sup>(16)</sup>

L'agenda digitale europea comprende tre azioni specifiche in materia di sanità elettronica finalizzate ad un'ampia diffusione della telemedicina, all'accesso dei pazienti alla propria cartella clinica e all'interoperabilità<sup>(13, 17, 18)</sup>. Dopo un primo "Piano d'azione sulla sanità elettronica" avviato nel 2004, a cui negli anni successivi sono seguite altre iniziative, nel 2011 sono state approvate tre importanti misure:<sup>(12)</sup>

- l'adozione, quale primo atto legislativo dell'UE sull'interoperabilità della sanità elettronica, della Direttiva 24/2011/UE;

- l'avvio del progetto pilota su larga scala ePSOS che riunisce 23 paesi allo scopo di sviluppare i servizi transfrontalieri di cartella clinica elettronica e di prescrizione elettronica in Europa;

- l'attivazione del sub-progetto sulla sperimentazione di servizi di assistenza integrata e di gestione delle malattie croniche mediante soluzioni innovative di tele-monitoraggio, nell'ambito del programma europeo "Invecchiare rimanendo attivi e in buona salute" che comprende 262 impegni e coinvolge 3000 portatori d'interesse, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita di 4 milioni di anziani in Europa entro il 2015, nell'ambito della European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging - EIPHA, il sub-progetto sulla sperimentazione integrata.

A tale riguardo, in data 3 giugno 2013 presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale (ASSR) dell'Emilia-Romagna di Bologna si è svolto, in collaborazione con il progetto "Mattone internazionale", un workshop internazionale dal titolo "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia", per "confrontarsi dentro e fuori i confini nazionali e dare risposte concrete e innovative alla sfida

dell'invecchiamento demografico".<sup>(16)</sup> ([www.progettomattoneinternazionale.it/servizi/eventi](http://www.progettomattoneinternazionale.it/servizi/eventi))

## ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nel caso dei farmaci, nel campo di applicazione rientrano soltanto i farmaci già rimborsati dal Servizio sanitario nazionale (fascia A e H, elenco farmaci 648).<sup>(1, 16)</sup> Possono insorgere problematiche in determinati casi:

- periodo finestra tra approvazione all'AIFA e disponibilità nella propria Regione;

- farmaci ad alto costo che fanno parte di procedure complesse, con liste di attesa;

- farmaci a carico del SSN per i quali sono presenti carenze in Italia. In tal caso il cittadino potrebbe recarsi all'estero e richiedere legittimamente il rimborso.

Riguardo al riconoscimento delle ricette emesse in un altro Stato membro, esiste già una direttiva di esecuzione 2012/52/UE della Commissione del 20 dicembre 2012, che contiene le misure necessarie in merito (G.U. Europea 22/12/2012). I Punti di contatto nazionali (NCP) dovranno fornire informazioni relative ai dati da includere nelle ricette. Entro il 25 ottobre 2013 tutti gli Stati dovranno conformarsi a detta Direttiva.<sup>(16)</sup>

## IL PROGETTO MATTONE INTERNAZIONALE

Sotto la regia del Ministero della Salute e con il coordinamento della Regione Veneto, affiancata dalla Regione Toscana, nasce il **progetto Mattone Internazionale** con l'obiettivo di "rispondere all'esigenza condivisa di portare la sanità delle regioni in Europa e l'Europa nei sistemi sanitari delle regioni italiane, nel quadro di una collaborazione sinergica con il Sistema Paese".<sup>(13, 14, 16)</sup>

Il progetto Mattone internazionale si

prefigge i seguenti obiettivi<sup>(13, 14, 16)</sup>:

- promuovere la divulgazione sul territorio nazionale delle politiche comunitarie e delle possibilità di accesso ai programmi europei per la ricerca e l'innovazione;

- supportare la partecipazione dell'Italia e delle Regioni italiane al processo decisionale dell'Unione Europea in materia di sanità e di ricerca medica;

- coinvolgere attivamente le Regioni italiane nel dibattito sanitario internazionale;

- supportare la partecipazione delle Regioni italiane alle politiche di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e delle altre Agenzie internazionali;

- aumentare la competenze e la competitività delle Regioni italiane in ambito internazionale;

- supportare e rendere competitiva la partecipazione delle Regioni italiane, così come delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere, ai finanziamenti Europei ed internazionali;

- diffondere le opportunità derivanti dalla progettazione nel settore della cooperazione decentrata e delle emergenze sanitarie.

A tale scopo, sono stati creati 5 Pilastri fondamentali:

**Pilastro 1.** Piano di Formazione Nazionale

**Pilastro 2.** Creazione di un database

**Pilastro 3.** Comunicazione e informazione

**Pilastro 4.** Piani di formazione locale

**Pilastro 5.** Internazionalizzazione dei sistemi sanitari

All'interno del Mattone Internazionale nasce il "**Progetto Dir-Mi: azioni a supporto del processo di implementazione della Direttiva 2011/24/UE**". L'argomento è stato ampiamente trattato nell'ambito di un workshop residenziale, svoltosi a Roma nei giorni 2-3 luglio 2013.<sup>(14, 16)</sup>

Il Progetto Dir-Mi intende fornire un supporto al processo di implementazione della Direttiva e nello specifi-

co accompagnare la creazione di un "sistema di relazioni e informazione" tra i diversi soggetti e le diverse iniziative progettuali coinvolti nel processo stesso di implementazione. Al fine di supportare il recepimento e l'applicazione della Direttiva 2011-24-EU, detto progetto è articolato in 4 pacchetti di lavoro (WP):<sup>(14)</sup>

WP 1 - Cabina di Regia

WP 2 - Comunicazione e Informazione

WP 3 - Formazione

WP 4 - Studio di valutazione

### WP 1 - Cabina di Regia

(Ministero della Salute, Age.Na.a, ISS, AIFA, Regioni e Province Autonome). Competenze: mappatura dell'esistente, verifica e monitoraggio dello stato dell'arte dei percorsi legislativi, ovvero analisi dei percorsi e verifica dello stato dell'arte, raccolta delle esigenze da parte delle Regioni e Province autonome, attività di allineamento continuo tra tutte le attività mappate.

### WP 2 - Comunicazione e Informazione

Competenze: conferenza di lancio del progetto Dir-Mi, aggiornamento sezione tematica dedicata all'interno del portale del PMI ([www.progettomattoneternazionale.it](http://www.progettomattoneternazionale.it)), realizzazione della Pocket-Guide, realizzazione di un opuscolo informativo, realizzazione infoday.

### WP 3 - Formazione

Competenze: piano di formazione nazionale (PFN Dir-Mi), realizzazione di corsi a distanza, realizzazione sezione FAQ, finanziamento di attività di "formazione a cascata" attraverso l'Avviso 1

### WP 4 - Studio di valutazione

Competenze: qualità e tempestività delle informazioni, individuare eventuali criticità nelle funzioni informative svolte dal punto di contatto nazionale, realizzazione di workshop con le associazioni di stakeholder

## IL PUNTO SULLE ATTIVITÀ PER L'IMPLEMENTAZIONE NEL CONTESTO NAZIONALE DELLA DIRETTIVA

Alla data 2 luglio 2013 erano state adottate le seguenti misure:<sup>(14, 16)</sup>

**a.** Istituzione di un **Gruppo di coordinamento** costituito dai rappresentanti delle varie Direzioni generali del Ministero della salute coinvolte, dal Coordinamento delle Regioni, dall'ISS e dall'AGENAS.

**b.** Istituzione di **sub-comitati tecnici** composti da rappresentanti delle varie regioni e del Ministero della salute e suddivisi per materia: punto di contatto, aspetti giuridici e procedure amministrative, reti di riferimento europee, tariffe, riconoscimento prescrizione medica.

## CONCLUSIONI

Da quanto sopra esposto, emerge che la reciproca informazione tra gli Stati membri dell'UE rappresenta una condizione fondamentale e indispensabile per il miglioramento della salute, della qualità di vita dei cittadini e della crescita socio-economica. A prescindere dalla presenza e funzionalità del punto di contatto nazionale istituito ai sensi della Direttiva 24/2011/UE, le regioni e le province autonome nonché le aziende ospedaliere e sanitarie dovranno attivare strutture/servizi dedicati per l'applicazione della Direttiva. A tale riguardo, le direzioni sanitarie delle aziende ospedaliere e sanitarie nonché di presidio, soprattutto di quelle che erogano prestazioni di eccellenza clinica, dovranno adottare e promuovere misure organizzative ai fini dell'applicazione della Direttiva. In particolare, alle direzioni sanitarie degli ospedali italiani spetta la promozione delle seguenti misure:

- rendere pubbliche, attraverso il sito web aziendale di qualità e di facile consultazione, le principali attività cliniche, il regime assistenziale adottato (degenza, day hospital, ambulatoria-

le), il target, le discipline specialistiche, le prestazioni cliniche erogate;

- rendere pubblici i risultati clinici in analogia al sistema di massima trasparenza statunitense;

- rendere pubblica l'attività scientifica svolta soprattutto nell'ultimo triennio, i cui risultati risultano essere stati pubblicati su riviste scientifiche internazionali;

- rendere pubblici i servizi e le attività finalizzate alla promozione della qualità e della sicurezza dei servizi (servizio di igiene ospedaliera, ufficio qualità, organizzazione servizio per la sicurezza, presenza di servizio di supporto ai pazienti stranieri riguardo ad accoglienza, accompagnamento, supporto per organizzare il viaggio dopo la dimissione, ecc., ecc.

- garantire la presenza di operatori sanitari con conoscenze di più lingue straniere, in particolare dell'inglese;

- dotare l'ufficio informazione, la portineria e l'ufficio per le relazioni con il pubblico di personale particolarmente qualificato, con una buona conoscenza della sanità europea;

- assicurare, a livello amministrativo, la presenza di personale esperto in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera, con particolare riferimento ai diritti e alle modalità dei rimborsi che vigono nei vari paesi comunitari;

- promuovere la stipula di convegni con strutture alberghiere e ristoranti limitrofe all'ospedale per i pazienti ambulatoriali o in trattamento in regime di day hospital nonché per eventuali accompagnatori;

- investire risorse per la partecipazione del personale a corsi di formazione, ai fini della conoscenza delle normative europee in materia sanitaria e del conseguimento di una visione europea.

Quindi, per far fronte alle attuali e future sfide di competitività europea in sanità, i medici delle direzioni sanitarie di azienda ospedaliera e di presidio dovranno intraprenderem iniziative per far conoscere ai citta-

dini europei le proprie strutture di eccellenza clinica, le principali attività svolte, la tipologia e la qualità delle prestazioni fornite, le procedure d'accesso in diverse lingue europee.

Per promuovere la competitività europea riguardo alle eccellenze cliniche, risulta altresì fondamentale supportare, anche tramite forme di incentivazione, la ricerca biomedica e clinico-assistenziale. La ricerca scientifica, che in base alla modifica del titolo V della Costituzione fa parte dei compiti istituzionali delle regioni e delle province autonome e che dovrà quindi essere svolta nelle strutture delle aziende ospedaliere e sanitarie, richiede la presenza di specifiche strutture di supporto: segreteria scientifica, core facilities, biblioteca virtuale, ecc. Le direzioni sanitarie, oltre a promuovere per le proprie eccellenze cliniche specifiche linee di ricerca ritenute prioritarie in base al piano sanitario nazionale ed ai piani sanitari regionali e delle province autonome, dovranno incentivare i dipartimenti e le unità operative alla partecipazione ai bandi di ricerca sanitaria sia a livello europeo che in ambito nazionale. A tale fine, in futuro le regioni, le province autonome e le aziende ospedaliere e sanitarie dovranno dedicare una parte del budget della sanità (almeno il 3%) alla ricerca sanitaria. L'applicazione della Direttiva 24/2011/UE che riguarda i diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera nell'Unione Europea deve essere vista, dai policy makers degli Stati europei non tanto come un obbligo o onere sancito dal Parlamento e dal Consiglio Europeo, ma come una grande unica opportunità per dare maggiore visibilità alle proprie eccellenze a livello europeo e, non per ultimo, per attrarre risorse che potranno essere investite per migliorare/potenziare la qualità dell'assistenza a beneficio dei propri cittadini. Sussistono i presupposti a tale riguardo, in quanto il sistema sanitario italiano è uno tra i migliori al mondo.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera*
2. *Trattato che istituisce la Comunità europea (versione consolidata 1992), Gazzetta ufficiale n. C 224 del 31 agosto 1992 e Trattato che istituisce la Comunità europea (versione consolidata 1997), Gazzetta ufficiale n. C 340 del 10 novembre 1997*
3. *Raimond Kohll c. Union des caisses de maladie, C-155/96 del 28 aprile 1998, Racc. 1998, e Nicolas Decker c. Caisse de maladie des employés privés, C. Causa C-120/95 1998*
4. *B.S.M. Smits coniugata Geraets c. Stichting Ziekenfonds VGZ e H.T.M. Peerbooms c. Stichting CZ Groep Zorverzekeringen, C-157/99 del 21 luglio 2001, Racc. 2001*
5. *V.G. Müller-Fauré. Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA e E.E.M. van Riet c. Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO, del 13 maggio 2003, C-385/99, Racc. 2003*
6. *Inizan c. Caisse Primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, del 23 ottobre 2003, C-56/01 Racc. 2003*
7. *Watts c. Primary Care Trust and Secretary of State for Health, sentenza 16 maggio 2006*
8. *Processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea, dicembre 2003*
9. *Comunicazione della Commissione delle Comunità europee "Seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea", Bruxelles, 20.4.2004, COM(2004) 301 definitivo*
10. *K. Kob, "La mobilità dei pazienti nell'Unione Europea": strumenti ed impatto economico", L'OSPEDALE, Trimestrale di Igiene, Tecnologia, Management degli Ospedali e dei Servizi Sa-*

- nitari Territoriali, N° 3/suppl., 2006*
11. *C. Marinacci ed al., Punto di contatto Nazionale: strumenti di accesso, atti workshop, "Progetto Dir-Mi: azioni a supporto del processo di implementazione della Direttiva 2011/24/UE", Roma 2-3 luglio 2013*
  12. *C. Tamburini et al., Punto di contatto nazionale: strumenti di accesso, informazioni disponibili e punti di attenzione - Il patrimonio informativo delle strutture della rete sanitaria, atti workshop, "Progetto Dir-Mi: azioni a supporto del processo di implementazione della Direttiva 2011/24/UE", Roma 2-3 luglio 2013*
  13. *www.progettomattoneinternazionale.it/*
  14. *Carlo Bramezza, Maria José Pinilla Caldés, atti del workshop, Progetto Dir-Mi: azioni a supporto del processo di implementazione della Direttiva 2011/24/UE", Roma 2-3 luglio 2013, www.progettomattoneinternazionale.it/*
  15. *S. Acquaviva, "Mobilità sanitaria in ambito UE, Direttiva 2011/24/UE, atti del workshop, Progetto Dir-Mi: azioni a supporto del processo di implementazione della Direttiva 2011/24/UE", Roma 2-3 luglio 2013, www.progettomattoneinternazionale.it/*
  16. *Atti del workshop atti del workshop, Progetto Dir-Mi: azioni a supporto del processo di implementazione della Direttiva 2011/24/UE", Roma 2-3 luglio 2013, www.progettomattoneinternazionale.it/servizi/eventi/cerca\_fase03.aspx?ID=2053*
  17. *http://eur-lex.europa.eu/it/index.htm*
  18. *http://europa.eu/eu-life/healthcare/index\_it.htm*
  19. *Direttiva di esecuzione 2012/52/UE della Commissione del 20 dicembre 2012 comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro (http://eur-ex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ*

# FORUM per L'innovazione in Sanità

Il Forum per l'Innovazione in Sanità è frutto dell'iniziativa di **Anmdo – Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere, Siais, Società Italiana dell'Architettura e dell'ingegneria per la Sanità, Fare, Federazione delle Associazioni Regionali degli Economi e Provveditori della Sanità, e Aiop, Associazione Italiana Ospitalità Privata**. L'obiettivo è promuovere l'innovazione come volano per rinnovare la sanità. Accanto alle associazioni, costituiscono importanti attori le aziende di produzione industriale e servizi, già all'avanguardia nell'ambito dell'innovazione: **Siemens, Johnson & Johnson, Bristol Myers Squibb, Ecosì, Therakos, Markas, Copma, Operosa**.

Il progetto si propone di ridefinire regole, formule e schemi di una macchina chiamata oggi a confrontarsi con mutate condizioni e complesse sfide: la globalizzazione e la conseguente trasformazione del mercato; l'invecchiamento della popolazione e i correlati scenari di assistenza e sanitari; le minori risorse pubbliche disponibili e i conseguenziali processi di razionalizzazione.

**L'Innovazione è la risposta a tali istanze.** Ripensare prodotti e procedure, servizi e processi, formazione e rapporti per affrontare gli attuali cambiamenti, generando maggiore competitività, sostenibilità, nuove opportunità imprenditoriali e di mercato.

Per confrontarsi su questi temi e per condividere progetti innovativi che supportano la riflessione ed il progetto il Forum ha messo a punto due seminari: **a Roma, presso l'Hotel Donna Camilla Savelli il 16 maggio 2013 e a Bologna, presso l'Aemilia Hotel il 4 giugno. Il percorso del 2013 si concluderà con una Tavola Rotonda che si terrà il 25 settembre 2013, a Roma, all'interno del Congresso Nazionale ANMDO.**

Dal Manifesto del Forum dell'Innovazione:

*“... Lo sviluppo e la diffusione di nuove tecnologie riveste un ruolo centrale per la crescita di output e produttività. L'innovazione è il perno dei cambiamenti economici.*

*L'approccio sistemico all'innovazione focalizza l'attenzione sull'interlocuzione con i decisori politici attraverso un processo interattivo di creazione di conoscenza e di diffusione della stessa.*

*Il forum dell'innovazione si propone di favorire l'interfacciamento delle imprese con i decisori politici al fine di favorire l'innovazione industriale in sanità. Le Associazioni che fanno parte del Forum contribuiscono, ciascuna per quanto di propria competenza, a valutare l'innovazione e a certificare che tale innovazione si traduca effettivamente in miglioramento della qualità e in ottimizzazione delle risorse tenendo conto di tutti gli aspetti che possono facilitare l'innovazione o frenarla (comportamenti; tassazioni; regolamentazioni; standard sanitari; controlli di qualità; diritti di proprietà; overlapping...).*

*Bisogna operare in modo parallelo. Per farlo occorrono figure professionali innovative. Attenzione. Innovative, non nuove. Non si tratta di trovare nuovi modi di estrarre valore da attività e pratiche esistenti. Si tratta d'innovare, di ricombinare in modo opportuno pratiche esistenti e da inventare, per trovare nuovi modi di generare valore, di creare ricchezza...”*

Di seguito vengono riportati alcuni interventi esposti durante i seminari.

## Logistica del paziente: le opportunità dell'outsourcing. Sistema di gestione automatizzato dei trasporti intraospedalieri

### Riassunto

Efficienza e risparmio dei costi, efficacia e qualità delle prestazioni erogate, attivo di bilancio e soddisfazione dei pazienti, centralità del paziente e gestione manageriale dell'azienda: le sfide per le Aziende Ospedaliere sono molteplici e interessano sempre più aspetti legati non solo ai processi di cura, ma anche a processi gestionali e manageriali. La situazione attuale – caratterizzata da spending review, scarsità di risorse, cambiamento delle esigenze e dei bisogni di cura, restringimento dei tempi di degenza e intensificazione delle cure, necessità di diagnosi in breve tempo – porta le Aziende Ospedaliere a cercare nuovi metodi e nuove soluzioni per affrontare la complessità e mantenersi competitive<sup>1</sup>. Tra questi, sempre più rilievo assume la logistica – che, se affidata ad aziende specializzate può aiutare le aziende a razionalizzare, pianificare strategicamente e ottimizzare costi e processi gestionali. Ancor più se l'outsourcing dell'attività di trasporto intraospedaliero si avvale di tecnologie innovative e di sistemi automatizzati che permettono una gestione integrata dei flussi di persone e informazioni.

**Laura Prandini\***; **Dott. Andrea Tezzele\*\***

*\*Coordinatore Ufficio Infermieristico SITRA, A.O. "Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi" Varese*

*\*\*Direttore Qualità e Controllo, Markas*

### PAROLE CHIAVE:

Logistica del paziente, trasporto degenti intraospedaliero, gestione automatizzata dei trasporti, outsourcing dei servizi no core, operations management

### OBIETTIVI

Considerare la logistica come fattore strategico – e proprio per questo affidarla in outsourcing – può voler dire accrescere di valore il proprio business e rivedere il modo di pensare i servizi no core dell'ospedale. Portando l'esempio di un sistema di gestione automatizzato di trasporto degenti e merci sviluppato dalla società di servizi Markas di Bolzano, questo articolo intende valutare i vantaggi della soluzione di trasporto intraospedaliero automatizzato, affidata a partner terzi, sia ai fini dell'eco-

nomicità, sia ai fini dell'efficacia e del miglioramento in termini di qualità delle cure.

### IL TRASPORTO INTRAOSPEDALIERO: ELEMENTO CRITICO DEL PROCESSO DI CURA

Fino ad oggi considerato fattore marginale nella gestione dell'azienda ospedale, la logistica va via via assumendo sempre maggior rilievo nell'ottica di una gestione efficace ed efficiente dei processi all'interno dell'azienda ospedale<sup>2,3</sup>.

Molti dei problemi che le aziende affrontano sono legati a carenze del modello logistico-produttivo a supporto dei processi di cura, si pensi a: (i) carenza di posti letto; (ii) variabilità dei flussi di pazienti e dei carichi di lavoro; (iii) indisponibilità delle attrezzature e dei beni sanitari (farmaci e dispositivi) necessari per far funzionare correttamente i processi clinici; (iv) ritardi dei servizi diagnostico-terapeutici; (v) inadeguatezza del personale infermieristico; (vi) presenza di colli di bottiglia lungo l'intero percorso di cura e così via<sup>4</sup>.

Fa parte della logistica ospedaliera non solo la gestione del flusso di merci e farmaci, ma anche quella dei pazienti all'interno della struttura ospedaliera. Il trasporto pazienti è un'attività ritenuta di sostegno, ma che in realtà assume un rilievo sempre maggiore, proprio nell'ottica di un miglioramento dei processi. In una logica di operations management, il trasporto dei pazienti incide in maniera rilevante sui processi all'interno dell'ospedale. E non solo su quelli gestionali, ma anche su quelli clinico assistenziali. In particolare, considerando il flow della logistica, all'interno del percorso di un paziente chirurgico, il trasporto dei pazienti risulta critico nelle fasi legate al ricovero e alla degenza post-intervento e dimissioni<sup>4</sup>. Non riuscire ad assegnare tempestivamente un trasporto, per la irreperibilità o indisponibilità dell'operatore addetto, significa perdere tempo prezioso, generare attese e disagi nel paziente e difficoltà nella organizzazione delle successive procedure diagnostiche o terapeutiche. È fondamentale invece che vi sia una standardizzazione delle procedure, una comunicazione efficace tra i diversi team<sup>5</sup>, e, soprat-

tutto un timing preciso e puntuale. Il personale delle unità verso le quali è destinato il paziente deve essere tempestivamente informato e deve conoscere l'orario di arrivo, in modo da evitare inutili attese <sup>(6,7)</sup>, il team di trasporto deve essere adeguato al tipo di paziente e non deve abbassare gli standard qualitativo/assistenziali, per cui è importante che vi sia almeno un addetto al trasporto <sup>(6,8)</sup>. La presenza di tempi morti tra un trasporto e l'altro è indice di scarsa ottimizzazione delle risorse, umane e strumentali. Una comunicazione non efficace o mancante tra i diversi team può generare situazioni di rischio anche grave <sup>(9)</sup>, l'impiego di rapporti di servizio cartacei – da compilare a mano e consegnare all'addetto al trasporto o infermiere responsabile – rallenta le operazioni ed è fonte di errori (nell'identificazione del paziente, nella destinazione del trasporto, nei dati relativi al trasporto stesso). Un trasporto errato non solo fa perdere tempo, ma può essere rischioso per il paziente erroneamente sottoposto a movimentazione. E un danno subito dal paziente a seguito di malfunzionamento del sistema di trasporto è da considerarsi un evento sentinella spesso indicatore di carenze organizzative <sup>(10)</sup>.

## I PUNTI DEBOLI DELLA LOGISTICA DEI PAZIENTI

Lo spostamento dei pazienti da un'unità all'altra all'interno dell'ospedale non è privo di rischi, legati soprattutto all'organizzazione del trasporto, alla comunicazione tra gli addetti e l'unità di destinazione, all'organizzazione efficace del trasporto stesso e alla tempistica (tempi di preparazione, tempi di attesa, tempi di trasferimento del paziente). I maggiori punti critici del sistema di trasporto intraospedaliero tradizionale riguardano:

- la complessità di gestione;
- la difficoltà di assegnazione del trasporto-l'inefficienza del sistema;
- la presenza di rapporti di servizio cartacei;

- i lunghi tempi di attesa;
- i tempi morti degli addetti o ritardi;
- la difficoltà nella gestione delle urgenze;
- la difficoltà nella gestione della privacy;
- la possibilità dell'errore umano (compilazione manuale, identificazione paziente ecc.);
- la difficoltà di monitoraggio-reporting;
- la difficoltà a gestire i costi del servizio.

## L'OUTSOURCING: UNA SCELTA STRATEGICA

Affidare un servizio in outsourcing non deve essere inteso come una soluzione "di ripiego". Dare in outsourcing un processo aziendale significa puntare sulle proprie competenze primarie. Nel caso di un'Azienda Ospedaliera, significa concentrarsi sull'attività di cura – il core business dell'azienda – affidando a terzi le attività non strettamente clinico-assistenziali. Considerando che spesso le attività di trasporto dei degenti viene svolta dal personale infermieristico - secondo uno studio tedesco, su una settimana lavorativa di 38,5 ore, il 28% dell'orario di lavoro del personale infermieristico viene occupato da attività non di cura e, in particolare, ogni giorno gli infermieri di Chirurgia sono impegnati per 21 minuti nella movimentazione dei pazienti da e verso il reparto<sup>11</sup> - l'esternalizzazione porterebbe a vantaggi sia in termini di costi, sia in termini di impiego delle risorse. Molte aziende ospedaliere hanno avuto finora esperienze positive di outsourcing, in particolare per i servizi di pulizia e sanificazione e di ristorazione. Le attività che più spesso vengono affidate ad aziende specializzate sono: la lavanderia (87,5%), il trasporto dei pasti e il servizio mensa (62,5%), la farmacia (50%), il trasporto biancheria (50%)<sup>12</sup>. L'outsourcing della logistica può diventare un fattore strategico quando ci si avvale di un fornitore che è in grado di svolgere tale attività

meglio di quanto venga fatto finora internamente<sup>13</sup>. Per quanto riguarda la logistica ospedaliera, diversi studi hanno evidenziato che affidare a terzi specializzati il servizio di trasporto può portare a vantaggi dal punto di vista economico: nell'esperienza dell'AUSL (Azienda Unità Sanitaria Locale) di Forlì, l'esternalizzazione del trasporto dei dispositivi sanitari e dei pazienti ha consentito una riduzione dei costi operativi pari a 950.000 euro all'anno. L'ULSS 8 di Asolo ha raggiunto una riduzione delle scorte a magazzino centrale del 25%, pari a circa un milione di euro all'anno, esternalizzando l'attività di gestione del magazzino aziendale<sup>14</sup>. Grazie all'outsourcing, un'azienda può:

- accedere a servizi e prestazioni sempre più specializzati;
- ottimizzare l'uso delle risorse;
- accedere a tecnologie – soprattutto informative – all'avanguardia;
- disporre di personale con know-how specifico senza sostenerne i costi della formazione;
- concentrarsi sul proprio core business, mantenendo solo funzioni di indirizzo e di controllo delle attività;
- razionalizzare l'uso del personale con recupero di risorse da destinare ad altri incarichi;
- avere la garanzia di continuità operativa: l'azienda fornitrice, indipendentemente dalle sue problematiche interne (scioperi, malattie, ecc.), dovrà comunque assicurare il servizio;
- contare su tempi di intervento garantiti dall'impegno contrattuale secondo modalità prefissate;
- fare affidamento in momenti di emergenza su di un partner di rilievo in grado di risolvere i più svariati problemi<sup>15</sup>.

Viene sottolineato d'altro lato la necessità di instaurare con l'azienda fornitrice del servizio un rapporto di collaborazione e di partnership a lungo termine, in modo da realizzare e implementare soluzioni ad hoc, dove al primo posto vi siano qualità, efficienza, affidabilità e condivisione degli obiettivi. L'Azienda Ospedaliera

deve avere a disposizione strumenti immediati e precisi per la valutazione del servizio, per verificare il raggiungimento degli obiettivi ed eventualmente rivedere insieme al committente le specifiche del servizio e i processi. Il controllo è infatti uno dei fattori fondamentali affinché l'outsourcing sia davvero competitivo<sup>(16,13)</sup>.

## LA GESTIONE AUTOMATIZZATA DELLA LOGISTICA INTRAOSPEDALIERA

La soluzione di trasporto intraospedaliero sviluppata dalla società Markas di Bolzano garantisce efficienza, efficacia, sicurezza, ottimizzazione dei costi e delle risorse e, non da ultimo, il controllo costante del processo e della qualità del servizio, grazie ad alcune fondamentali innovazioni:

1. la centralizzazione e informatizzazione del sistema;
2. la standardizzazione delle attività;
3. la trasparenza informativa;
4. l'automazione dei processi tramite workflow;
5. la minimizzazione dei documenti cartacei;
6. la costante rintracciabilità (dei dati e degli operatori);
7. il controllo in tempo reale.

La gestione e il coordinamento dell'intero servizio e delle singole attività avviene centralmente, tramite una centrale operativa che gestisce le richieste di trasporto, le assegnazioni, le conferme e la pianificazione giornaliera. Le comunicazioni e lo scambio di dati avvengono tramite piattaforma CRM, che garantisce trasparenza dei processi burocratici, condivisione delle informazioni, riduzione delle duplicazioni e controllo del servizio.

## IL WORKFLOW: STANDARDIZZAZIONE E AUTOMAZIONE

L'automazione del processo si avvale di un workflow, che definisce: chi fa quale attività, su quali dati, chi deve

essere informato, lo stato di avanzamento sino alla chiusura dell'attività. I vantaggi che il workflow consente di ottenere sono principalmente i seguenti:

- monitoraggio continuo dello stato;
- miglioramento dell'efficienza, allo scopo di ridurre i costi e aumentare la capacità produttiva, grazie alla standardizzazione delle procedure;
- miglioramento del controllo sul processo;
- possibilità di ottenere statistiche precise sui tempi e reportistiche sulle attività svolte.

## IL TERMINALE PORTATILE: RINTRACCIABILITÀ E SICUREZZA

Tutta l'attività di trasporto giornaliera programmata viene trasferita in tempo reale sui terminali portatili degli operatori che, accedendo allo stesso con identificativo univoco (username e password), hanno accesso alle informazioni riguardanti il proprio servizio da espletare.

Il terminale consente la reperibilità costante e immediata degli operatori.

Il terminale portatile viene utilizzato per validare tutte le varie fasi delle attività di trasporto, man mano che vengono portate a termine.

## IL PROCESSO IN SETTE FASI

Le fasi che vanno a comporre la procedura di trasporto sono sette. Ciascuna prevede delle operazioni di validazione dell'attività, in una logica di controllo in tempo reale.

### 1. La richiesta di trasporto

Il reparto / l'Unità Operativa richiedono il trasporto. La richiesta avviene online con accesso protetto.

- Ogni reparto/UO (richiedente) è identificato all'ingresso con dei dati di accesso che ne permettono l'identificazione e la tracciabilità.

■ Semplice e veloce: l'utente compila la maschera preimpostata che prevede il codice identificativo del trasporto, la tipologia del trasporto, la documentazione al seguito (cartella clinica, radiologica, ecc.), la destinazione del trasferimento con relativi orari e i riferimenti del personale di reparto.

Tutti i dati relativi all'utente e alla sua area di competenza vengono caricati automaticamente dal sistema.

■ L'utente deve scrivere una quantità minima di informazioni con un notevole risparmio di tempo e riducendo al minimo la possibilità di errore.

■ Ogni richiesta è rintracciabile, grazie all'assegnazione di un codice univoco e progressivo.

■ È possibile in qualsiasi momento verificare lo stato di avanzamento della richiesta ed eventualmente sollecitare le richieste non ancora evase.

### 2. Assegnazione del trasporto

All'avvenuto inserimento, la richiesta viene assegnata al primo operatore disponibile e più vicino al punto di prelievo. L'operatore riceve sul terminale un messaggio di assegnazione trasporto.

La procedura conosce la posizione di ogni operatore in quanto dotato di terminale telematico.

### 3. Accettazione / apertura attività

Il terminale consente la completa gestione del trasporto, permettendo la tracciabilità e la visualizzazione dello stato di avanzamento.

L'utilizzo è abilitato solamente attraverso due pulsanti: quello centrale ed indietro. Tutti gli altri sono disabilitati. La possibilità di errore umano tramite il terminale è quindi notevolmente contenuto.

### 4. e 5. Arrivo al reparto/UO di prelievo e partenza del trasporto

L'operatore comunica l'arrivo nel reparto/UO richiedente, espleta gli eventuali adempimenti previsti (ritiro

documentazione), preleva il paziente e comunica l'avvio della movimentazione verso il reparto / UO di destinazione.

### 6. e 7. Arrivo al reparto / UO di destinazione e chiusura dell'attività

L'operatore all'arrivo a destinazione comunica il termine dell'attività di movimentazione e dopo aver dato in carico il paziente al reparto / UO ed aver espletato ogni eventuale adempimento del caso (consegna documentazione, ecc.) comunica la sua disponibilità all'esecuzione del successivo incarico.

### Massimo controllo: la reportistica di trasporto e il sistema intelligente

Il grande vantaggio di una procedura gestionale informatizzata è l'ampia disponibilità di dati utilizzabili per statistiche e reportistiche. I dati raccolti servono inoltre al sistema operativo intelligente per correggere automaticamente eventuali operazioni, riprogrammandosi in base agli obiettivi fissati. Altro punto di forza dell'informatizzazione è la possibilità di consultare online tutta la documentazione, di salvarla sul proprio PC nel formato desiderato es. pdf oppure di stamparla su supporto cartaceo. Si possono generare tutte le statistiche desiderate relative all'andamento del servizio quali:

- Trasporti per categoria
- Trasporti per destinazione
- Tempo medio di trasporto per tipologia

### Miglioramento del servizio (anche come grafica se eventualmente c'è posto)

Introdotta in un ospedale di 500 letti, questo sistema fornito in outsourcing ha permesso di migliorare complessivamente il servizio di trasporto dei degenti come segue:

- riduzione dei "giri a vuoto": dal 23% al 7,5%;
- minimizzazione dei trasporti errati: dal 7% all'1,2%;
- ritardo medio: da 35 minuti a 8,5 minuti;

- tempo di attesa medio: da 17 minuti a 3,1 minuti.

### IL SISTEMA A CIRCUITO CHIUSO

La soluzione offerta da Markas si presenta come un sistema a circuito chiuso, che va dalla richiesta di trasporto alla chiusura dell'attività. Il sistema di gestione automatizzato permette di monitorare lo stato di avanzamento di ogni singolo trasporto, evidenziando eventuali difformità rispetto alla programmazione. Il costante controllo delle diverse fasi del processo permette di porre in essere azioni correttive immediate nel qual caso ci si accorga di scostamenti significativi tra programmazione ed esecuzione del servizio. La procedura permette in tempo reale di visualizzare le attività assegnate a ogni singolo operatore al fine di ottimizzare i carichi di lavoro.

In ogni momento è possibile rispondere alle seguenti domande:

- CHI? - quale operatore è più idoneo al trasporto (perché più vicino o meglio qualificato), chi sta effettuando il trasporto, chi accoglie il paziente a destinazione;
- COSA? - qual è il paziente che deve essere trasportato, che tipo di trasporto deve essere effettuato;
- DOVE? - il reparto di prelievo, il reparto di destinazione, dove si trova l'operatore;
- COME? - la modalità corretta di trasporto, le criticità, i mezzi adeguati, il percorso ottimale;
- QUANDO? - l'orario di prelievo pianificato / l'orario di prelievo effettivo, il tempo impiegato per il tragitto, l'orario di arrivo pianificato/effettivo, l'orario di ritorno in reparto.

Mentre in un sistema a circuito aperto la comunicazione non si chiude, lasciando aperte le domande: l'operatore ha ricevuto l'incarico? ha eseguito il trasporto? quando è stato effettuato? quanto tempo ha impiegato? dove si trova il paziente ora?

- il sistema automatizzato a circuito chiuso garantisce l'espletamento corretto del servizio e minimizza il rischio di errori durante il processo.

In altri termini, un sistema di trasporto automatizzato consente di avere la giusta persona, nel giusto posto al giusto momento.

### CONCLUSIONE

Ottimizzare i flussi fisici, ma anche informativi può rappresentare una leva primaria per il contenimento dei costi di gestione, ma anche per la riduzione del rischio clinico. Assicurare un'ottimale gestione delle operations all'interno delle strutture sanitarie appare una condizione necessaria per garantire elevati standard di qualità e sicurezza clinica dei pazienti in un contesto di risorse decrescenti<sup>4</sup>. In quest'ottica, affidare l'attività di trasporto pazienti in outsourcing può rappresentare una scelta strategica, portando a vantaggi competitivi, in particolare quando la soluzione fornita permette il massimo controllo dei processi e dei costi. La gestione in outsourcing dei servizi di trasporto intraospedalieri permette di ottenere molteplici benefici: la standardizzazione dei processi, la riduzione del rischio di errori umani, la riduzione dei tempi complessivi necessari al trasporto (tempi gestionali, organizzativi, esecutivi), il miglioramento nell'impiego delle risorse umane e la riduzione dei costi in un'ottica globale di economicità.

### BIBLIOGRAFIA

1. Eugenio Anessi Pessina, Elena Cantù, Francesca Ferré e Alberto Ricci, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2012*, CER-GAS Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale
2. Steffen Fleßa, *Grundzüge der Krankenhaussteuerung*, Oldenbourg Verlag, 2008
3. Stefano Villa, *I costi e i benefici*

- dell'innovazione nella logistica sanitaria, CERGAS, Università Bocconi
4. Giuliana Bensa, Anna Prenestini, Stefano Villa, *La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento*, CERGAS Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale, 2008
  5. *Safe Intrahospital Transport of the non-ICU Patient Using Standardized Handoff Communication*, Pennsylvania Patient Safety Advisory, Vol. 6, No. 1—March 2009
  6. Ingo Beecken, *Der innerklinische Transport eines intensivpflichtigen Patienten*, Universitätsklinik Münster, 2004
  7. Benoît Fanara, Cyril Manzoni, Olivier Barbot, Thibaut Desmettre and Gilles Capellier, *Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients*, *Critical Care* 2010, 14:R87
  8. A. Lucchini, L. Aliprandi, I. Monti, G. Foti, V. Tresoldi, *Il trasporto del paziente adulto*, Aprile 2007
  9. Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale della Programmazione sanitaria, *dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema*, Raccomandazione n. 11, Gennaio 2010, "Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)"
  10. Australasian College for emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetists and joint Faculty of Intensive Care Medicine, *MINIMUM STANDARDS FOR INTRAHOSPITAL TRANSPORT OF CRITICALLY ILL PATIENTS Promulgated: 2000 Date of current document: 2003*
  11. Karl Blum, *Entlastungspotenziale im Pflegedienst der Krankenhäuser*, in "das Krankenhaus", 6/2003, pp. 459-462
  12. LOGO-TEAM, *Studie Krankenhauslogistik*, Januar 2008
  13. Osservatorio, *L'Outsourcing strategico della logistica*, [http://www.ict4e-executive.it/executive/approfondimenti/osservatorio--l-outsourcing-strategico-della-logistica\\_4367215821.htm](http://www.ict4e-executive.it/executive/approfondimenti/osservatorio--l-outsourcing-strategico-della-logistica_4367215821.htm)
  14. [http://www.logisticamente.it/Articoli/6313/Ricerca\\_Bocconi\\_Ceva\\_sulla\\_logistica\\_nella\\_sanita\\_identificate\\_tre\\_aree\\_di\\_miglioramento.aspx](http://www.logisticamente.it/Articoli/6313/Ricerca_Bocconi_Ceva_sulla_logistica_nella_sanita_identificate_tre_aree_di_miglioramento.aspx)
  15. Gianfranco Finzi, *Outsourcing vs Insourcing: nuove strategie aziendali. Quale scelta?* Bologna, 18.-19.01.2012
  16. Luca Nardi, Alessandro Sarti, *Outsourcing: prospettive, segnali di allarme e rischio di insourcing*, in "L'Ospedale", 4/2002, [http://www.anm-do.org/wp-content/uploads/2002\\_04\\_OSP.pdf](http://www.anm-do.org/wp-content/uploads/2002_04_OSP.pdf)

## Il capitolato tipo e la gestione informatizzata attraverso INFOR EAM

### Riassunto

Nei “moderni” contratti di servizi in gestione appaltata i rapporti tra ente appaltante e committenza, l'applicazione dei sistemi di controllo e relativa reportistica, la gestione dell'anagrafica locali e la formazione di del personale sono aspetti di primaria importanza che non possono essere trascurati. Con un sistema informatico fortemente integrato e sviluppato su una piattaforma SW leader di mercato (INFOR10EAM) è possibile gestire tutte queste attività in modo semplice ed integrate con la possibilità di incrementare le performance del cantiere e di rispondere in modo più veloce a difficoltà di carattere tecnico – organizzativo che possono presentarsi nella gestione di una commessa.

**Daniele Nepa**

Coop. L'OPEROSA

### PAROLE CHIAVE:

Sistema informativo, gestione commessa, tracciabilità, efficienza, integrazione

Da sempre L'OPEROSA è amica dell'innovazione sviluppando e testando sul campo nuove ed innovative metodologie in ambito sanitario.

Il percorso è iniziato dalla sperimentazione dello standard ANMDO- CERMET (tutt'oggi adottato), all'applicazione del progetto “Le pulizie Verdi” per la sostenibilità ambientale (progetto vincitore del 1° premio durante il 36°congresso nazionale ANMDO).

La forte propensione ad innovare, per far fronte ad una sempre maggiore complessità del settore della sanificazione ambientale in ambito sanitario, è testimoniata dalla partecipazione al lavoro di gruppo per la revisione del “nuovo” capitolato tipo concluso nel 2011 e presentato durante il 37° Congresso Nazionale ANMDO.

Alla luce di questo importante lavoro svolto, l'Operosa ha deciso

di impostare il sistema informativo per la gestione delle commesse nel pieno rispetto delle linee del capitolato tipo ritenendo che un costante flusso di informazioni tra l'ente appaltante e l'esecutore possa far nascere una sinergia reciproca per ottenere un perfezionamento continuo e quindi un miglior risultato. Il sistema informativo, che è organizzato in moduli e permette la gestione di diversi contratti e assets all'interno delle strutture sanitarie, deve essere comunque idoneo a gestire il servizio da tutti i punti di vista (pianificazione, esecuzione del servizio, controlli, reportistica, ecc..).

In linea di massima i requisiti che saranno gestiti all'interno del sistema informativo e dal quale non è possibile prescindere per una buona conduzione del cantiere sono:

■ Possibilità di descrizione degli immobili;

- Possibilità di gestione dei dati derivanti da controlli;
- Possibilità di gestione delle sospensioni temporanee e attivazioni di nuove aree e/o locali;
- Possibilità di gestire i piani di lavoro ordinari;
- Possibilità di gestire le richieste e gli interventi non ordinari.

### IL PORTALE DI COMMESSA

Il Portale dei Servizi è lo strumento informatico principale a garanzia di trasparenza del processo di comunicazione e controllo dei dati inerenti il servizio. Il Portale è accessibile tramite interfaccia WEB ed è possibile operare su di esso attraverso qualunque computer che preveda la possibilità di collegamento ad Internet. Alla prima connessione saranno scaricati e installati alcuni componenti che rendono il portale ancora più ottimizzato e l'interfaccia ancora più fruibile. Potranno quindi accedere alle informazioni disponibili tutti gli utenti, come ad esempio i referenti nominati dalla stazione appaltante opportuno. Il portale prevede l'iterazione logica delle seguenti componenti:

Il portale è articolato nelle seguenti componenti:

1. Sezione documentale
2. Sezione presenze
3. Sezione anagrafica locali
4. Sezione reportistica
5. Sezione controllo e monitoraggio
6. Sezione Call Center

Anche nel portale l'utente sarà in grado di navigare nelle informazioni in modo organizzato e si possono



configurare cruscotti personalizzati nei quali caratterizzare le informazioni di interscambio e le sezioni più frequentemente utilizzate.

## LA SEZIONE DOCUMENTALE

La sezione documentale consente di gestire ed organizzare qualsiasi tipo di documento secondo i criteri logici definiti dall'utente. Poter ottenere l'ultima versione di un documento velocemente e con un solo click, effettuare ricerche attraverso apposite maschere semplici ed intuitive, effettuare ricerche attraverso percorsi logici e parole chiave permette di velocizzare la comunicazione tra ente appaltante e committente.

Gli utenti potranno gestire qualsiasi tipo di documento: files pacchetto Office (Word, Excel, PowerPoint, Access); files di disegno vettoriale (dwg Autocad); files PDF; Immagini, foto e documenti scannerizzati (jpg, png, tiff, bmp, ecc); filmati (mpeg, avi, ecc); E-mail; Fax.

Il motore d'indicizzazione integrato nel portale permette il ritrovamento dei documenti attraverso le diverse tipologie di ricerca prima elencate.

Il Portale dei Servizi, offre la possibilità di disegnare il flusso di ciascuna categoria di infor-

mazioni attribuendo i diritti di visualizzazione a determinate categorie di utenti (gruppi). Al momento dell'implementazione del sistema il Responsabile del sistema informativo potrà decidere a quali gruppi consentire la visualizzazione e la modifica dei documenti sulla base dei ruoli assegnati. Quindi ogni utente che si collegherà potrà visualizzare solo ed esclusivamente i documenti a lui dedicati, potendo intervenire in lettura o modifica secondo le regole riservate al suo ruolo. Questo permetterà di personalizzare ad hoc l'utilizzo della maschera della sezione documentale in relazione alle attività degli utenti della stazione appaltante. I documenti dedicati all'Appalto che possono essere gestiti sono raggruppabili in queste macro categorie:

### 1. GENERALI

- Documenti di Appalto (formato pdf): bando, capitolato, allegati tecnici, ecc;
- Nominativi dei responsabili per la stazione appaltante: Supervisore/Responsabile., Responsabili di Gruppo operativo, ecc;
- Nominativi dei responsabili dei vari servizi della sicurezza (RSPP, RSL, ecc);
- Attività di formazione: moduli formativi; calendario dei program-

mi formativi; curriculum docenti; report formativo per singolo dipendente (contenente le registrazioni dell'attività formativa eseguita); report delle verifiche finali;

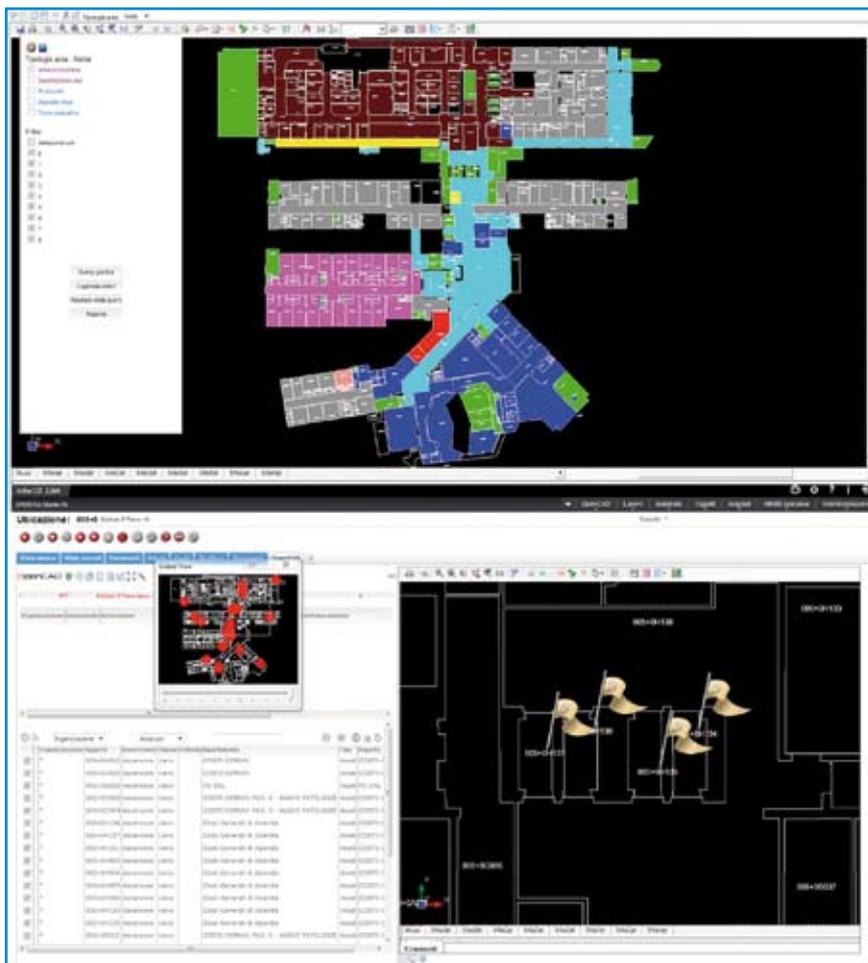
- Verbali: consegna chiavi, consegna badge, consegna locali ed impianti, riunioni, ecc;
- Controlli sanitari: calendario del programma di sorveglianza sanitaria; nominativo e nomina del Medico Competente.

### 2. SERVIZI IN APPALTO

- Elenco delle attrezzature meccaniche e loro collocazione: schede tecniche; registri di manutenzione; registro della sostituzione dei filtri assoluti e dei micro filtri; metodologie operative per tipologia di area;
- Elenco delle attrezzature manuali e loro collocazione: registri di manutenzione delle attrezzature; schede tecniche;
- Elenco dei prodotti chimici: schede tecniche; schede di sicurezza;
- Elenco addetti attività di pulizia continuativa/periodica e relativi turni di lavoro;
- Elenco addetti attività di disinfestazione, derattizzazione, disinfezione;
- Elenco addetti attività di movimentazione e traslochi;
- Elenco addetti attività di supporto alla cucina centrale e mensa;
- Piani di lavoro per il servizio di pulizia continuativa e periodica, suddivisi per struttura;
- Piani di lavoro per il servizio di disinfestazione, derattizzazione, disinfezione;
- Piani di lavoro per il servizio di supporto alla cucina centrale e mensa;
- Piani di lavoro per il servizio di movimentazione e traslochi;
- Reportistica e statistiche relative ai controlli di processo e risultato (SCS, Cermet).

### 3. SICUREZZA

DUVRI; Dotazione DPI dell'operatore; Assistenza sanitari;



## IL SOFTWARE DI GESTIONE: SVILUPPO SU PIATTAFORMA INFOR10EAM

Le specifiche funzionalità previste da questo software di gestione che è integrabile all'interno del portale dei servizi sono state verificate e articolate secondo quanto indicato nel documento aggiornato nel 2011 da ANMDO, FARE, SIAIS, e numerose altre associazioni di settore, di categoria e aziende specializzate denominate: **Capitolato Tecnico di appalto dei servizi di sanificazione ambientale in sanità edizione 2011**. La soluzione software personalizzata con le funzionalità specifiche di una grande commessa sanitaria, e ulteriormente personalizzata per aderire pienamente alle specifiche richieste dell'ente appaltante. Il sistema informativo

proposto garantisce gli standard prestazionali previsti nel citato documento ANMDO e l'illustrazione, delle funzionalità viene sviluppata secondo lo schema prestazionale lì previsto. Ogni utilizzatore abilitato del sistema potrà accedervi con password personalizzata.

- Interamente web INFOR 10EAM è accessibile direttamente da ogni browser tramite internet Explorer.

- Installato in migliaia di applicazioni garantisce un ambiente stabile, affidabile, in continuo sviluppo.

- Pienamente integrato con soluzioni specialistiche per la registrazione delle timbrature elettroniche del personale, con dispositivi mobile, con il call center, è integrabile con le più diverse fonti dati esterne al sistema.

- Integrato con tutti i principali ERP gestionali ("pianificazione delle risorse d'impresa").

## GESTIONE INTEGRATA DEI DIVERSI SERVIZI

Gestire servizi diversi garantendo le funzionalità, la personalizzazione sul cliente e le rappresentazioni specialistiche necessarie per ognuno di essi è una esigenza che non deve creare ostacoli ad una vera gestione integrata dei servizi ma deve rappresentare un valore aggiunto per il cliente è una modalità di gestione efficiente e flessibile per il gestore.

Già nello Start center di INFOR 10EAM si può verificare la possibilità di accedere direttamente ai dati specialistici di ciascun servizio, ma anche di avere una visuale d'insieme della gestione integrata.

Gli indicatori sono personalizzabili secondo le esigenze dei diversi profili di utente (e quindi anche presentati per singolo servizio), navigabili direttamente e strutturabili per via gerarchica.

La personalizzazione degli indicatori può inoltre essere realizzata direttamente per visualizzare:

- indici di qualità del singolo servizio o della gestione integrata nel suo insieme;
- indici di efficienza nelle prestazioni periodiche e a richiesta;
- indici di efficienza nell'esecuzione di ciascun adempimento contrattuale quali la gestione documentale, dei controlli, delle fasi delle n.c., delle a.c.

## GESTIONE DELLE STRUTTURE ANAGRAFICHE ATTRAVERSO TEMATISMI E FORME GRAFICHE

La gestione anagrafica è alla base della gestione tecnica e informatica dei servizi in appalto e rappresenta forse l'esempio esplicito di come il gestionale possa integrare diverse funzionalità mantenendo la semplicità operativa e di utilizzo del sistema stesso. Il sistema gestisce

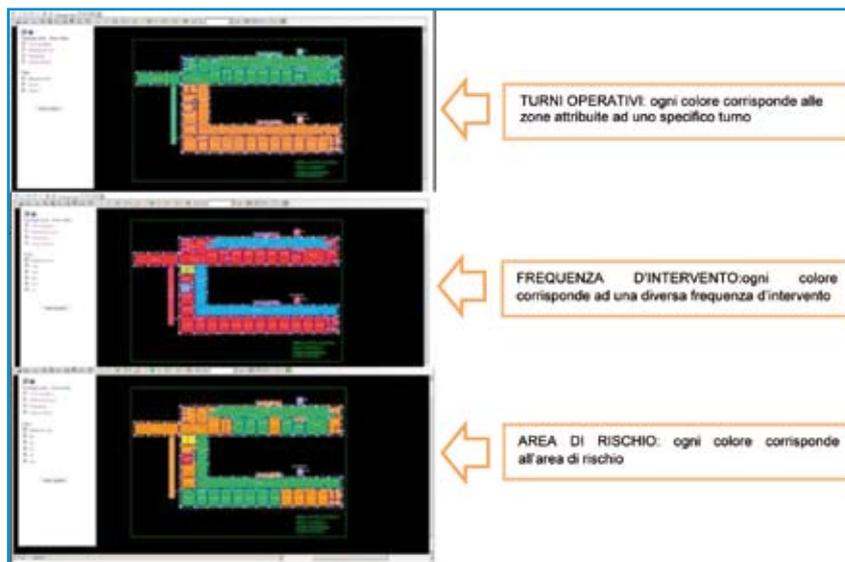
un numero illimitato di strutture anagrafiche che vengono di solito organizzate in funzione degli spazi e dei dati di ciascun servizio.

La piena integrazione in INFO-R10EAM delle funzioni grafiche permette di avere una serie di strumenti veramente importanti per facilitare il lavoro degli utilizzatori del sistema. In fase di avvio delle attività, con procedure automatizzate di caricamento, sono importate le planimetrie dei locali e le rappresentazioni degli oggetti gestiti a sistema. Creato il legame è possibile accedere alle informazioni tramite la strada per ciascuno più semplice: dalle anagrafiche, tramite i codici, o dai disegni (il sistema si mette quindi a disposizione di ciascun operatore secondo gli strumenti per lui più agevoli e intuitivi). Con la gestione grafica è possibile utilizzare la gestione dei tematismi tramite l'attribuzione di specifici colori ad ogni elemento (locale o oggetto). Questo permette di realizzare "viste" diverse per le planimetrie degli edifici, utili a analisi specifiche sui vari servizi. Nell'esempio seguente si mostrano alcuni tematismi utili prendendo in considerazione il Padiglione 5 – Nuove Patologie del Policlinico S. Orsola – Malpighi.

Com'è possibile notare dalle immagini si può avere una visione globale come ad esempio la suddivisione delle aree economiche oppure una visione di dettaglio con focus su determinati locali che possiedono certe caratteristiche.

Oltre alla visualizzazione di caratteristiche tecniche (m<sup>2</sup>, destinazione d'uso, ecc..) è possibile avere in forma grafica (alla quale è possibile associare i tematismi) anche le esigenze del servizio quali orari di intervento, frequenze e aree di rischio.

L'accesso alla specifica selezione di volta in volta necessaria si realizza semplicemente scegliendo il tematismo prescelto, selezionando



le categorie che si vogliono visualizzare, e lanciando la query.

Il sistema oltre all'elaborazione grafica, fornisce direttamente i dati di totalizzazione della vista prodotta, che può essere a sua volta esportata, stampata, e resa disponibile per le più diverse esigenze di servizio.

Ad un singolo locale è quindi possibile associare più attributi e generare specifici tematismi; ad esempio una vuota di reparto ha una certa categoria per le pulizie, altri dati per la valorizzazione economica, può essere un terminale della rete di ritiro dei rifiuti, e può essere un terminale della rete di consegna dei contenitori vuoti.

Il gestionale permette di gestire in maniera semplice e funzionale l'insieme di questi elementi e di rappresentarli, in base all'esperienza dell'Azienda o alle esigenze della Committente, con modalità volte a minimizzare gli errori possibili.

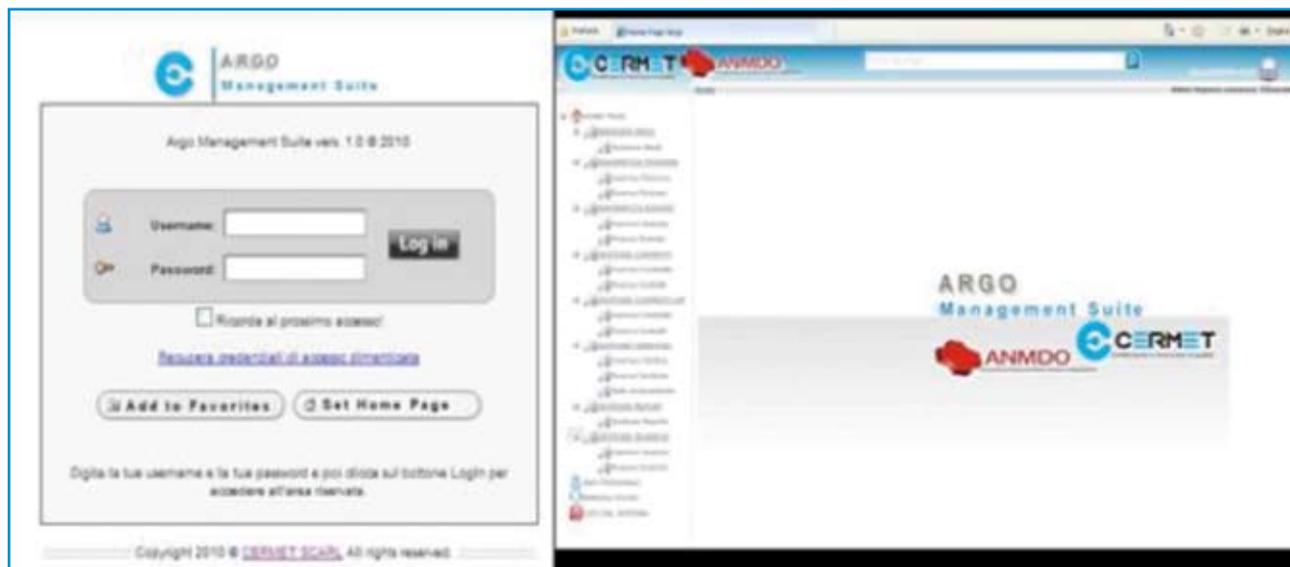
Oltre alla parte grafica, che è particolarmente evoluta, la peculiarità cardine del gestionale è il poter offrire un supporto per tutte quelle attività che caratterizzano la gestione dei servizi in gestione appaltata. Nel caso specifico del servizio di pulizia è possibile gestire attraverso maschere dedicate e di facile utilizzo:

**1. Le attività programmate:** Tramite l'associazione creata a sistema tra le anagrafiche dei locali e degli oggetti su cui intervenire e l'anagrafica della attività, vengono generati dei veri e propri ordini di lavoro.

**2. Ordini di lavoro, report e bolle:** Validata in maniera definitiva la pianificazione, gli ordini di lavoro sono stampati tramite un report personalizzabile, che di norma assume la forma della "bolla di consegna" per raccogliere le firme di regolare attestazione del servizio da parte degli incaricati del Committente. Per ogni tipologia di Ordine di Lavoro è possibile impostare, preventivamente, il sistema per associare specifici allegati in forme diverse (testi, immagini,...) fornendo di volta in volta quanto necessario all'operatore per la corretta esecuzione del servizio, quali ad esempio:

- Dettaglio dei protocolli operativi previsti.
- Planimetrie per indicare la corretta successione dei locali su cui intervenire.
- Fotografie degli arredi tecnici per il loro corretto riposizionamento.

**3. Attività a richiesta:** Le attività a richiesta possono essere in norma trasmesse dal committente in forma diversa a seconda degli speci-



fici accordi. Il sistema permette di gestire più forme di alimentazione (fax, e-mail, richiesta telefonica) anche in parallelo tra di loro, secondo quanto sarà richiesto.

**4. Attività a richiesta:** Le attività a richiesta possono essere in norma trasmesse dal committente in forma diversa a seconda degli specifici accordi. Il sistema permette di gestire più forme di alimentazione, anche in parallelo tra di loro, secondo quanto sarà richiesto.

Per ogni richiesta inserita, il sistema informativo documenta automaticamente: richiedente, data ed ora, in modo da avviare il percorso della tracciabilità secondo i livelli di servizio (S.L.A.) contrattualmente previsti. Ogni richiesta viene gestita secondo lo specifico flusso gestionale definito con il Committente in fase di attivazione del servizio (i flussi e gli S.L.A. associati per calcolare gli indicatori di efficacia del servizio possono essere diversi per ciascun servizio). L'alimentazione di questi dati può avvenire da qualunque postazione con accesso ad internet Explorer, oppure realizzando specifiche connessioni con dispositivi mobili (palmari, tablet e smartphone).

**5. Gestione delle non conformità:** il sistema permette di tracciare data e ora di ogni fase, ma anche di inserire testi, commenti o altri elementi utili che rimangono a loro volta tracciati e documentati. Le attività sono inoltre differenziate in funzione delle specifiche regole contrattuali ad esempio separando le attività a richiesta ricomprese nel canone dalle attività a richiesta considerate come interventi straordinari che hanno un diverso flusso gestionale, autorizzativo e di fatturazioni.

**6. Tracciabilità ODL programmata e a richiesta:** anche in questo caso le videate di lavoro sono facilmente reimpostabili, aggiungendo colonne, spostandole per trascinamento. I dati presenti sono sempre esportabili in Excel permettendo quindi di poter realizzare semplicemente e in forma diretta ulteriori elaborazioni.

**7. Pianificazione e lancio della pianificazione:** in questo caso le videate di lavoro rappresentano la programmazione temporale, con indicazione della data prevista per l'esecuzione delle attività periodiche. Anche in questo caso le videate sono facilmente reimpostabili: l'utente abilitato semplice-

mente trascinando la casella verde (corrispondente alla data prevista) verso la posizione corrispondente alla nuova programmazione può ripianificare l'intervento per una data diversa.

**8. Gestione della fatturazione:** in funzione delle specifiche regole di fatturazione, detrazione, computo, sono personalizzati gli algoritmi di calcolo per rispettare tutte le norme contrattuali previste nei documenti di gara ed eventuali integrazioni con l'Amministrazione. I report di fatturazione sono sempre personalizzati anche secondo la struttura amministrativa e contabile richiesta dal singolo Cliente. I dati sono "storicizzati nel sistema" permettendo anche in fase successiva di eseguire ricerche, estrazioni, elaborazioni.

## LA SEZIONE CONTROLLO

Il gestionale INFOR10EAM è interfacciato con altri prodotti software specialistici per la gestione di parti specifiche del sistema dei controlli di Commessa.

Grazie al portale e alle caratteristiche di INFOR10EAM è possibile coniugare la gestione dell'autocontrollo secondo l'UNI 13549:2003 con quelli di terza parte eseguiti

dall'ente terzo (CERMET).

Nella sezione del portale relativo ai controlli sarà inoltre possibile collegarsi direttamente al "Sistema di Gestione Ispezioni SGI - ARGO" dove verranno pubblicati direttamente dal CERMET i risultati dei controlli effettuati da ente terzo. Il cliente avrà una PASSWORD ed USER identificativa per accedere a tale sistema.

### LA GESTIONE DELLE ATTREZZATURE E DELLE FORNITURE

Le aziende nella conduzione dei cantieri utilizzano macchine e attrezzature che sono oggetto di un'attenta gestione ordinaria, e della corretta programmazione degli interventi manutentivi.

Per riuscire a gestire il proprio patrimonio di dotazioni tecniche, suddiviso in molteplici magazzini sparsi nei cantieri presenti sul territorio nazionale, l'Operosa ha sviluppato un moderno ma nello stesso tempo molto semplice sistema che si basa su:

- Una definizione puntuale dell'anagrafica e della gestione dei propri macchinari/attrezzature;
- Sulla partnership con i propri fornitori per l'esecuzione e "schedulazione" degli interventi manutentivi;
- Su processi aziendali atti a limitare possibili errori di gestione delle informazioni e delle scadenze programmabili.

L'esperienza maturata sul campo ha permesso di identificare l'insieme di informazioni che risulta necessario gestire al fine di garantire la disponibilità e l'efficienza dei propri mezzi (asset). Quelle ritenute di maggiore importanza sono le seguenti: **caratteristiche asset; assegnazione cantiere; posizione geografica; entità impiego.**

Questi dati sono fondamentali sia per tenere traccia degli spo-

stamenti degli asset tra cantieri e sul territorio, e sia per ottimizzare i processi manutentivi ordinari e straordinari. La gestione di questi aspetti è demandata al sistema MobWork assieme all'adozione di opportune procedure operative. Il sistema è accessibile sia all'interno che all'esterno dell'azienda attraverso un 'browser' standard. Il sistema è anche in grado di inviare e raccogliere informazioni verso dispositivi mobili forniti al personale che opera sul territorio. Questi dispositivi hanno la peculiarità di essere comuni smartphone dotati di sistema operativo Symbian 9.x, fotocamera, gps integrato e del modulo MobWork Client. I pregi di questi dispositivi sono molteplici, come per esempio bassissimi costi di acquisto, trascurabili costi di manutenzione, estrema semplicità di utilizzo, ampia diffusione, alta affidabilità, lunga durata delle batterie, etc.

L'elemento di novità che introduce MobWork client è quella di consentire la lettura automatica di un codice Datamatrix.

Il tipo di codifica Datamatrix è di pubblico dominio e segue lo standard denominato ISO 16022. La codifica è di tipo ridondante e con controllo di errore. Ciò consente di avere successo nella lettura anche in casi in cui il codice subisce vari tipi di danno. Per mezzo della fotocamera di cui è dotato lo smartphone; è sufficiente inquadrare il codice affinché venga automaticamente decodificato. Contemporaneamente alla lettura del codice, Mobwork Client rileva anche la posizione GPS in cui la lettura del codice è stata effettuata.

Le funzioni generali di MobWork utili per una commessa sono:

- Censimento Asset;
- GeoPhoto Asset;
- Attribuzione Deposito/Cantiere;

- Utilizzo e inventario dell'Asset;
- Consultazione calendario interventi manutenzione;
- Chiusura interventi di manutenzione.

### CONCLUSIONI

Le soluzioni informatiche per la gestione dei servizi esternalizzati ormai hanno raggiunto una vastissima diffusione anche in ambito sanitario. La vera innovazione sta nell'utilizzare strumenti che risultano particolarmente complessi nella loro formulazione delle funzionalità che dovrà assolvere ma che nel momento dell'utilizzo sono alla portata di tutti.

Altre caratteristiche come l'efficienza, la possibilità di personalizzarla e rimodellare in funzione delle specifiche esigenze e integrarla con altri strumenti informatici già utilizzati presso l'ente appaltante sono tutti aspetti che consentono di migliorare le performance del cantiere, di rafforzare la partnership tra ente appaltante e committente.

# “HTA, E-health, Information Technology come strumenti di organizzazione sanitaria: esperienze recenti e sviluppi futuri”

1 marzo 2013 Bologna

L'informatizzazione applicata alla sanità è ormai una realtà: Workflow ottimizzati lungo l'intero processo sanitario – dalla prevenzione alla diagnosi, dalla terapia alla riabilitazione e rieducazione – svolgono un ruolo chiave per rispondere a queste sfide, ricordando sempre come il focus debba essere rivolto al paziente. Tecnologie innovative per la diagnosi e la terapia, combinate con l'information technology per l'ottimizzazione dei processi, costituiscono la leva decisiva nel miglioramento dell'assistenza sanitaria e nella preparazione per le sfide future.

L'HTA è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi di una tecnologia sanitaria, materiale o immateriale che sia (apparecchiature biomedicali, dispositivi medici, farmaci, procedure cliniche, modelli organizzativi, programmi di prevenzione e promozione della salute), e delle sue implicazioni nei vari ambiti clinici, sociali, organizzativi, economici, etici e legali attraverso la valutazione dell'efficacia, sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società, partendo dall'impatto delle stesse tecnologie sui Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali.

I relatori hanno presentato esperienze nel settore dell'HTA-health, Information Technology regionale fatte in ambito aziendale che sono state discusse e analizzate da esperti del settore confrontano pregi e difetti delle sperimentazioni effettuate.

Di seguito vengono pubblicati alcuni degli interventi presentati.

**Ugo Luigi Aparo**

*Segretario Scientifico Nazionale A.N.M.D.O.*

**Gianfranco Finzi**

*Presidente Nazionale A.N.M.D.O.*

**Emanuele Ciotti**

*Ausl Bologna*

# Verso il fascicolo sanitario elettronico nella Regione Piemonte - Progetto TEMPORE WEB, Web Imaging Regionale e le Reti regionali per specialità: l'esperienza dell'AO Ordine Mauriziano di Torino

## Riassunto

Il prossimo futuro si rivela carico di novità che miglioreranno la gestione complessiva del paziente, garantendo la globalizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio, grazie alla realizzazione e implementazione del FSE. In Piemonte sono attive da tempo reti informatiche di gestione delle immagini che a regime andranno a confluire con il database nel FSE, integrandosi con altri sistemi di data warehouse peculiari di reti per specialità, alle quali l'AO Ordine Mauriziano partecipa. Gli obiettivi di armonizzare le soluzioni e-health e promuovere la dematerializzazione della documentazione sanitaria si coniugheranno con la realizzazione di percorsi di cura realmente condivisi tra tutti i "curanti" del paziente, per migliorare l'appropriatezza degli atti assistenziali, in modo coordinato e trasparente.

**Arianna Vitale**

*S.C. Direzione Medica di Presidio – A.O. Ordine Mauriziano di Torino*

## PAROLE CHIAVE:

E-health, telemedicina, integrazione

## INTRODUZIONE

L'e-health e la telemedicina sono strumenti di organizzazione sanitaria in stretta correlazione tra di loro. L'e-health può essere definita come:

- utilizzo di strumenti basati su tecnologie di informazione e comunicazione per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio di malattie oltre che per la gestione della salute (screening, prevenzione,...) e degli stili di vita <sup>(1)</sup>;
- supporto al monitoraggio dei LEA poiché implementa l'adeguamento dei Sistemi Informativi in modo da garantire i Livelli Essenziali di Informazione <sup>(2)</sup>;

■ applicazione all'area medica e all'assistenza sanitaria delle Information & Communication Technology (ICT) per migliorare l'accesso alle cure, per accrescere l'efficienza e la sostenibilità del settore sanitario.

■ In sintesi, quando diciamo "e-health", significhiamo un complesso di risorse, soluzioni e tecnologie informatiche di rete applicate alla salute e alla sanità, in cui afferiscono la telemedicina, il telemonitoraggio, la telediagnosi, il fascicolo sanitario elettronico (FSE), la prescrizione elettronica <sup>(3,4)</sup>.

■ In particolare, la telemedicina permette l'utilizzo di telecomunicazioni e ICT per fornire assistenza sanitaria a distanza, attraverso modalità

tecnico-organizzative che consentono l'integrazione socio-sanitaria e che sostengono forme innovative di domiciliarità, con la garanzia di una maggiore equità di accesso al Sistema Sanitario Nazionale anche in territori remoti, secondo criteri di decentramento e flessibilità delle cure contenuti nell'idea di home care. Nella realtà sanitaria globale sono realizzati diversi modelli di telemedicina: store&forward, remote monitoring, real time interactive services.<sup>(5)</sup>

■ Il Ministero della Salute riconosce l'e-health e la telemedicina come validi alleati per ottenere risparmi di spesa, ma anche per avere maggiore qualità e sicurezza delle cure erogate ai pazienti, anche se residenti in zone disagiate, oltre alla possibilità di accedere in maniera ubiquitaria alle informazioni sanitarie dei cittadini. A dimostrazione dell'importanza che il Ministero riconosce all'e-health è stato istituito nel 2007 un Osservatorio nazionale per la valutazione ed il monitoraggio delle reti e-Care e sono state elaborate e pubblicate nel 2010 le linee guida nazionali sulla telemedicina.<sup>(6,7,8)</sup>

In Piemonte la Direzione Sanità, nel mese di febbraio 2013, su indicazione del Ministero, ha convocato i referenti aziendali delle Aziende Sanitarie Regionali per comprendere quale fosse lo stato dell'arte di e-health e telemedicina nella sanità piemontese, considerato che talvolta le iniziative di sperimentazione/implementazione

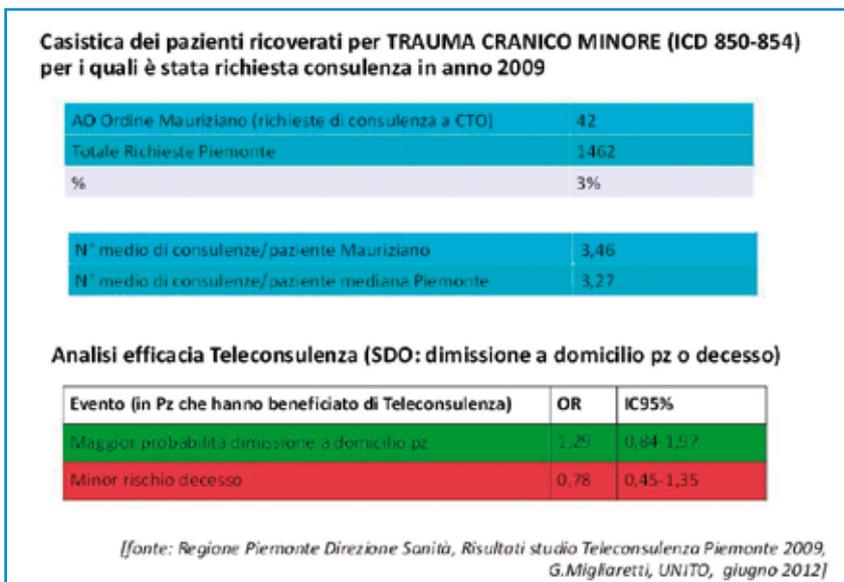


Figura 1

di ICT non sono top – down (cioè proposte dalla regione) ma sono bottom – up (cioè proposte e avviate dalle singole AASSRR).

## OBIETTIVI

In risposta alla richiesta della Regione Piemonte Direzione Sanità ai referenti aziendali per la Telemedicina, per avere un quadro chiaro delle attività di telemedicina attive in AO e per monitorare tali attività e, allo stesso tempo, per valutare l'implementabilità di alcune proposte progettuali di e-health, l'AO Ordine Mauriziano, nel mese di febbraio 2013, ha avviato un'indagine conoscitiva di mappatura delle "e-healty activities" aziendali, a cura della SC Direzione Medica di Presidio (DMPO).

## MATERIALI E METODI

L'indagine è stata condotta lungo due vie parallele:

- 1) raccolta dati di attività di telemedicina promosse a livello regionale dalla Direzione Sanità o da altri organi equivalenti con valenza regionale <sup>(9)</sup>
- 2) raccolta dati di attività di telemedicina (indagine conoscitiva) ri-

guardo progetti attivi o da attivare presso reparti/servizi aziendali. Relativamente al punto 1, la DMPO ha raccolto e analizzato rispetto al Sistema Tempore Web – Web Imaging Regionale e alle Reti per specialità (Rete Oncologica e Rete Malattie Rare):

- dati di implementazione (tempistiche e modalità di avvio integrazione e partecipazione dell'AO Ordine Mauriziano);
- attività (numero di pazienti, di consulenze, di diagnosi).

Relativamente al punto 2, la DMPO ha condotto l'indagine presso i reparti/servizi di tutta l'AO, richiedendo ai Direttori delle SSCC di ricovero e cura di comunicare progetti di telemedicina già avviati/in via di sperimentazione oppure di proporre progetti in tema di e-health da realizzare.

## RISULTATI

La mappatura condotta presso l'AO Ordine Mauriziano di Torino ha rilevato l'esistenza di molteplici progetti di e-health promossi e implementati su indicazione regionale: Tempore Web e Web Imaging Regionale, registri informatici per specialità riferiti alla Rete Oncologica

e alla Rete Malattie Rare Piemonte-Valle d'Aosta.

Il Progetto Tempore Web (Teleconsulto Medico Piemonte Ospedali in Rete) deriva dall'integrazione - su piattaforma web - della Rete per immagini regionale con il Sistema PATATRAC (Piemonte Valle d'Aosta Tomografia Assiale Trauma Cranico), attivo al Mauriziano dal 2000. Questo sistema nasceva da un'idea della Direzione Sanitaria del CTO di Torino in collaborazione con il gruppo dei neurochirurghi, a metà degli anni '90, per rispondere all'esigenza di superare gli ostacoli dovuti alla localizzazione geografica delle strutture specializzate nella gestione dei traumi cranici rispetto al territorio regionale. Già il PATATRAC e quindi poi il Tempore Web hanno garantito nel tempo l'ottimizzazione del trattamento di patologie specifiche quali i traumi cranici minori (ICD 850-854) con la possibilità di implementare il sistema anche per altre patologie (stroke, ustioni,...). L'integrazione per il Mauriziano con il Tempore Web è avvenuta a luglio 2012: a dicembre dello stesso anno è stata predisposta la formazione con didattica frontale e test di autoformazione online per i professionisti potenziali utilizzatori di Tempore (8 neurologi, 7 urgentisti, 9 radiologi e 18 tecnici di radiologia).

■ Dai dati di attività 2009, restituiti dalla Regione al Mauriziano nel 2012 elaborati secondo fattori predittivi-benefici-esiti e corredati da analisi statistiche mediante l'utilizzo di indicatori standard di statistica descrittiva <sup>(10)</sup>, risulta che sono state richieste dall'AO 42 consulenze per trauma cranico minore al CTO (su un totale di 1462 richieste di consulenza su tutto il Piemonte) (figura 1).

Il numero medio di consulenze/paziente è stato pari a 3,46 con una mediana piemontese di 3,27, a testimonianza di un elevato livello di complessità dei casi che sono arrivati al DEA dell'AO Ordine Mauriziano:

l'Azienda è infatti sede di DEA di 2° livello, con SSCC di Neurologia, Cardiocirurgia, Chirurgia vascolare, Ortopedia e traumatologia, Rianimazione cardiovascolare e generale, ma non dispone di Neurochirurgia.

Il Progetto Tempore Web integrato con il Web Imaging Regionale offre la possibilità di avere un sistema informativo integrato per la gestione in rete di immagini e referti generati da RIS e PACS, consente ai medici di consultare il fascicolo radiologico on-line, di condividere immagini DICOM (Digital Imaging and Communication in Medicine) e di effettuare teleconsulti/teleconsulenze in regime di emergenza/urgenza.

La disponibilità di Tempore sul web darà inoltre la possibilità di fruire il servizio "at home" o comunque fuori dalle strutture sanitarie, anche su dispositivi propri del medico (tablet, smartphone, ...).

Il Piemonte si sta così avviando a realizzare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), che – insieme ai dati della Rete Immagini e delle Reti per specialità - permetterà, quando a regime, la visione complessiva della storia del paziente in un modello di "service oriented architecture" (figura 2).

La Rete Oncologica e la Rete Malattie Rare Piemonte e VDA rappresentano le Reti regionali per specialità<sup>(11-15)</sup> che al momento sono dotate di registri informatici, sui quali l'AO Ordine Mauriziano carica i dati dei propri pazienti, a seconda delle differenti patologie, alimentandone il database su cui si svilupperà il FSE.

La Rete Oncologica, istituita nel 1997, dotata di un servizio di data warehouse che consente di accedere a statistiche aggregate relative ai pazienti oncologici registrati, si fonda sull'assegnazione ai pazienti del numero di Scheda Sintetica Oncologica (SSO): questa rappresenta il punto nodale del sistema informativo della rete e consente ai professionisti sanitari di gestire e

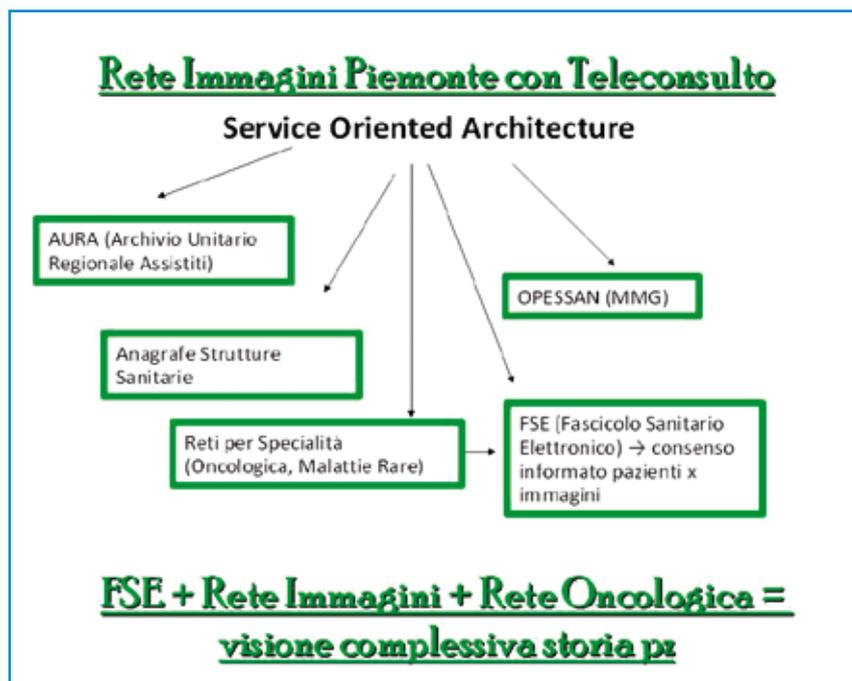


Figura 2

“accompagnare” i pazienti attraverso i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) dedicati.

Nell'esperienza dell'Ospedale Mauriziano, grazie alla stretta collaborazione tra Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e i Sistemi Informativi, il percorso clinico organizzativo, nella Rete Oncologica, si sviluppa in parallelo e in modo integrato con il percorso tecnico informatico.

L'applicativo informatico diventa pertanto strumento di governo clinico attraverso la possibilità di elaborare statistiche sul numero di pazienti registrati in rete dall'AO e, quindi, di monitorare l'attività dell'Azienda: ad es. nel 2011 risultano 617 nuovi casi a cui sono state associate altrettante SSO su un totale di 2479 pazienti presi in carico presso l'Ospedale Mauriziano e registrati in rete a partire dal 2006. Anche la Rete Malattie Rare è dotata di un registro informatizzato, dal cui report 2011 emerge che il Mauriziano è tra i principali centri che “detectano” in Piemonte patologie annoverate tra le malattie rare, quali ad es.

■ distrofie retiniche ereditarie (73% sul totale delle diagnosi in Piemonte)

■ poliposi familiare (31%)

■ connettivite indifferenziata (30%)

■ sindrome da anticorpi antifosfolipidi (28%)

con un complessivo pari al 10% di casi segnalati alla Rete sul totale dei casi Piemonte.

Nell'ambito dell'indagine conoscitiva svolta presso i reparti sono emersi interessanti progetti di telemedicina, già attivi, in fase di implementazione o in fase progettuale, soprattutto nell'ambito del Dipartimento Cardiovascolare. In particolare un progetto di telemedicina significativo per l'impatto che ha sull'appropriatezza degli atti assistenziali, anche in considerazione della patologia monitorata e della numerosità del campione di pazienti coinvolti (circa 150), è il telemonitoraggio dei pazienti con defibrillatore impiantato attivo, tramite software dedicato, su piattaforma web che viene “letta” quotidianamente dal personale dell'Elettrofisiologia della SC di Cardiologia (medici e

infermieri dedicati). I pazienti vengono inseriti in follow up sulla base del loro consenso informato e vengono seguiti, considerando il tracciato elettrocardiografico (in particolare alterazioni del ritmo), secondo modalità di telemedicina store and forward.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'e-health nell'esperienza dell'AO Ordine Mauriziano diventa momento di appropriatezza clinica, attraverso il monitoraggio dell'attività rispetto a PDTA specifici, a supporto del governo clinico, al fine di sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il follow up di determinate patologie, per migliorare l'accesso dei cittadini alle cure. Le iniziative e-health si inseriscono nel quadro generale di modernizzazione dei rapporti tra pubblica amministrazione e popolazione, come da indicazioni contenute nell'Agenda Digitale Italiana per servire "smart communities" attraverso la realizzazione di infrastrutture tecnologiche e immateriali<sup>(16)</sup>. Le iniziative e-health collocano il cittadino al centro dei percorsi di diagnosi e cura e contribuiscono ad accrescere efficienza e sostenibilità del sistema sanitario.

La sanità in rete contribuisce alla disponibilità di informazioni essenziali e assume crescente importanza con l'aumento della circolazione internazionale dei cittadini e del numero di pazienti, considerata anche la recente normativa europea sull'assistenza transfrontaliera (cfr. Direttiva Europea sui diritti dei malati riguardo l'assistenza sanitaria transfrontaliera, entrata in vigore il 24 Aprile 2011).

Dai rapporti del WHO il futuro della salute globale sarà caratterizzato principalmente da patologie croniche, tipiche di una popolazione anziana sempre in aumento:

pertanto saranno richieste sempre più azioni assistenziali che garantiscano continuità delle cure e che promuovano empowerment dei cittadini. La soluzione a tali necessità potrà essere fornita dall'implementazione di ICT che siano in grado di rispondere a esigenze di maggiore qualità delle prestazioni e che, allo stesso tempo, possano rispettare l'appropriato impiego delle risorse disponibili. La strategia vincente potrà essere quella di mettere in rapida ed efficace comunicazione pazienti e care giver sia professionali che familiari, in una rete polimorfa che possa far dialogare competenze anche molto diverse tra loro, in tempo reale e in modo flessibile, integrandosi con i dati sanitari dematerializzati e confluendo poi nella realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

## RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia la Prof.ssa Amalia Leonardi per la preziosa collaborazione nella raccolta e nell'analisi sistematica dei dati che sono stati citati nell'articolo.

## BIBLIOGRAFIA

1. *eHealth – Sanità in rete*, Ministero della Salute, 2013 <http://www.salute.gov.it/eHealth>
2. *Eysenbach G. What is e-health?* *J Med Internet Res* 2001; 3(2):e(20) (<http://www.jmir.org/2001/2/e20/>)
3. *Santoro E. E-Health, parole chiave. Care* 2, 2012: 23-25
4. *Mitchell J. From telehealth to e-health: the unstoppable rise of e-health. Canberra, Australia National Office for the Information Technology*, 1999 <http://www.archive.dcita.gov.au/1999/09/rise>
5. *American Telemedicine Association. Telemedicine/Telehealth Terminology* (<http://www.americantelemed.org/files/public/abouttelemedicine.Terminology.pdf>) *American Telemedicine Association website, Washington, D.C.*

Retrieved August 21, 2011

6. *Osservatorio Nazionale per la valutazione e il monitoraggio delle reti e-Care.* <http://www.onecare.cup2000.it> e *Osservatorio Nazionale per la valutazione e il monitoraggio delle reti e-Care. Manuale Onecare – Istruzione alla compilazione della scheda di Telemedicina 2010, versione 30/6/2011*
7. *Ministero della Salute, Il Fascicolo Sanitario Elettronico, Linee guida Nazionali, Roma 11 novembre 2010*
8. *Bernardini R. Intervista al Ministro della Salute, Renato Balduzzi. Telemeditalia: annoIX – edizione 2-FEBBRAIO 2013.* [http://www.telemeditalia.it/it/ej-tecsanitar-content/detail/0/181/2744/intervista al ministro Balduzzi](http://www.telemeditalia.it/it/ej-tecsanitar-content/detail/0/181/2744/intervista%20al%20ministro%20Balduzzi)
9. *E-government. Regione Piemonte.* <http://www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizi/23-sanita.html>
10. *Migliaretti G. La teleconsulenza nel trauma cranico minore. Torino, 13 giugno 2012*
11. *Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta -* <http://www.rete-oncologica.it>
12. *Rete interregionale per le Malattie Rare del Piemonte e della Valle d'Aosta -* <http://www.malattierarepiemonte.it>
13. *Rete Malattie Rare. Indagine regionale malattie rare, Regione Piemonte. Anno 2012*
14. *Rete Interregionale per le Malattie Rare Piemonte VDA. Consorzio Regione Piemonte VDA per lo studio e la cura della Sindrome Antifosfolipidi – APS. 30 ottobre 2012*
15. *Regione Piemonte - DGR 29 gennaio 2013, n.36-5284 Rete regionale delle malattie rare: linee guida per la definizione dei gruppi tecnici e dei centri esperti*
16. *Ministero della salute, modernizzazione pubblica amministrazione-cittadini Agenda Digitale Italiana, Legge n.35 del 4 aprile 2012, in recepimento indicazioni Agenda Digitale Europea – COM (2010) 245 del 26 agosto 2010*

## L'utilizzo del software di sala operatoria applicato al gruppo operatorio del nuovo Polo Chirurgico "P.Confortini"

### Riassunto

Da Novembre 2010, la Direzione Aziendale ha scelto di introdurre il software di S.O. prima in via sperimentale per 3 mesi applicandolo a 6 S.O. di 3 UU.OO.CC. di chirurgia generale ancora situate nella vecchia sede. Avvenuto il trasferimento, il suo utilizzo è stato allargato a tutte le UU.OO.CC. chirurgiche nel nuovo Polo Chirurgico "P.Confortini".

Il software permette di utilizzare i dati per valutare le performance di S.O.: tempo di ingresso/uscita nel G.O., il tempo di entrata/uscita nella S.O., il tempo di preparazione/risveglio del pz. Il Software per le S.O. ha aiutato il personale clinico direttamente coinvolto e la Direzione Strategica a riorganizzare l'attività in S.O. creando un percorso del paziente chirurgico definito e unico, a riordinare il sistema di "registrazione delle attività chirurgiche", ad informatizzare le liste preoperatorie, liste operatorie, monitorando i tempi di attesa e ad analizzare le performance delle attività chirurgiche.

Tutto questo rappresenta quindi un tassello essenziale del processo di informatizzazione in corso presso l'A.O.U.I.

**R.Poli\*\***, **P.Benettollo\***, **G.Ghirlanda\*\***

*\*Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona*

*\*\*Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona*

### PAROLE CHIAVE:

Gruppo operatorio, performance, sala operatoria, software

### INTRODUZIONE

Attivo dalla primavera 2011, il Polo "P.Confortini" è il primo "ospedale nell'ospedale" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dedicato alle attività chirurgiche (degenze e T.I. incluse). Ospita un gruppo operatorio di 31 S.O., le relative degenze, il DEA, la piastra radiologica e il poliambulatorio. E' un ospedale organizzato per intensità di cura e presenta uno dei gruppi operatori più grandi d'Europa, formato da 31 S.O. di tre dimensioni, in base alla specialità chirurgica che vi opera: 33mq - 40mq - 60mq. Le sale operatorie sono tutte provvi-

ste di macchinari altamente tecnologici e di un evoluto sistema integrato della strumentazione. Vi è la possibilità di effettuare riprese audio-video durante gli interventi chirurgici, tramite l'utilizzo di monitor touch-screen posizionati a parete e sul campo operatorio e attraverso l'ausilio dell'interfaccia per la gestione delle apparecchiature e telecamera ambientale.

Tutto il nuovo ospedale è completamente film-less ed il sistema è implementabile.

### MATERIALI E METODI

Nel Novembre 2010, la Direzione Strategica ha scelto di introdurre

il software di sala operatoria, testandolo prima in via sperimentale per 3 mesi, presso n.6 S.O. di 3 UU.OO.CC. di chirurgia generale. Il personale della Direzione Medica Ospedaliera, insieme al personale tecnico dei Sistemi Informativi, ha organizzato un corso di formazione per insegnare l'utilizzo del software ai chirurghi, agli anestesisti ed agli infermieri. Successivamente è stato organizzato un periodo di affiancamento direttamente presso le S.O., della durata di due mesi. Terminato il periodo di sperimentazione, tutte le UU.OO.CC. chirurgiche sono state trasferite presso il nuovo Polo Chirurgico: dal marzo del 2011, infatti, ogni settimana è stato formato il personale di ogni singola U.O.C. e trasferito direttamente nella nuova struttura dove si è completata la formazione sul campo. Le prime UU.OO.CC. trasferite sono state la Chirurgia Plastica e l'Urologia, in seguito tutte le altre.

L'attuale dotazione informatica del G.O. è costituita da un pc touch screen integrato in ogni sala operatoria per il team chirurgico, uno schermo da 32 pollici integrato in ogni S.O. (sistema PACS), da alcuni pc posizionati nelle zone di preparazione/risveglio e da un pc situato nella zona cambio letti con lettore ottico (per adesso solo presso uno dei quattro accessi per il paziente, in via sperimentale). Il percorso del pz chirurgico prevede le fasi indicate di seguito: Ingresso nel G.O.: Check-In! Nella zona "cambio letti" è ubicato un PC dotato di lettore ottico per effettuare:



Figura 1: L'accesso dal P.S. del nuovo polo chirurgico "P.Confortini", dell'A.O.U.I. di Verona

- corretta identificazione e immissione dati del pz, attraverso la lettura del bracciale identificativo;
- verifica della S.O. in cui dovrà essere operato;
- registrazione orario di ingresso nel gruppo operatorio.

Zona preparazione/risveglio:

- immissione dati anestesiolgici e infermieristici

- Terapia antibiotica, ecc.

Sala operatoria:

- Compilazione registro operatorio composto da 3 sezioni: chirurgica, anestesiolgica, infermieristica.

La compilazione informatizzata del

registro operatorio include: la codifica ICD9-CM delle diagnosi e delle procedure chirurgiche, la stesura dell'atto operatorio, la compilazione della cartella anestesiolgica, la compilazione della cartella infermieristica, la memorizzazione dei tempi operatori e dell'equipe chirurgica (come previsto dalla normativa <sup>(1)</sup>).

| UOC           | T A DISPOSIZIONE | T UTILIZZATO  | N SEDUTE   | N SEDUTE n° | N SFORAMENTI | T UTILIZZATO / T A DISPOSIZIONE | SEDUTE NON SFORATE / SEDUTE TOTALI | Indicatore efficienza uso sedute operatorie | RANKING   |
|---------------|------------------|---------------|------------|-------------|--------------|---------------------------------|------------------------------------|---|---|
|               |                  |               |            |             |              | A                               | B                                  |   |   |
|               |                  |               |            |             |              |                                 |                                    |   | >95% = 1<br>90-95% = 0,75<br>80-90% = 0,50<br>< 80% = 0 |
| CH A          | 12060            | 11167         | 35 (6 P)   | 35          | 4            | 93%                             | 89%                                | 91%   | 0,75  |
| CH b          | 32400            | 27161         | 100 (40 P) | 100         | 8            | 84%                             | 92%                                | 88%   | 0,5   |
| CH c          | 5130             | 4687          | 15 (3 P)   | 15          | 2            | 91%                             | 87%                                | 89%   | 0,5   |
| CH 1          | 4680             | 4530          | 14 (4 P)   | 14          | 3            | 97%                             | 79%                                | 88%   | 0,5   |
| CH 2          | 11520            | 10383         | 32         | 32          | 5            | 90%                             | 84%                                | 87%   | 0,5   |
| CH 3          | 35640            | 27384         | 104 (20 P) | 104         | 9            | 77%                             | 91%                                | 84%   | 0,5   |
| CH 4          | 7200             | 6867          | 20         | 20          | 6            | 95%                             | 70%                                | 83%   | 0,5   |
| CH 5          | 5760             | 5660          | 16         | 16          | 7            | 98%                             | 56%                                | 77%   | 0   |
| CH 6          | 9000             | 7327          | 25         | 25          | 4            | 81%                             | 84%                                | 83%   | 0,5   |
| CH 7          | 12510            | 10327         | 35 (1 P)   | 35          | 7            | 83%                             | 80%                                | 81%   | 0,5   |
| CH 8          | 9360             | 6868          | 26         | 26          | 4            | 73%                             | 85%                                | 79%   | 0   |
| CH 9          | 3600             | 2846          | 10         | 10          | 4            | 79%                             | 60%                                | 70%   | 0   |
| <b>totale</b> | <b>148860</b>    | <b>125207</b> | <b>432</b> | <b>432</b>  | <b>63</b>    | <b>84%</b>                      | <b>85%</b>                         | <b>85%</b>                                  | <b>0,5</b>  |

Figura 2: Analisi delle performance

| UO           | N. REGISTRI NON CHIUSI |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |            |            |            |            |
|--------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
|              | ott-11                 | nov-11      | dic-11      | gen-12      | feb-12      | mar-12      | apr-12      | mag-12      | giu-12      | lug-12      | ago-12      | set-12      | ott-12     | nov-12     | gen-13     | feb-13     |
| Chirurgia 1  | 212                    | 143         | 180         | 178         | 181         | 97          | 110         | 118         | 146         | 103         | 119         | 95          | 103        | 96         | 40         | 55         |
| Chirurgia 2  | 209                    | 77          | 92          | 88          | 88          | 77          | 89          | 92          | 98          | 52          | 40          | 57          | 33         | 27         | 31         | 20         |
| Chirurgia 3  | 120                    | 104         | 85          | 66          | 61          | 86          | 131         | 99          | 111         | 113         | 91          | 76          | 57         | 44         | 30         | 42         |
| Chirurgia 4  | 219                    | 236         | 263         | 277         | 272         | 286         | 273         | 268         | 269         | 268         | 153         | 159         | 38         | 32         | 19         | 27         |
| Chirurgia 5  | 101                    | 43          | 59          | 27          | 20          | 13          | 18          | 14          | 13          | 20          | 5           | 8           | 8          | 9          | 4          | 5          |
| Chirurgia 6  | 122                    | 116         | 124         | 133         | 143         | 137         | 145         | 194         | 200         | 116         | 117         | 121         | 188        | 189        | 87         | 112        |
| Chirurgia 7  | nd                     | nd          | nd          | 82          | 75          | 66          | 66          | 65          | 64          | 62          | 62          | 60          | 0          | 0          | 0          | 0          |
| Chirurgia 8  | 9                      | 25          | 27          | 14          | 13          | 13          | 19          | 32          | 35          | 34          | 25          | 20          | 24         | 17         | 9          | 10         |
| Chirurgia 9  | 96                     | 204         | 214         | 166         | 82          | 128         | 156         | 192         | 206         | 251         | 235         | 207         | 153        | 177        | 137        | 137        |
| Chirurgia 10 | 146                    | 157         | 131         | 115         | 80          | 72          | 87          | 101         | 63          | 80          | 60          | 54          | 49         | 54         | 23         | 37         |
| Chirurgia 11 | 42                     | 27          | 34          | 24          | 18          | 23          | 22          | 19          | 27          | 26          | 29          | 21          | 18         | 30         | 5          | 4          |
| Chirurgia 12 | 12                     | 14          | 17          | 18          | 23          | 22          | 27          | 28          | 30          | 31          | 30          | 31          | 23         | 25         | 16         | 18         |
| Chirurgia 13 | 76                     | 68          | 40          | 35          | 47          | 25          | 25          | 20          | 20          | 8           | 7           | 7           | 6          | 2          | 5          | 1          |
| Chirurgia 14 | 40                     | 132         | 131         | 143         | 147         | 181         | 168         | 197         | 194         | 162         | 182         | 116         | 121        | 107        | 58         | 75         |
| Chirurgia 15 | 57                     | 74          | 80          | 92          | 97          | 107         | 116         | 133         | 128         | 92          | 32          | 31          | 32         | 26         | 39         | 45         |
| Chirurgia 16 |                        |             |             |             |             |             |             |             |             | 2           | 2           | 11          | 27         | 42         | 17         | 24         |
| <b>TOT</b>   | <b>1461</b>            | <b>1420</b> | <b>1477</b> | <b>1458</b> | <b>1347</b> | <b>1333</b> | <b>1452</b> | <b>1572</b> | <b>1604</b> | <b>1420</b> | <b>1189</b> | <b>1074</b> | <b>880</b> | <b>877</b> | <b>520</b> | <b>612</b> |

Figura 3: Rendicontazione periodica della chiusura degli atti operatori:

## RISULTATI

Le utilità del software permettono di utilizzare i dati per valutare le performance del G.O.: individuare il tempo di ingresso/uscita nel G.O., il tempo di entrata/uscita nella S.O. ed il tempo di preparazione/risveglio. E' pertanto possibile calcolare l'efficienza della S.O., cioè il tempo netto di utilizzo, come previsto dall'Indice di Performance delle sale operatorie (Pandit et al., *Anaesthesia*, 2009).

Inoltre è possibile una puntuale rendicontazione periodica del numero di atti operatori incompleti e di conseguenza non chiusi da parte del team chirurgico. Dal dicembre 2012 è stato pertanto previsto, attraverso una delle funzionalità del programma, un blocco automatico degli atti operatori, una volta passati 30 gg. dall'intervento e quindi dall'apertura degli stessi, facendo scendere le mancate chiusure

degli atti del 50% da parte di tutte le figure professionali coinvolte (chirurgo, anestesista, infermiere professionale).

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il Software per le sale operatorie ha aiutato il personale clinico direttamente coinvolto e la Direzione Strategica a:

- Riorganizzare l'attività in S.O. (provenendo da singoli blocchi operatori e raggruppandola in un unico G.O.) creando un percorso del paziente chirurgico definito e unico;
- Riordinare il sistema di "registrazione delle attività chirurgiche" (prima esisteva soltanto un registro cartaceo e pochi avevano informatizzato la propria attività);
- Informatizzare le liste preoperatorie, liste operatorie, monitorando i tempi di attesa;
- Analizzare le performance del-

le attività chirurgiche, per tendere all'efficienza;

L'integrazione di tale software con gli altri applicativi aziendali permetterà inoltre:

- La gestione informatizzata SDO relativa a procedure ed interventi;
- La Pre-compilazione lettera di dimissione chirurgica (partendo dai dati presenti nell'atto operatorio).

Tutto questo rappresenta quindi un tassello essenziale del processo di informatizzazione in corso presso l'A.O.U.I.

## BIBLIOGRAFIA

1. Circolare del Ministero della Sanità n. 900.2/2.7/190 del 14 Marzo 1996
2. Pandit et al., *Anaesthesia*, 2009