



CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.



PROGETTARE E COSTRUIRE IL FUTURO

Royal Continental Hotel
Napoli, 19-22 maggio 2010

VOLUME ABSTRACT

Il Sistema **KEMIKA** a

Moduli Integrati

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

MODULO CON QUATERNARI E BIGUANIDE

Sanificazione superfici
con **SANIDART**
e Panni in Microfibra
EXTRAKLIN



MODULO CON CLOREXIDINA

Pulizia
e disinfezione
dei sanitari
con **SANOCIT CX**® e
Panni in Microfibra
EXTRAKLIN



MODULO CON CLORO IN PASTIGLIE

BIOSPOT® + **TOC**

Per lavaggio pavimenti
con frangia in microfibra
MONOKEM RICCIO



KemikaSPA

 Presidi Medico Chirurgici

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

Centrali di Sterilizzazione in Outsourcing

Garanzia Salute Sicurezza



 **STERIL** S.p.A.
Servizi Integrati per la Sanità

GESTIONE DELLA CENTRALE E DEL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE

Partner di qualificate strutture sanitarie italiane, Steril s.p.a. offre la giusta soluzione al servizio di "STERILIZZAZIONE"

- Unico interlocutore per un servizio "chiavi in mano"
- Standardizzazione delle procedure di lavoro
- "Tracciabilità" dei dispositivi medici
- Convalida del processo di sterilizzazione
- Gestione dello strumentario chirurgico
- Fornitura in Service di set chirurgici
- Continuo aggiornamento professionale e tecnologico
- Certificazione di Qualità del servizio

gestione



tracciabilità



convalida



progettazione
realizzazione
"chiavi in mano"

Viale Spagna, 6 - Z.I.
73010 Surbo (LECCE)
Ph. +39.0832.364536
Fax +39.0832.363450

www.sterilspa.it - info@sterilspa.it

Novità

PreGuard³

IL NUOVO SISTEMA PER L'IGIENE DEGLI AMBIENTI SANITARI

Più ambiente - Più igiene - Più Sicurezza
in minor tempo

**ABBATTE
LA CARICA
BATTERICA FINO
AL 91%***

1

Carico lavatrice con frange
e panni sporchi

Ciclo di lavaggio

Ciclo di preimpregnazione
in lavatrice con prodotto
P.M.C.



40 min
max 1h,10 min
(tempi medi)



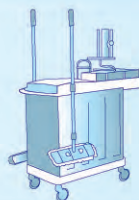
2

Carico panni nei relativi box
Preparazione carrello



3 min*

*Annullamento totale dei
tempi di impregnazione
manuale o preparazione
secchi con detergente



3

Trasferimento ai reparti
Inizio procedura
di pulizia e disinfezione



**VERIFICA E CONTROLLO DEI RISULTATI
DA PARTE DI SUTTER PROFESSIONAL LAB**

*decremento massimo della carica microbica testato dal laboratorio
di microbiologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria
"Maggiore della Carità" di Novara.

Sutter
PROFESSIONAL

Dal 1858 firmiamo il pulito

www.sutterprofessional.it
E-mail: professionalitalia@sutter.it
Numero verde :800-334-858

healthcare

**36° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere**

PROGETTARE E COSTRUIRE IL FUTURO

**Napoli
Royal Continental Hotel
19/22 maggio 2010**

IMPEGNO E PASSIONE

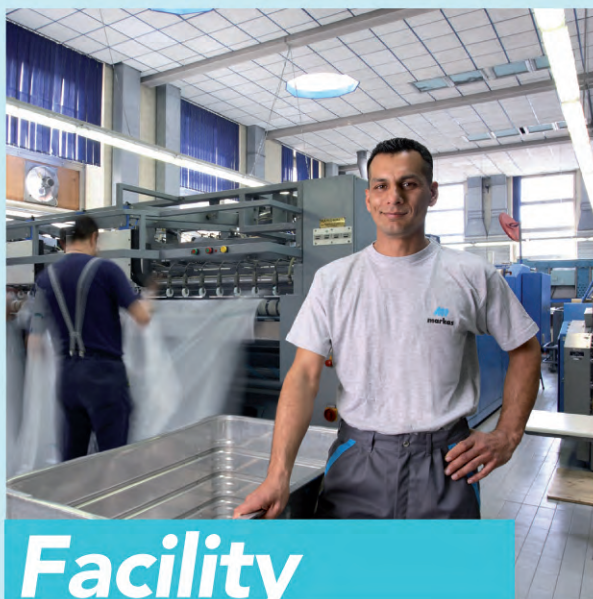
PER UN MONDO FATTO DI PERSONE



Clean



Food



Facility



Senior



Markas Service s.r.l.

Via Macello 73 | - 39100 Bolzano - [T] +39.0471.307611 [F] +39.0471.307699

www.markas.it - info@markas.it

36° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.

Napoli - Royal Continental Hotel

Progettare e costruire il futuro

PRESIDENTE

G. Finzi

COMITATO SCIENTIFICO

U.L. Aparo
A. Appicciafuoco
S. Brusaferro
V. Castaldo
G. Dal Pozzolo
A.A. De Stefano
C. Del Giudice
B. Di Falco
B. Falzea
K. Kob
R. Li Donni
F. Longanella

A. Marcolongo
G. Paladino
G. Pelissero
A. Pellicanò
S. Pili
U. Podner Komaromy
R. Predonzani
A. Rampa
G. Schirripa
D. Stalteri
M.A. Vantaggiato

COMITATO ORGANIZZATORE

M. Corvino
R. Lanzetta
W. Longanella
F. Onofaro

A. Punzo
V. Raiola
E. Vozzella
B. Zamparelli

SEGRETERIA SCIENTIFICA

U.L. Aparo
S. Brusaferro
C. Catananti
C. Del Giudice

G. Finzi
K. Kob
G. Pelissero
C. Ponzetti

INDICE

RELAZIONE ANNUALE DEL PRESIDENTE 5

POSTER 9

COMUNICAZIONI 91

PROGETTI PREMIO AMBIENTE 145

36° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O. Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

Relazione annuale del Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

Dott. Gianfranco Finzi

Gentili colleghi, autorità, signori e signore,

E' con grande piacere che inizio i lavori di questo 36° Congresso Nazionale dell'ANMDO "Progettare e costruire il futuro".

Per la mia breve presentazione di apertura è stato scelto il titolo "Innovare l'ANMDO", in quanto tutto il processo di rinnovamento che auspichiamo coinvolga in tempi rapidi l'organizzazione sanitaria del nostro paese, deve necessariamente coinvolgere anche la nostra professionalità e di conseguenza la nostra Associazione.

Scriveva recentemente Francesco Alberoni in uno scritto dal titolo *La qualità di un buon capo e di una leadership di gruppo*: "Che cosa deve fare il capo? Conoscere l'ambiente in cui opera la sua impresa, capire cosa si sta facendo, vedere gli errori, sapere dove si deve andare e tracciare la rotta. In una impresa di largo consumo deve essere capace di intuire che cosa può interessare i consumatori, in politica che cosa desiderano intimamente gli elettori e come parlare loro per convincerli. Ma per scoprirlo non bastano le ricerche demoscopiche o di mercato, i calcoli e i ragionamenti degli uomini del marketing, le formule degli addetti alle vendite, le trovate dei pubblicitari. Per scoprirlo occorre una visione del mondo, una comprensione profonda dell'animo umano, e percepire lo spirito dei tempi e la direzione del mutamento".

E noi dobbiamo assolutamente percepire lo spirito dei tempi e la direzione del mutamento.

Ma veniamo ai punti salienti che vedranno protagonista a medio e lungo termine la nostra Associazione e la sua classe dirigente.

In primo luogo la questione sindacale. Credo ormai sia cosa nota a tutti la storia della travagliata scelta di campo che nel 2008 la nostra Associazione decise di fare in ordine alla rappresentatività sindacale. Tuttavia ancora una volta ritengo opportuno ricordare i vari passaggi che furono esplicitati a tutti i soci e non soci con una mia lettera aperta al Dott. Carmine Gigli, Presidente Nazionale della FESMED.

Caro Carmine,

purtroppo per motivi di lavoro non posso venire a trovarti a Gorizia per parlarti del problema ANMDO - FESMED. Pertanto ti mando una memoria, che ti prego di mettere agli atti nel verbale della riunione di Bari. Pur tuttavia ritengo opportuno ripercorrere la storia dei rapporti ANMDO-FESMED.

Il 18 di Dicembre del 2007 il nostro Direttivo approvò una risoluzione di indisponibilità alla cessione delle deleghe alla FESMED alle condizioni e nel contesto della proposta allora formulata. Analoghe risposte di indisponibilità ricevettero le proposte di unione formulate da SMI (Sindacato dei Medici Italiani) e FIALS Medici. Tutte le proposte, seppur con lievi sfumature, presupponevano la completa perdita delle nostre prerogative sindacali e lo scioglimento in un'altra organizzazione. Abbiamo provato senza successo ad opporci alla decisione dell'ARAN e ai tempi ristrettissimi di cessione delle deleghe dei propri iscritti imposti alle Associazioni minori come la nostra. Nel frattempo è stato mantenuto il nostro rapporto con la FESMED. Non abbiamo ceduto le deleghe alla FESMED, ma in qualità di fondatori mantenevamo il diritto a far parte degli organi esecutivi dell'Associazione e a partecipare alle scelte. Abbiamo spiegato al direttivo della FESMED i motivi della nostra decisione e abbiamo chiesto al Presidente dell'Associazione che tenesse conto che i tempi di maturazione delle nostre decisioni, che non avevamo potuto e voluto schiacciare su quelli imposti dal CCNQ, sarebbero stati più lunghi e che nel frattempo avremmo gradito mantenere la nostra collocazione in FESMED di Associazione non cedente deleghe che mantenendo il nostro status e pagando il contributo spese previsto dallo Statuto.

La tua risposta non negativa ci ha indotto a ritenere, inizialmente, che avremmo potuto mantenere il nostro Sta-

tus. In occasione della prima riunione del direttivo FESMED la possibilità di mantenere un rapporto corretto, ancorché non cordiale, si è mostrata difficile da praticare. Al rappresentante ANMDO è stato immediatamente notificato che non avrebbe più svolto la funzione di segretario, in quanto tutte le cariche erano riservate ad iscritti FESMED, e che in assenza di una cessione di deleghe da realizzarsi nel giro di due settimane (tanto mancava al congresso nazionale di Rimini di fine marzo) il direttivo avrebbe provveduto a revocare gli incarichi di rappresentanza (fiduciari, vice fiduciari etc.) che i soci ANMDO ancora ricoprivano in FESMED.

Non ci rimaneva altro che prendere atto della ruvidezza con cui la FESMED ci diceva "o dentro o fuori" e della totale chiusura al mantenimento di una posizione, peraltro statutariamente prevista, di presenza solo come Associazione per il tempo necessario alla maturazione delle nostre decisioni. Ho personalmente informato i colleghi che occupavano incarichi di alto livello nella FESMED pregandoli di rassegnare le dimissioni.

Negli stessi giorni in cui FESMED ci invitava a risolvere la nostra posizione la Presidenza dell'ANPO ci chiese la disponibilità ad incontrare una nostra delegazione per parlare delle direzioni tecniche nelle Aziende Sanitarie e della possibilità di confrontare le posizioni dei "Prima" e quelle dei "Direttori Sanitari". Ugo Aparo ed io abbiamo incontrato una delegazione dell'ANPO riscontrando non poche affinità tra le missioni e le politiche delle nostre Associazioni. Ci siamo informati sullo stato della loro organizzazione, che sapevamo da fonti FESMED essere stata esclusa dalla contrattazione, e abbiamo riferito della nostra decisione di stare fuori dall'ambito negoziale in attesa di capire meglio quali logiche e quali prospettive si stavano aprendo. Apprendemmo che non solo ANPO non era fuori dal contratto ma che aveva chiuso un accordo con gli Ortopedici dell'ASCOTI (che secondo le stesse fonti che avevano dato ANPO per spacciato, erano rimasti a terra dopo essere stati respinti dalla FESMED) e FIALS Medici, fondando un nuovo soggetto sindacale. Ovviamente fummo sorpresi dalla scoperta di una realtà totalmente diversa da quella proposta ai direttivi della FESMED e la sorpresa divenne stupore quando leggendo lo statuto del nuovo soggetto sindacale formato da ANPO, ASCOTI e FIALS, ci accorgemmo che erano esattamente i contenuti delle richieste da noi formulate al Presidente della FESMED nel mese di Ottobre del 2007. Richieste che tu avevi respinto perché, sostenevi, non erano consentite dall'ARAN.

Inutile dire che, senza porre in dubbio la buona fede di alcuno, ci sono state raccontate cose non vere e che mentre tu ci assicuravi che la cessione delle deleghe andava fatta in un certo modo perché esisteva solo quel modo, altri riuscivano a conciliare il rispetto del CCNQ e la salvaguardia delle Associazioni.

Abbiamo comunque insistito nel chiederti che venisse accolta la nostra richiesta di mantenimento di una posizione intermedia (che abbiamo chiamato di congelamento) con la speranza che potesse comunque maturare una decisione diversa dalla rottura con la vecchia associazione che, nonostante tutto, abbiamo contribuito a formare e a far crescere.

In data 18 Aprile abbiamo esaminato la questione nel corso di una riunione della Segreteria Sindacale conclusasi con il mandato al Segretario Sindacale di approfondire i contatti con l'ANPO e di verificare i rapporti con FESMED raccomandando comunque la ricerca di una soluzione che, fatta salva la garanzia del mantenimento dell'identità e dell'autonomia finanziaria dell'ANMDO, la mantenga nell'ambito della negoziazione del CCNL.

La verifica dei rapporti con FESMED è esitata in un nulla di fatto. I nostri soci hanno ricevuto un'asciutta e burocratica nota con la quale tu ti dichiaravi costretto a revocare gli incarichi fiduciari stante la situazione di mancata cessione delle deleghe da parte nostra. In Campania il Fiduciario regionale FESMED dr. Rosa promosse una disdicevole iniziativa di sciallaggio sindacale. I nostri soci hanno ricevuto una lettera secondo la quale non avendo noi ceduto le deleghe alla FESMED avremmo perso insieme alla rappresentatività anche lo Status di Sindacato lasciandoli senza tutela. Invita quindi, la nota di Rosa, ad aderire prontamente alla FESMED dove, con gli auspicci e per l'impulso della Prof.ssa Triassi, è stata allestita un'area igienistica.

Ci addolorò vedere FESMED insidiare i nostri iscritti e non potemmo sottrarci al dovere di vanificare i desideri del dr. Rosa e della Prof.ssa Triassi. Molto più interessante e fruttuoso si è rivelato il rapporto con l'ANPO.

Ho proposto di lavorare ad un'intesa di valenza strategica che avesse come orizzonte oltre la nostra sopravvivenza come soggetto sindacale a tutto campo che mantiene la sua presenza nell'ambito della contrattazione pubblica e fa il suo esordio in quello della sanità privata, l'affermazione di una nuova soggettività delle direzioni tecniche del Servizio Sanitario volta a riaffermare i valori di autonomia della professione medica nelle sue fondamentali espressioni: clinica e organizzativa.

Autonomia sempre più minacciata dall'ingerenza della politica e dalla disinvoltura di direzioni generali sempre meno illuminate e sempre più rampanti e improvvisate.

Nel corso dei contatti con l'ANPO abbiamo riscontrato un'ampia identità di vedute e ricevuto soddisfacenti e credibili garanzie di mantenimento, per l'ipotesi di una convergenza organizzativa, delle nostre prerogative (autonomia finanziaria, soggettività sindacale per gli aspetti disgiunti dalla contrattazione e non collegati alle esigenze dei temi del CCNQ dell'Agosto 2007, rappresentanza negli organismi esecutivi dell'organizzazione). Tutto il resto è storia recente.

In sostanza ti esprimo il mio rammarico in quanto l'atteggiamento FESMED ci ha costretti a dare le nostre dele-

ghe ad altro soggetto sindacale che a onor del vero in questo momento ci rappresenta in modo egregio. Dato quanto sopra, vorrei capire da te e dalla FESMED quale sia il "problema ANMDO".

Sicuramente di problemi ne esistono ancora, specie a livello decentrato, problemi di cui il Presidente Nazionale dell'ANPO ASCOTI FIALS MEDICI, Prof. Raffaele Perrone Donnorso, come di sua consuetudine, si è preso carico organizzando per il 9 Giugno 2010 un Convegno sul Contratto Nazionale di lavoro e convocando per il 10 Giugno 2010 una giunta esecutiva nazionale dell'ANPO ASCOTI FIALS MEDICI, al cui ordine del giorno vi sarà l'approvazione delle procedure/linee guida/modalità di come devono essere organizzati/eletti/nominati i Direttivi regionali dell'Associazione. Ai nostri alleati chiediamo fin da ora una maggiore integrazione sindacale a livello locale e la possibilità di discutere collegialmente la strategia e gli obiettivi in ambito della contrattazione decentrata. Chiediamo dunque a tutti un maggior impegno sul piano partecipativo.

Nel prossimo futuro si dovranno affrontare anche i problemi legati al disegno di legge *Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale*, in corso di esame da parte della 12° Commissione della Camera dei Deputati. A tal proposito è stato composto un gruppo di lavoro, da me presieduto, che dovrà preparare le istanze e le proposte che l'associazione desidererà presentare sulle opportune sedi istituzionali e politiche.

Una delle sfide nel processo innovativo della nostra Associazione è, e sarà sempre di più, la comunicazione; ho pertanto ho il piacere di presentare il nuovo sito internet della nostra Associazione.

I cambiamenti infatti e l'evoluzione del sistema sanitario di oggi richiedono inevitabilmente un continuo aggiornamento di conoscenze e competenze.

E' proprio in questo scenario che si colloca la visione innovativa di cooperazione, sostegno e divulgazione scientifica del progetto "CONOSCIAMOCI", che desidero illustrarvi in questa occasione. Con tale progetto oltre a mettere in luce il lavoro, le capacità e le conoscenze di tutti i soci, si vuole creare una rete informatica in grado di rendere reale l'integrazione delle conoscenze di tutti gli appartenenti all'associazione.

Il progetto prevede:

La creazione di un database, accessibile ai soli soci, all'interno del sito nazionale dell'associazione, in cui poter evidenziare e mettere a disposizione le pubblicazioni scientifiche redatte da ciascun componente dell'associazione.

Una rete globale di informazioni sui soci, in grado di fornire, con un semplice "click", a seconda del punto di partenza della "query", nome, ruolo, struttura di appartenenza, breve curriculum vitae, campo di specializzazione, pubblicazioni scientifiche, ecc.

Un database, come insieme organizzato di informazioni e dati, che verrà strutturato e organizzato in modo da essere consultabile e utilizzabile nel miglior modo possibile.

Nell'ottica del principio fondante dell'A.N.M.D.O. di divulgazione scientifica sarà possibile quindi ottenere, attraverso un semplice collegamento ad Internet, il testo completo degli articoli pubblicati da ciascun socio, direttamente sulla propria scrivania. I vantaggi legati a questo nuovo strumento di informazione sono molteplici e riguardano in particolare la tempestività nella diffusione dei lavori scientifici rispetto alla tradizionale edizione stampata e la facilità nel recupero delle informazioni attraverso le interfacce di ricerca e i filtri. Chiaramente si richiede la partecipazione di tutti i soci, invitando tutti gli iscritti ad inviare quanto preferiscano.

Ciascun socio dovrà quindi inviare quanto prima le informazioni richieste da inserire nel data-base e una copia elettronica e cartacea, se disponibile, di ciascuna sua pubblicazione.

Tale progetto si propone di accrescere l'importanza della condivisione e della divulgazione scientifica, attraverso il contributo del singolo, per creare la forza della cultura dell'associazione e sarà esteso anche ai soci delle altre associazioni con le quali abbiamo stretto rapporti di reciproca collaborazione.

Un altro importante fattore di innovazione in atto nella nostra Associazione è poi la nascita di ANDMO ELITE, che ha visto la pubblicazione del suo MANIFESTO sul numero 6 dell'anno 2009 di ANMDO NEWS e che si sta formando nell'ambito del Seminario ANMDO ELITE.

Per una presenza attiva della nuova generazione che dovrà preparare il documento finale, che sarà presentato in seno all'Assemblea Nazionale dei soci, credo che fin da ora dovremo essere noi stessi a dare segnali che prevedano l'inserimento dei più giovani nell'Associazione, e come Presidente desidero fare già alcune proposte: Presenza di almeno due lavori scientifici sulla rivista L'Ospedale scritti da soci sotto i 40 anni;

Presenza di un membro ANMDO sotto i 40 anni dentro il Comitato Scientifico della rivista L'Ospedale e dentro il Direttivo Nazionale;

Presenza di un membro sotto i 40 anni in ogni direttivo regionale;

Costituzione di un network per facilitare la possibilità di trovare lavoro

L'innovazione dovrà certamente passare attraverso i rapporti e gli accordi di collaborazione già sottoscritti con

altre associazioni, ma è ora da applicare sul piano operativo. Devo dire con piacere che è stato più facile iniziare la collaborazione con associazioni, anche estere, non costituite da medici, con cui ci siamo trovati tutta via a condividere strategie future nell'ambito della piena autonomia ed identità professionale. Più arduo e difficile è invece il rapporto con altre associazioni, alle quali evidentemente la nostra presenza risulta scomoda in quanto siamo in parte medici di sanità pubblica che non si identificano solo nella sanità pubblica ma anche in quella privata, e che non rivendicano il proprio ruolo importante e fondamentale di medici igienisti e medici manager allo stesso tempo.

Noi siamo fieri delle nostre origini, nasciamo così come nacquero i nostri maestri, dalle scuole di igiene, ma siamo perplesși e amareggiati di essere considerati, in alcune associazioni, come ospiti scomodi.

Concludendo, credo che necessariamente l'innovazione della nostra associazione dovrà riguardare:

COMUNICAZIONE: SENTIRSI PARTE DI UNA ORGANIZZAZIONE REALE CHE PROPONE RIFLESSIONI E PROMUOVE CULTURA DELLA CONOSCENZA, nonchè realizzare una rete di connessione delle informazioni per offrire servizi di supporto per le problematiche dei professionisti.

Il rafforzamento delle attività di comunicazione prevede anche il consolidamento del rapporto con le Istituzioni nazionali e regionali, con le forze politiche ed imprenditoriali del Paese, in particolare con il Ministero della Salute, l'incremento della diffusione delle opinioni ed idee su questioni che incidono sull'organizzazione sanitaria e di conseguenza sulla nostra professione.

ATTIVITA' SCIENTIFICA: è necessario consolidare le attività di collaborazione con altre associazioni e società scientifiche, sviluppare le attività per la rivista l'Ospedale, attraverso la quale è necessario divulgare esempi di "best practices".

Sarà inoltre compito della Presidenza e della Segreteria Scientifica avviare iniziative tese alla promozione di attività rivolte al mondo dell'Università e a quello dell'impresa. L'incentivazione di queste attività avrà l'obiettivo di coinvolgere tutti gli iscritti e di accrescere la formazione e la cultura professionale fornendo, pertanto, anche un servizio alle Aziende Sanitarie.

TUTELA DELLA PROFESSIONALITA': LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA COMPETENZA. La complessità del sistema sanitario pone con forza il problema dell'adeguata competenza professionale a garanzia del corretto funzionamento del servizio sanitario nazionale; non più una singola professione ma la valorizzazione di diverse competenze e diversi gradi di professionalità coordinati in aree tematiche organizzate.

ATTIVITA' di FORMAZIONE: PROPORRE MOMENTI FORMATIVI QUALIFICATI E BASATI SULL'ESPERIENZA PROFESSIONALE "EXPERIENCE BASED KNOWLEDGE". L'Associazione ha già in corso infatti la realizzazione di un progetto per un master specificamente preparato per i medici di direzione sanitaria, anche in collaborazione con le altre Associazioni e con l'Università

INIZIATIVE NEI CONFRONTI DEI GIOVANI: è necessario diffondere la nostra specifica cultura professionale incrementando il rapporto culturale fin dalla prima esperienza professionale dei giovani professionisti.

Vorrei infine concludere in allegria ricordando un grande innovatore, Albert Einstein, che, a proposito della relatività scrisse: "Quando un uomo siede in compagnia di una bella ragazza, sembra sia passato un minuto. Ma fatelo sedere su una stufa per un minuto e gli sembrerà più lungo di qualsiasi ora. Questa è la relatività".

Grazie e Buon Congresso.

36° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

POSTER

LA STRATEGIA DELLA TRASPARENZA NELLA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA: IL LIBRETTO INFORMATIVO

A. Alessandri*; A. Appicciafuoco*; S. Brugnoli*; E. Carucci*; S. Naldini*; V. Vinante°

* Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio – ASL 10 Firenze

° Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva –

Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

INTRODUZIONE

Nell'ambito della riqualificazione del percorso chirurgico ai fini di ridurre non solo i tempi di attesa, ma anche di rendere il paziente protagonista del percorso assistenziale sono stati formati dei gruppi di lavoro che avessero la funzione di elaborare nuove strategie di presa in carico dell'assistito.

Il paziente, ha il diritto infatti non solo di essere informato del suo percorso sanitario, ma anche di conoscere i suoi diritti e doveri. L'informazione che viene data al paziente non determina solamente l'aumento della compliance, ma è funzionale al sistema sanitario stesso per fare in modo che il paziente sia inserito in un'unica lista di attesa.

In questo lavoro ci proponiamo di illustrare il progetto del gruppo 1 che, nell'ambito della delibera regionale 638/09 "Direttiva per la gestione unica delle liste di attesa degli interventi chirurgici e dei tempi massimi di attesa, in regime istituzionale sia ordinario che libero professionale. Tutela del diritto di accesso all'assistito", si è posto come primo obiettivo la realizzazione di un libretto informativo da consegnare al paziente alla prima visita chirurgica.

CONTENUTI

Nella suddetta delibera vengono definite le informazioni che devono essere inserite dal chirurgo su una scheda informativa da consegnare al paziente al momento della prima visita. Queste informazioni sono: Dati anagrafici del paziente, Descrizione diagnosi e codifica ICD9 CM, Descrizione intervento chirurgico proposto, Codifica ICD9 intervento, Codice priorità, Setting assistenziale appropriato.

Presi in considerazione questi dati, il gruppo 1, ha ampliato la scheda formulando un libretto informativo, strutturato in 4 aree dove il paziente può trovare le seguenti informazioni: Anagrafica, illustrazione del percorso sanitario, consenso informato, schema riassuntivo delle visite effettuate all'interno del percorso con data, firma del medico e del paziente, programmazione del percorso e numeri utili. Il gruppo 1 nella formulazione del libretto ha deciso di calarsi nella prospettiva del paziente: quali sono le informazioni che servono realmente?

Da qui l'elaborazione di un piccolo prospetto per inserire tutti gli appuntamenti del percorso sanitario, la presenza dei numeri utili, i diritti e i doveri. Il paziente può così partecipare in maniera attiva al suo percorso sanitario. Il libretto è di facile comprensione e verrà successivamente tradotto anche in altre lingue (Inglese, francese, cinese). Il paziente lo dovrà portare ad ogni visita e, per garantire una maggior trasparenza, sia lui che il medico dovranno firmarlo negli appositi spazi, inoltre al termine della prima visita dovrà presentarlo all'ufficio per la programmazione chirurgica per avviare il suo iter.

CONCLUSIONI

Sebbene l'obiettivo principale del libretto fosse quello di informare il paziente e fare in modo che prendesse delle decisioni consapevoli riguardo al suo percorso sanitario, riteniamo che la compilazione e la consegna del libretto rappresenti anche un momento molto importante per il medico. Troppo spesso infatti il medico trascura queste informazioni sia a suo discapito che a quello dell'assistito. Pertanto l'introduzione dell'opuscolo (sia per il regime istituzionale sia per quello di libera professione in *Intra Moenia*), potrà evitare non solo spiacevoli equivoci, ma soprattutto favorire un unico inserimento nelle liste di programmazione chirurgica determinando una riduzione delle liste di attesa.

GESTIONE AMBIENTALE E SVILUPPO SOSTENIBILE: “A MINORE IMPATTO”

P.M. Antonoli*, K. Montanari**, M. Giorgetti°, R. Bentivegna°, E. Carlini°, M.C. Manzalini*,
L. Alvoni*, V. Dalpozzo*, M. Rubi*

*Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

**Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università di Ferrara

°Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

INTRODUZIONE

“Lo Sviluppo Sostenibile è quello sviluppo che soddisfa i bisogni delle generazioni presenti senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare i propri”. Per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, significa gestione di processi e strutture orientata al miglioramento continuo delle prestazioni ambientali, applicazione di criteri ambientali nella progettazione di nuove strutture/attività e nell'acquisizione di beni e servizi, comunicazione sociale e promozione di comportamenti virtuosi.

PAROLE CHIAVE

Rifiuti, ambiente, sostenibilità

CONTENUTI

Scopo e Metodologia: “A MINORE IMPATTO” è il Progetto di gestione ambientale e sviluppo sostenibile che AOU-FE ha avviato in maniera strutturata a partire dal 2007. Le linee di azione sono rivolte alla gestione di rifiuti e scarichi, energia, acqua, mobilità e acquisti (GPP), per ridurre l'impatto in termini di Kg di CO₂ eq prodotti. Sono state individuate specifiche azioni di intervento: garantire conformità alla normativa vigente; migliorare la sicurezza dei processi; misurare e ridurre gli impatti ambientali, in particolare la quantità e la pericolosità delle sostanze impiegate e dei rifiuti prodotti; razionalizzare consumi e risorse; sensibilizzare e motivare i dipendenti, anche attraverso interventi di informazione-formazione-addestramento; sviluppare consenso e valorizzare l'immagine, rafforzando le relazioni con la comunità, gli stakeholders e shareholders.

RISULTATI

A partire dal 2002, il primo ambito di intervento ha riguardato, come per molte altre Aziende sanitarie, la gestione dei rifiuti attraverso:

- Identificazione e mappatura di attività, sostanze e prodotti pericolosi impiegati
 - Periodica analisi e riprogettazione dei percorsi aziendali di gestione dei rifiuti sanitari (sostegno raccolta differenziata e recupero; miglioramento gestione dei rifiuti pericolosi, interventi strutturali ed impiantistici di sicurezza)
 - Aggiornamento del patrimonio documentale (procedure, istruzioni operative, moduli, documenti), disponibile ad ogni operatore nel sito intranet aziendale
 - Controlli di qualità e risultato
 - Attivazione dell'Osservatorio aziendale per il monitoraggio della produzione e dei costi di gestione dei rifiuti. Tutti i dipendenti, i pazienti, i visitatori e la comunità tutta sono coinvolti e chiamati a partecipare attivamente al Progetto.
- Nel 2009 è stata avviata la Campagna di promozione e sostegno della raccolta differenziata e recupero dei rifiuti assimilati agli urbani, “Se separi vivi! LO SAPEVATE CHE...”. Dal 2007, con l'attivazione del Gruppo Gestione Ambientale e Sviluppo sostenibile AOUFE, si stanno orientando le azioni anche agli altri elementi oggetto della gestione ambientale attraverso specifici progetti di intervento: dal 2008 AOUFE è ospedale glutaraldeide-free e protossido-free; nel corso dei mesi invernali 2009, è stata ridotta di 1°C la temperatura indoor; è stata avviata, a partire dal 2009, l'analisi delle caratteristiche della mobilità degli operatori aziendali con la promozione dell'utilizzo della bicicletta e dei mezzi di trasporto pubblico.

CONCLUSIONI

E' possibile misurare e ridurre l'impatto ambientale di una Azienda sanitaria, in particolare per la produzione di rifiuti e alcuni esempi sono riportati nel grafico 1 e in tabella 1.

Un approccio orientato alla gestione ambientale promuove la motivazione fra i dipendenti, valorizza l'immagine e rafforza il consenso e le relazioni con la comunità, infonde consapevolezza e coscienza ambientale.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

TEMPI DI ATTESA AL PRONTO SOCCORSO: ANALISI DI ATTIVITÀ

A. Appicciafuoco*; **S. Brugnoli***; **E. Carucci°**; **S. Naldini***; **V. Vinante°**; **A. Alessandri***

* *Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio – ASL 10 Firenze*

° *Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva –*

Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

INTRODUZIONE

Il tempo di attesa del pronto soccorso è considerato uno dei più importanti indicatori per il monitoraggio dell'attività organizzativa del dipartimento di Emergenza Urgenza.

In questo studio ci proponiamo di analizzare i dati raccolti dall'ASL Firenze sui tempi di attesa e permanenza al DEU del Presidio Ospedaliero SGDD. L'analisi si pone come obiettivi non solo quello di verificare che il Pronto Soccorso si sia conformato alla D.R. 140 del 2008, che prevede il contenimento dei tempi di attesa al P.S. (1 Ora per dal triage alla prima visita e 4 ore per la permanenza totale), ma soprattutto di porre le basi per un modello organizzativo che possa meglio rispondere alla nuova percezione del bisogno di salute dell'utente.

MATERIALI E METODI

I dati presi in esame per DEU del PO SGD (numero di pazienti che si sono recati al pronto soccorso suddiviso per tipo di codice, tempo di attesa che va dal triage al momento della prima visita e dal triage al momento della dimissione), nel periodo compreso fra il 2007 e 2009, sono presenti nel sito dell'ASL di Firenze nel link procedure Aziendali -Architettura Dati - elaborato dal "Dipartimento Tecnologie e Sistemi". I dati del 2009 sono stati ulteriormente suddivisi in primo e secondo semestre per analizzare se le attività e l'attesa potessero aver subito delle variazioni stagionali e in seguito all'epidemia influenzale.

RISULTATI

I dati riguardanti gli accessi confermano quelli internazionali sul trend crescente di afflusso al pronto soccorso. Dai 41.317 accessi del 2007 siamo infatti passati a 43.967 del 2009 che corrisponde ad un incremento del 6.4%. L'aumento dell'affluenza è stato del 3.2% nel 2008 e del 3% nel 2009. Considerando che gli accessi di codici gialli sono rimasti pressoché invariati, e che i per rossi si è verificata una diminuzione del 12,5 %, l'aumento di accessi è riferibile principalmente all'aumento di codici verdi (3%) ed azzurri (20%).

Nonostante il significativo aumento di accessi, i tempi di attesa non hanno presentato variazioni significative. Per quanto riguarda il tasso grezzo dell'attesa dal triage alla prima visita dal 2007 (46') al 2009 (52') è aumentato di soli 6 minuti ed è comunque rimasto sotto il limite dell'ora. Mentre per quanto riguarda il tempo medio di permanenza al pronto soccorso dal 2007 (3h e 44') al 2009 (4h e 7') la permanenza è aumentata di circa 23 min e ha superato il tetto massimo di 4 ore di soli 7 minuti. I codici verdi, azzurri e bianchi sono quelli che hanno il tempo di attesa maggiore fra triage e prima visita (media di 1 h e 10 min).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Considerando che il DEU ha utilizzato il tempo di attesa come strumento di equità garantendo tempi minimi o molto ridotti per i codici rossi e gialli e distribuendo il resto delle proprie risorse ai codici verdi e azzurri, i dati del P.S. SGDD, sono molto confortanti. Per un monitoraggio più accurato, si ritiene comunque necessario continuare e approfondire questa analisi aggiungendo anche i dati riguardanti le percentuali dei pazienti dei quali i tempi di attesa superano i nostri obiettivi. Inoltre, per rispondere al previsto aumento dell'affluenza senza avere un parallelo aumento dei tempi di attesa, ci proponiamo di lavorare per il miglioramento della performance soprattutto grazie all'analisi di altri modelli organizzativi internazionali per progettare un nuovo pronto soccorso che tenga in considerazione sia le esigenze del paziente che quelle del personale.

PROGETTO MULTIDISCIPLINARE TRA NEFROLOGIA E REUMATOLOGIA PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLE VASCULITI SISTEMICHE

Azzolina MC*, Fusaro E**, Segoloni G°, Colla L°, Parisi S**, Peroni CL**, Arione R*

*Direzione Sanitaria

**Reumatologia

° Nefrologia, Dialisi, Trapianti

AOU S. Giovanni Battista di Torino

INTRODUZIONE

Le vasculiti sistemiche sono un gruppo eterogeneo di patologie caratterizzate da alterazioni infiammatorie e necrotizzanti della parete vascolare, arteriosa e venosa. L'interessamento arterioso può interessare le arterie di grosso, medio e piccolo calibro, provocando quadri clinici variabili con andamento cronico e con ri-acutizzazioni sistemiche o a livello di organo.

Le vasculiti sistemiche comportano un gravoso impegno assistenziale per la complessità del quadro clinico e le difficoltà diagnostiche e terapeutiche.

Dal punto di vista assistenziale il percorso diagnostico-terapeutico si caratterizza per un approccio che inizialmente coinvolge lo specialista che per competenza è chiamato ad affrontare le manifestazioni cliniche più evidenti, il quale spesso prosegue il follow up anche nella fase cronica.

Le molteplici manifestazioni cliniche delle vasculiti sistemiche possono comportare il coinvolgimento di molte delle specialità presenti in Azienda.

PAROLE CHIAVE

Vasculiti, progetto multidisciplinare

CONTENUTI

Sulla base di precedenti esperienze di collaborazione su singoli casi clinici le Strutture Complesse di Nefrologia e Reumatologia hanno ritenuto di rendere più organico il percorso diagnostico-terapeutico dei Pazienti affetti da vasculiti sistemiche, attraverso un approccio multidisciplinare, che desse risposta alle seguenti esigenze:

- condividere le competenze e individuare percorsi comuni
- favorire il passaggio di Pazienti dopo la fase acuta nefrologica terminata la fase acuta di competenza.
- sviluppare un percorso multidisciplinare di queste patologie con l'avvio di legami di collaborazione con le specialità maggiormente interessate, per la prevenzione delle complicanze renali e la gestione delle fasi acute sistemiche e d'organo.
- costituire un primo nucleo di collaborazione dal quale sviluppare un gruppo di lavoro più ampio con il coinvolgimento di altre specialità sull'esperienza di un modello collaudato;
- condividere le esperienze anche a livello scientifico con la creazione di una banca dati e con l'analisi dei risultati; allargare le basi di conoscenza presso altri Specialisti e per i Medici di Medicina Generale.

Sono state intraprese le seguenti attività:

- attivazione di un ambulatorio integrato per la gestione di problematiche comuni, con cadenza settimanale e con la presenza contemporanea di un nefrologo ed un reumatologo.
- creazione da parte della Reumatologia di uno specifico percorso ambulatoriale del Paziente affetto da vasculite sistemica al termine della fase acuta di interesse nefrologico;
- creazione da parte della Nefrologia di uno specifico percorso ambulatoriale del Paziente affetto da vasculite sistemica per un follow up periodico e per la gestione delle fasi acute di competenza;
- creazione di un data base comune per l'analisi dell'attività a scopo statistico e scientifico;

CONCLUSIONI

La gestione integrata delle problematiche cliniche legate alle malattie autoimmuni sistemiche è l'approccio più efficace per patologie caratterizzate da complessità e cronicità.

Lo sviluppo di attività comuni ha consentito un arricchimento reciproco degli specialisti coinvolti nonché il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate ed il soddisfacimento dei fabbisogni dell'utenza.

LA PRE-OSPEDALIZZAZIONE NEI PRESIDII OSPEDALIERI DI JESI: DIECI ANNI DI ESPERIENZA

Bacelli S.*, Scaccia F.*, Fedele V.**

*Direzione Medica di Presidio- ASUR Marche Zona Territoriale n. 5 PP.OO. Jesi

**Direttore Medico di Presidio - ASUR Marche Zona Territoriale n. 5 PP.OO. Jesi

INTRODUZIONE

La riduzione delle giornate di degenza preoperatorie, nei ricoveri chirurgici di elezione, può essere ottenuta effettuando tutti gli accertamenti necessari all'intervento in setting appropriati e in un momento precedente al ricovero. Nei Presidii Ospedalieri di Jesi, il percorso di preospedalizzazione è stato attivato nel secondo semestre del 2000 e negli anni successivi è stato potenziato e istituzionalizzato, fino alla realizzazione di un servizio autonomo e centralizzato.

PAROLE CHIAVE

Preospedalizzazione, Degenza preoperatoria

CONTENUTI

Il percorso di preospedalizzazione, nei Presidii Ospedalieri di Jesi, è stato avviato nel 2000, in via sperimentale con un solo reparto chirurgico, e prevedeva particolari accordi con le Unità Operative di Radiologia, Laboratorio Analisi, Cardiologia e Anestesia al fine di garantire un percorso preferenziale agli esami diagnostici e alle visite specialistiche dei pazienti operandi. Ad essi, infatti, nel corso di un'unica mattinata venivano garantiti gli esami di laboratorio, l'ECG, gli esami radiologici e la visita anestesiológica.

Nel 2001 il modello è stato consolidato ed esteso a tutte le UU.OO. chirurgiche: all'utente veniva consegnato uno schema illustrativo del percorso da seguire per l'effettuazione degli accertamenti preoperatori, con la sequenza degli esami e gli orari di ciascun Servizio. Il percorso si sviluppava tutto al piano terra del Presidio Ospedaliero in un arco temporale che andava dalle 7.30 alle 14.00.

Il costante aumento della richiesta da parte delle UU.OO. chirurgiche ha determinato, nel 2005, la formalizzazione di un Servizio di Preospedalizzazione come istituzione centralizzata. Nel nuovo modello, il paziente viene accolto presso la sala d'attesa del servizio e da qui accede agli ambulatori adiacenti per eseguire il prelievo, l'ECG, la visita chirurgica e la visita anestesiológica. Per gli eventuali esami radiografici necessari, l'utente viene accompagnato presso l'U.O. di Radiologia che, nel corso della stessa mattinata, garantisce l'esecuzione dell'esame e l'invio del relativo referto al Servizio di Preospedalizzazione.

CONCLUSIONI

Nella tabella A è riepilogata l'attività del Servizio di Preospedalizzazione a partire dal 2001: i dati sono distinti per U.O. e sono relativi ai soli accessi con visita anestesiológica. Per l'U.O. Oculistica il numero degli accessi si è ridotto a partire dal 2005 quando, dallo standard degli accertamenti preoperatori, è stata esclusa la visita anestesiológica. Parallelamente all'aumento dell'utilizzo del Servizio di Preospedalizzazione da parte delle diverse branche chirurgiche, si è assistito alla graduale riduzione della degenza media preoperatoria per i ricoveri programmati, che nel complesso è passata da 1,7 giorni nel 2000 a 0,6 giorni nel 2009, così come illustrato nella figura A.

L'evoluzione del Servizio di Preospedalizzazione del nostro Presidio Ospedaliero, maturata in questi dieci anni di esperienza, ha indubbiamente migliorato la qualità e l'efficienza del sistema: il Servizio rappresenta, infatti, il frutto del coordinamento delle varie professionalità che interagiscono nella valutazione preoperatoria del paziente, ha permesso il governo della domanda delle indagini di laboratorio e strumentali ed ha ricevuto un ottimo consenso da parte degli utenti, ai quali viene garantito il pacchetto completo delle prestazioni con un unico accesso, in un intervallo temporale di poche ore e presso un'unica sede.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

LA TERAPIA FARMACOLOGICA IN OSPEDALE: UN'ANALISI DEGLI ERRORI IN UN'OTTICA DI GESTIONE DEL RISCHIO

Bartolozzi F *, Palombi A#, Tartaglini D#

Affiliazione: * Direzione Sanitaria; # Direzione Infermieristica
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma
f.bartolozzi@unicampus.it

PAROLE CHIAVE

Gestione rischio clinico, incidente, terapia farmacologica

INTRODUZIONE

Le statistiche indicano che ogni anno negli USA gli errori di somministrazione dei farmaci colpiscono 1,5 milioni di pazienti e costano 3,5 miliardi \$ solo in ricoveri ospedalieri. Il Ministero della salute (7° Raccomandazione agli operatori sanitari – 2008) ha ribadito l'importanza del coinvolgimento del personale ospedaliero in tutte le attività di risk management. Il primo passaggio di questo processo è identificare situazioni a rischio, viste come degli "incidenti" in grado di favorire lo sviluppo di un errore.

Obiettivo dello studio è stato analizzare la concordanza fra farmaci prescritti e somministrati nei ricoveri di un Policlinico Universitario.

CONTENUTI

Sono stati selezionati casualmente 100 ricoveri ordinari del primo semestre del 2009 del Policlinico Campus Bio-Medico di Roma.

La completezza della prescrizione/somministrazione è stata valutata in base ai parametri enunciati dal Ministero della Salute: presenza del farmaco, nome comprensibile, forma farmaceutica, numero e via di somministrazioni, dose, segnalazione della sospensione, segnalazione del motivo della sospensione, tracciabilità del medico prescrivente o dell'infermiere che somministra.

La completezza dei dati è stata misurata come percentuale; la concordanza fra prescrizione e somministrazione e le differenze fra reparti medici e chirurgici è stata misurata con il test del χ^2 .

E' stato poi creato un indicatore riassuntivo di "rischio" di errore, (IPI: indice di presenza di incidente) calcolato sia come dato assoluto che - tramite analisi multivariata - come Odds Ratio, usando come covariate la durata della degenza, la giornata di somministrazione del farmaco, il reparto (medico vs chirurgico), l'età del paziente. E' stato infine attribuito per ognuno dei 12 parametri enunciati dal ministero il punteggio di 1 se presente correttamente in cartella, il punteggio di 0 se assente. In questo modo si ottiene un punteggio finale "indice di imperforabilità" (IdI) che può andare da un massimo di 12 (cartella senza "buchi") ad un minimo ipotetico di 0 (cartella senza indicazione di terapia farmacologica). Ogni punto mancante per raggiungere il massimo di 12 è da considerarsi un "buco" secondo la teoria dell'errore di Reason, ovvero un punto che può indurre all'errore.

I ricoveri analizzati hanno prodotto 405 giornate di degenza, con 2558 prescrizioni (media 6,3 per giornata)

I risultati dell'analisi delle cartelle cliniche ed infermieristiche sono mostrati nelle tabelle 1 e 2.

Il 30,4% delle cartelle presentavano un IPI positivo. Nella regressione logistica si è riscontrato, per un IPI positivo un O.R. 2,05 (1.72-2.46, $p < 0.01$) per i reparti chirurgici rispetto ai reparti medici. Non sono state trovate differenze statisticamente significative per l'età del paziente, la durata della degenza e la giornata di somministrazione. L' IdI ha mostrato un valore mediano di 10 (range interquartile 9-11).

CONCLUSIONI

Lo studio ha evidenziato la presenza di possibili "buchi" nella gestione della terapia ospedaliera: conoscerli significa poter affrontare con le adeguate strategie il problema. Il problema sembra più evidente nei reparti chirurgici. La Direzione ha stabilito di:

- promuovere un percorso di formazione del personale e l'istituzione di protocolli standard, iniziando dai reparti chirurgici
- promuovere la sperimentazione di S.T.U. nei vari reparti di degenza, utilizzando come leva al coinvolgimento i dati di questo studio.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

LA QUALITA' DELL'ARIA IN UN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA: ASPETTI MICROBIOLOGICI DERIVANTI DALL'IMPATTO DI UN GROSSO CANTIERE EDILE

R. Belgiovine

Direzione Medica Ospedaliera, Settore Igiene Ospedaliera – Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi.

INTRODUZIONE

La qualità dell'aria in ospedale è condizionata dalla presenza all'interno o nelle immediate vicinanze dello stesso, di cantieri edili. Le fasi della demolizione e di scavo determinano un aumento della carica microbica dell'aria, spore fungine in particolare, che vengono veicolate dalla polvere prodotta. L'associazione tra infezioni nosocomiali come la micosi invasiva e le attività di cantiere nelle immediate vicinanze dell'ospedale è stata più volte provata.

MATERIALI E METODI

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico Sant'Orsola-Malpighi si sviluppa su una superficie di 300.000 mq. circa, ha 8.000 mq. di tunnel ed è suddiviso in 30 padiglioni. Al suo interno sono presenti diversi cantieri per ristrutturazione, installazione tecnologie, adeguamento a normative e manutenzione. L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico Sant'Orsola-Malpighi ha istituito da anni in collaborazione con l'Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente di Bologna un sistema di sorveglianza microbiologica ambientale all'interno di reparti considerati critici, che prevede campionamenti attivi mediante impattatore aspirante tipo SAS.

RISULTATI

Presso un reparto di Rianimazione e Terapia Intensiva nelle cui vicinanze è presente un grosso cantiere in fase di demolizione e scavo, sono stati registrati livelli di carica ifomicetica (miceti totali a 20° C.) superiori alle 15 ufc/m3 (IAQ "Microbiology Reference Guide" 1998), con elevata presenza di miceti patogeni opportunisti quali *Aspergillus Niger* e *Fumigatus* (standard < 1 u.f.c./m3) e miceti Gen. *Penicillium*, Ord. *Mucorales* e Gen. *Aspergillus*. Dopo un intervento di pulizia e disinfezione chimica dell'intero reparto, sono stati ripetuti i campionamenti, che hanno però evidenziato il persistere, seppure in quantità minore, dei livelli di contaminazione. Si è deciso di imporre un fermo cantiere di due giornate, durante le quali si è proceduto, nell'ordine, alla ripetizione dell'intervento di pulizia e disinfezione chimica e successivamente dei campionamenti microbiologici ambientali. Questo provvedimento si è dimostrato efficace in quanto si è potuto registrare un sensibile abbattimento della carica ifomicetica e la quasi totale eliminazione di miceti patogeni opportunisti e di qualsiasi altra spora (vedi grafico).

CONCLUSIONI

L'impatto di un cantiere all'interno di un ospedale è noto, così come le possibili ripercussioni delle attività di demolizione e costruzione sui pazienti. E' importante di conseguenza una stretta comunicazione tra il fornitore e le parti tecniche e sanitarie aziendali, sin dalle prime fasi del progetto, le quali dovranno prevedere l'implementazione di tutti i provvedimenti necessari al contenimento delle polveri ed alla prevenzione di ogni altra possibile conseguenza a carico dell'attività sanitaria. L'efficacia di questi provvedimenti dovrà essere verificata mediante specifici monitoraggi, così da permettere la realizzazione di eventuali correttivi, mentre, parallelamente alle misure di sicurezza specifiche del cantiere, dovranno essere adottate azioni mirate alla sorveglianza ed al controllo delle infezioni ospedaliere.

LA RIORGANIZZAZIONE DEL DAY HOSPITAL: DA FERRARA A CONA

**R. Bentivegna¹, M. Giorgetti¹, K. Montanari¹, P.M. Antonioli¹, F. Balboni²,
M. Spatola², R. Capatti², E. Carlini¹**

1Direzione Medica di Presidio, Az. Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

2Direzione delle Professioni Infermieristiche, Az. Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è prossima al trasferimento nella nuova sede di Cona. Il modello progettato per la nuova struttura ospedaliera prevede l'accorpamento di tutti i DH in un unico contenitore, nell'ottica dell'organizzazione di tutto l'ospedale per intensità di cure. Questa centralizzazione comporterà la condivisione di spazi e risorse e un radicale mutamento dei modelli gestionali inerenti l'organizzazione dei servizi.

PAROLE CHIAVE

Day Hospital, organizzazione, intensità di cure.

CONTENUTI

Nella struttura del DH medico a Cona afferiscono tutte le UU.OO. del Dipartimento Medico, Medico Specialistico, le UU.OO. di FPR, Pneumologia, Cardiologia, Neurologia.

La specificità delle attività, la complessità e la quantità di attività svolte dalle diverse UU.OO. ha reso necessario una valutazione approfondita e l'adozione di una riorganizzazione delle attività che attualmente vengono svolte.

I criteri seguiti per individuare le necessità di postazione in letto o poltrona delle diverse UU.OO. che afferiscono al DH Medico sono stati:

Mantenimento dell'attività di DH e Day Service che attualmente viene svolta dall'U.O.

Rispetto delle caratteristiche di numerosità dei pazienti, prestazioni erogate, tempo di osservazione

In base ai dati di attività dell'anno 2008 (n.accessi/die) e al tempo medio diversificato per prestazione, si sono calcolate le ore di assistenza richiesta/die.

Questo ha consentito di definire la distribuzione delle postazioni di DH e degli spazi ambulatoriali.

Dal punto di vista infermieristico, la struttura è stata divisa in quattro settori. Ognuno di questi avrà un infermiere primario seguendo il modello del Primary Nursing.

Anche l'accettazione amministrativa sarà unica per tutte le UU.OO.: questo comporta la necessità di uniformare, dal punto di vista informatico, le agende e le modalità di prenotazione, inserendo tutto all'interno del sistema informatico aziendale (SAP).

CONCLUSIONI

Nell'attuale ospedale di Ferrara, ogni U.O. è strutturata in degenza, ambulatori e dh che si trovano in aree contigue.

L'organizzazione del nuovo ospedale di Cona secondo la logica dell'intensità di cure, ha portato ad accorpare tutti i dh delle varie UU.OO. in una unica sede.

Questo permetterà una maggiore razionalizzazione dell'attività, utilizzando al massimo le risorse umane e strutturali in maniera da stimolare l'efficienza e nello stesso momento contenere i costi. Tale centralizzazione consentirà di utilizzare in maniera più intensiva sia gli spazi destinati alle singole funzioni che la strumentazione. Tutto ciò rappresenta una esigenza fondamentale per il "disegno" e il "funzionamento" di una moderna struttura ospedaliera.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

DOUBLE MASK SYSTEM. UN AUSILIO PREZIOSO PER LA RIDUZIONE DALL'INQUINAMENTO DEI GAS ANESTETICI IN SALA OPERATORIA. L'ESPERIENZA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI CAREGGI

Boccalon Pierpaolo*, Dugheri Stefano*, Pacenti Marco*, Magnelli Elisabetta, Cupelli Vincenzo*, Niccolini Fabrizio*****

** SOD Medicina del lavoro, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze.*

***Direzione Sanitaria-Rischio Clinico, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze.*

****Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze.*

PAROLE CHIAVE

Double Mask System- Inquinamento gas anestetici

ABBREVIAZIONI

DMF Double Mask System; AOUC Azienda ospedaliera universitaria Careggi; SO sale Operatorie

INTRODUZIONE E CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'anestesia mediante ventilazione a maschera è utilizzata per tutta la durata dell'intervento in particolari tipi d'interventi chirurgici brevi che non hanno bisogno di rilasciamento muscolare; ciò può comportare elevati livelli di inquinamento da gas anestetici anche in presenza di sistemi di evacuazione attiva. Durante interventi di chirurgia oculistica pediatrica e piccoli interventi ginecologici, che prevedevano questa metodica è stato rilevato un aumento dell'inquinamento da gas anestetici rispetto ai valori di riferimento. Anche il personale presente aveva manifestato sensazioni soggettive di malessere. Per ridurre i livelli di inquinamento da gas anestetici in queste sale è stata sperimentato la DMF.

MATERIALI E METODI

La DMF NIKI2002 (AIRNOVA, Padova) è composta da una maschera esterna in polisulfone rigido collegata sia ad un sistema di aspirazione da 500 l/min che a una maschera interna, più piccola, di silicone morbido trasparente per la somministrazione dei gas anestetici. La barriera meccanica costituita dalla forte aspirazione a livello dell'intercapedine fra le due maschere consente un abbattimento delle fughe di gas dovute alla non perfetta aderenza della maschera in silicone al viso del paziente. Sono stati rilevati i livelli di concentrazione del sevoflurano aerodisperso mediante un apparecchio fotoacustico portatile a lettura diretta (Monitor Innova mod. 1312, AIRNOVA, Padova), durante nove interventi chirurgici con e nove interventi chirurgici senza l'uso della DMF. La dimensione del campione statistico è stata determinata prendendo in esame la media e la deviazione standard. Contemporaneamente sono stati effettuati test d'usabilità della DMF per anestesisti ed infermieri mediante: a) Revisione del manuale d'uso allegato al dispositivo; b) Intervista anestesisti per valutazione ergonomia e rilevazione criticità; c) Intervista personale di SO per valutazione della manutenzione e dell'occupazione spazi del dispositivo.

RISULTATI

Dall'elaborazione statistica dei dati è risultato che le concentrazioni ambientali medie di sevoflurano si sono ridotte da $9,39 \pm 5,40$ a $0,32 \pm 0,21$ ppm ($p < 0,05$). Le criticità emerse dalle interviste degli anestesisti (6 con più di cinque anni di esperienza) e del personale di sala (5 infermieri) sono risultate le seguenti: i) Pesantezza del sistema di ventilazione; ii) Mancanza di una misura grande per uomini adulti con lineamenti marcati; iii) Bordo tagliente della componente superiore del dispositivo.

CONCLUSIONI

I livelli di inquinamento da gas anestetici mediante l'uso della DMF sono risultato significativamente più bassi di quelli rilevati senza l'uso del dispositivo, le criticità evidenziate dal personale nell'uso della DMF sono risultate trascurabili in confronto ai vantaggi che sono stati documentati. In conclusione, l'utilizzo della DMF durante l'anestesia a maschera, ha portato ad una riduzione del 96% delle concentrazioni ambientali medie di sevoflurano pertanto il dispositivo rappresenta un'efficace misura di protezione collettiva nella chirurgia che prevede l'anestesia gassosa in maschera.

NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI NEL FUTURO OSPEDALE “PAPA GIOVANNI XXIII”: GLI AMBULATORI

G. Bombardieri*, S. Canini*, G. Pagani*, A. Piccichè*, F. Pezzoli*, M. Carlessi**, S. Cesa**, C. Sileo***

*Direzione Medica di Presidio – AO Ospedali Riuniti di Bergamo

** Direzione Professioni Sanitarie – AO Ospedali Riuniti di Bergamo

***Direttore Sanitario – AO Ospedali Riuniti di Bergamo

Indirizzo mail: gbombardieri@ospedaliriuniti.bergamo.it

INTRODUZIONE

Entro la fine del 2010 gli Ospedali Riuniti di Bergamo attiveranno il trasferimento nella nuova struttura “Papa Giovanni XXIII”. L’utente ambulatoriale sarà il primo fruitore di servizi presso il nuovo ospedale e troverà un modello organizzativo completamente rivisto rispetto all’attuale.

PAROLE CHIAVE

Modello organizzativo, ambulatori

CONTENUTI

Gli ambulatori attuali sono localizzati, con poche eccezioni, in continuità con gli spazi di degenza, il personale non è generalmente dedicato a tale attività e l’utilizzo dei locali è pressoché esclusivo, limitato alla struttura di appartenenza.

Gli ambulatori nella nuova struttura, secondo il concetto della suddivisione delle attività per intensità di cura, saranno localizzati al piano terra di ciascuna torre di degenza, e aggregati per Dipartimento o, comunque, per area omogenea e vedranno una condivisione del personale di assistenza infermieristica, nonché dei locali a disposizione.

Tenendo conto di arredi e apparecchiature presenti è stata fatta una distinzione dei locali in generici, dotati cioè della massima flessibilità di utilizzo, e locali ad utilizzo più vincolato (specifici e dedicati). Su un totale di 230 ambulatori il 50% circa sono generici. Gli ambulatori saranno aperti dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00. Da febbraio stiamo procedendo a “travasare” l’attività attuale negli spazi futuri: ad ogni locale è stata associata un’agenda informatizzata di attività (già esistente). Ne consegue che le agende di prenotazione attive per la fine dell’anno 2010, sono già state pensate per lo svolgimento dell’attività negli ambulatori del nuovo ospedale. Nel contempo, si sta completando la revisione delle attività svolte dal personale infermieristico per fornire le risorse necessarie in un ambito organizzativo che non è più quello del reparto, ma bensì del dipartimento. Sono state individuate otto macroaree, sovrapponibili ai Dipartimenti presenti in Azienda, in cui attuare una stretta condivisione di percorsi. Equipe che attualmente lavorano distanti e in modo non interscambiabile inizieranno, a partire dal mese di maggio, un percorso formativo di integrazione non solo “conoscitiva” di procedure aziendali già esistenti, ma “operativa” di procedure di reparto da rimodellare e condividere con i colleghi della medesima macroarea.

L’intero lavoro è coordinato sinergicamente dal personale della Direzione Medica di Presidio e della Direzione delle Professioni Sanitarie che si interfacciano con gli operatori di ogni Unità Strutturale coinvolta: referente medico ambulatoriale e coordinatore infermieristico.

L’obiettivo è la costruzione, attraverso il puntuale riempimento dei locali disponibili e la definizione delle risorse infermieristiche presenti (dotazione organica e job description), di uno strumento di gestione dell’attività ambulatoriale per il coordinatore e i referenti medici coinvolti.

Tale strumento deve, però, consentire anche azioni di sorveglianza volte a verificare che l’attività ambulatoriale sia svolta secondo principi di efficienza ed efficacia.

CONCLUSIONI

La nomina dei coordinatori infermieristici per ciascuna area, la definizione di un percorso formativo comune, la stesura del documento di gestione responsabilizzano tutti gli operatori coinvolti e contribuiscono a rendere più vicino e attuabile il prossimo trasferimento.

E’ indispensabile, benché faticoso, un continuo coinvolgimento del personale presente “sul campo” per realizzare il modello organizzativo.

LA GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE OCULARI DI PIU' FREQUENTE RISCONTRO: PROTOCOLLO CONCORDATO TRA SPECIALISTI OSPEDALIERI E TERRITORIALI DELL'ASL BI

B.Bragante*, A.Penna*, R.Cappelletti*, A.Tedesco*, P.Trevisan*, F.D'Aloia*, R.Masi**, L.Celesia***, A.Zamprota***, M.Sartore****, L.Savoia****, D.Zanotti****, P.Pezza****, F.Morani****, N.Agostino*****, B. Lavecchia*****, I.Grossi°

*Direzione Medica Ospedale,

**SOC Oculistica

***Medici Convenzionati Interni

****Distretto 1 e 2

*****SOC Assistenza Sanitaria Integrata

°Direzione Sanitaria Aziendale ASL Bi

PAROLE CHIAVE

Integrazione ospedale-territorio

INTRODUZIONE

L'integrazione tra ospedale e territorio nasce anche da iniziative apparentemente piccole che consentono ai diversi professionisti di conoscersi e di completare le proprie competenze a vicenda.

Presso la nostra Azienda l'annoso problema delle lunghe attese per accedere alle prestazioni oculistiche ambulatoriali è stato affrontato congiuntamente da professionisti ospedalieri e territoriali con l'intento di razionalizzare il percorso dell'utente salvaguardando la qualità delle prestazioni erogate.

CONTENUTI

Nell'anno 2009, con il coordinamento del Direttore Sanitario d'Azienda, è stato costituito presso l'ASL BI un gruppo di lavoro (con oculisti ospedalieri e territoriali, operatori della Direzione Medica dell'Ospedale, dei Distretti e della Struttura Assistenza Sanitaria Integrata) con l'ambizioso obiettivo di trovare una soluzione ad un problema ormai inveterato: le lunghe attese per accedere alle visite oculistiche.

Negli anni precedenti più volte era stata incrementata l'offerta di prestazioni con benefici parziali e soprattutto limitati nel tempo. Questa volta si è invece deciso di riorganizzare l'attività attraverso azioni coordinate e con l'integrazione dei professionisti ospedalieri e territoriali.

Si è proceduto quindi a:

rompere il "confine" che da sempre separa l'ospedale dal territorio, assegnando ad oculisti ospedalieri sedi territoriali per buona parte del loro monte ore,

creare agende di prenotazione accessibili da CUP in maniera uniforme (stessi codici di prenotazione indipendentemente dal professionista e dalla sede di erogazione),

individuare protocolli concordati tra oculisti ospedalieri e territoriali per tutte le patologie oculari di frequente riscontro (flogosi di superficie e degli annessi, glaucoma, retinopatia diabetica, maculopatia e cataratta), in modo che l'utente preso in carico abbia una risposta secondo modalità condivise e tempi concordati (la prestazione oculistica successiva viene prenotata direttamente così che l'utente ha ben chiara l'idea di non essere abbandonato),

installare all'applicativo di prenotazione un sistema automatico di segnalazione non appena le liste di attesa superano un tetto temporale ritenuto accettabile.

CONCLUSIONI

Al momento i risultati ottenuti consistono in:

una riduzione dei tempi di attesa sia per prime visite che per i controlli successivi,

una maggiore collaborazione tra gli oculisti operanti presso l'Azienda, con conseguente consapevolezza delle attività svolte da parte di ciascuno,

un migliore gradimento dell'utenza.

Si auspica che per il futuro questo nuovo assetto organizzativo consenta una riduzione della mobilità passiva e contribuisca a creare un clima di stima e fiducia reciproca tra utente e servizio sanitario pubblico

SE UN INSUCCESSO VIENE IMMERSO NELL'AZIONE DI UN EQUIPE PROFESSIONALE CON PRESENZA MANAGERIALE SIGNIFICATIVA

Alessandro Callegaro¹, Elda Longhitano¹, Maurizio Miselli¹, Giuseppe Fantini², Maria Grazia Modena², Enrica Melodi², Leo Traldi³, Mario Lugli³, Anna Rita Garzia⁴

1 Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

2 Cardiologia Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

3 Ingegneria Clinica Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

4 Direzione Infermieristica e Tecnica

INTRODUZIONE

Nel 2004 l'Azienda Ospedaliera di Modena ha deciso, unitamente alla Cardiologia e all'Ingegneria Clinica, di formulare un progetto per la gestione informatizzata dell'Elettrocardiogramma (ECG). Tale progetto doveva riguardare tutte le fasi del percorso organizzativo: richiesta da parte degli operatori sanitari, esecuzione del tracciato, invio al reparto refertante (Cardiologia), refertazione e reinvio al reparto richiedente. Gli obiettivi erano quelli di ottimizzare l'esecuzione dell'ECG e di semplificare il percorso di refertazione, per dare al paziente il minor disagio possibile.

PAROLE CHIAVE

Elettrocardiogramma, progetto, competenze professionali.

CONTENUTI

Dopo anni di frammentario lavoro nella messa in atto del progetto, si era ancora ad un livello iniziale, tanto da vanificare l'investimento. Il primo impulso è stato quello di sancire la fine del progetto prendendo atto di un oggettivo fallimento. Un nuovo input della direzione ha indotto a riprendere il lavoro, dopo un'ulteriore analisi delle principali criticità:

a. resistenza degli operatori al cambiamento. Per i tecnici di cardiologia si poneva il problema del "e dopo io cosa faccio?": la trasmissione del tracciato elettrocardiografico per via informatica prevedeva il trasferimento della fase esecutiva agli infermieri di reparto. Il personale medico, abituato al "cartaceo", diffidava temendo il rischio d'incremento prestazioni e sovraccarico lavorativo. Solo il personale addetto al trasporto sembrava trarre giovamento da tale innovazione.

b. piano di formazione non strutturato da parte dell'ingegneria clinica e incompleta messa a punto tecnica del sistema. La formazione per i medici e gli infermieri non è stata pianificata con scadenze ed obiettivi chiari ma organizzata di volta in volta.

c. insufficiente presenza di un coordinatore medico capace di funzionare da "motore" del gruppo e di un cardiologo volenteroso di accettare la sfida di concludere positivamente il progetto. Ha prevalso la frammentarietà, il malinteso e la poca chiarezza nelle responsabilità.

Azioni intraprese:

1. Il contesto è stato modificato. Ai tecnici di cardiologia sono state assegnate nuove funzioni nell'area dell'emodinamica. All'*equipe infermieristica*, che è responsabile dell'assistenza, è stato attribuito il coordinamento delle fasi operative a garanzia di un tempestivo ritorno del referto. Resta ovviamente in capo al medico la preoccupazione per l'inquadramento diagnostico ed il rapido inizio della terapia per la tutela della vita del paziente.

2. Sono state identificate 3 strutture "pilota", 3 reparti dislocati lontano dalla Cardiologia. Il gruppo di lavoro ha *incontrato e coinvolto gli operatori* nella nuova applicazione, con stesura di un tempogramma per attuare il progetto. Sono state risolte alcune criticità tecniche del sistema.

3. Nel rispetto delle specifiche differenze e competenze professionali si è ricercata la *sinergia* che portasse ad una azione costruttiva. E' stato effettuato un maggiore investimento in termini di tempo che non era stato adeguatamente stimato in fase iniziale.

CONCLUSIONE

L'ECG informatizzato è attualmente operativo nelle strutture individuate. Verrà progressivamente esteso a tutte le Unità Operative dell'Ospedale.

SCHEDA RILEVAZIONE INFEZIONI URINARIE CORRELATE A CATETERE VESCICALE IN OSPEDALE E IN STRUTTURE TERRITORIALI

Carmina Cairo¹, Antonia Rosa Marseglia²

DAI Staff Direzione Sanitaria Azienda Sanitaria di Firenze¹, Direttore Sanitario Presidi Oblate e S.Felice a Ema Firenze² Regione Toscana

PAROLE CHIAVE

Catetere vescicale, scheda rilevazione, infezioni urinarie

BACKGROUND

Almeno la metà delle infezioni delle vie urinarie potrebbero essere prevenute ricorrendo in modo appropriato al cateterismo urinario e cioè solo quando strettamente necessario, limitando la durata nel tempo e adottando rigorose misure igieniche. Infatti le ICPU causano sofferenze fisiche e morali al paziente, costituiscono un costo e una sconfitta per i sistemi sanitari. Il 40% delle infezioni sarebbe prevenibile attuando le misure di prevenzione aderendo a standard assistenziali e migliorando l'assistenza alla persona cateterizzata

OBIETTIVI

Obiettivo dello studio è quello di attuare un programma di sorveglianza e controllo delle ICPU in modo sistemico con rilevazione continua nelle strutture ospedaliere e territoriali, sperimentando una scheda di rilevazione unica sia per l'ospedale che per il territorio e attivando conseguentemente informazioni periodiche ed eventi formativi.

MATERIALI E METODI

Come prima fase è stato somministrato un questionario per valutare le conoscenze in tema di prevenzione delle infezioni vie urinarie, ed il grado di adesione alle stesse. Le criticità emerse dall'elaborazione del questionario relative all'indicazione dell'inserimento dei cateteri, alla necessità di mantenere il circuito chiuso, la non deconnessione del catetere vescicale, il lavaggio vescicale sono state oggetto di evento formativo con pre e post test; hanno partecipato all'evento formativo l'87% degli infermieri coinvolti nel processo. È stata quindi elaborata una scheda di sorveglianza attiva seguendo i criteri riferiti alle Linee Guida EPIC, Nazionale Health Service (NHS) 2007, Linee Guida-SHEA/IDSA (Society Healthcare Epidemiology of America; Infection Disease Society of America) ottobre 2008 ed è stata sperimentata su 19 pazienti portatori di catetere vescicale in un reparto ospedaliero e due strutture territoriali H24 (Hospice).

RISULTATI

In merito all'indicazione all'inserimento del catetere (tabella 1) nel 73% è stato inserito il catetere per facilitare l'organizzazione del lavoro, nel 41% si poteva utilizzare il catetere a intermittenza e nel 32% potevano essere utilizzati altri sistemi per ovviare all'incontinenza. Sono state rilevate 3 infezioni (16%).

La diagnosi di infezione è stata fatta utilizzando i criteri diagnostici dei CDC/nhsn. Nhsn Manual: Patient Safety Component Protocol. 2008. Atlanta, GA, USA, Division of Healthcare Quality Promotion National Center for Infectious Diseases.

CONCLUSIONI

La scheda di sorveglianza attiva continuativa può rappresentare un metodo valido per monitorizzare le infezioni urinarie e modificare i comportamenti a rischio.

È compito delle strutture di competenza verificare il livello di conoscenza/applicazione di linee guida, di procedure di prevenzione e individuare scostamenti tra le pratiche assistenziali e le procedure di prevenzione avviando interventi di miglioramento.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

CREAZIONE DI UN NOMENCLATORE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI CON PREDISPOSIZIONE DELLE RELATIVE “DISTINTE BASE”.

S. Canini*, G. Bombardieri*, G. Pagani*, A. Piccichè*, F. Pezzoli*, S.Cesa**, G. Tiraboschi**, C. Sileo***

*Direzione Medica di Presidio – AO Ospedali Riuniti di Bergamo,

**Direzione Professioni Sanitarie

***Direttore Sanitario – AO Ospedali Riuniti di Bergamo

INTRODUZIONE

Nel Nuovo Ospedale di Bergamo “Papa Giovanni XXIII” la logistica dei materiali è stata pensata in modo da consentire una riduzione dello spazio di stoccaggio del materiale delle Sale Operatorie del 50% rispetto alla disponibilità attuale. Si è deciso di lavorare su quattro fronti:

informatizzazione dei magazzini

riduzione dei materiali fuori prontuario

condivisione delle scorte

pianificazione degli interventi e dei materiali

PAROLE CHIAVE

Sale Operatorie, logistica

CONTENUTI

Con pianificazione degli interventi e dei materiali si intende la possibilità di attribuire al paziente, al momento del reclutamento, un codice patologia/intervento, selezionato da un nomenclatore costruito ad hoc, che contenga le informazioni utili durante tutto il percorso chirurgico.

Una volta costruito con i Direttori delle Unità Chirurgiche l'elenco patologie/interventi si è proceduto, attraverso un'intervista ai Coordinatori Infermieristici, ad individuare le “distinte base” cioè i materiali necessari all'effettuazione di quel tipo di intervento differenziandone i destinatari:

La centrale di sterilizzazione per lo strumentario chirurgico

Il magazzino per i materiali consumabili (set procedurali, dispositivi)

La farmacia per i farmaci prescritti dal chirurgo

In queste distinte base non è compreso il materiale utilizzato dall'anestesista perchè la decisione del tipo di anestesia e monitoraggio è generata sulla base delle caratteristiche cliniche del paziente.

A fine seduta, sulla base della programmazione operatoria del giorno seguente, verrà quindi allocato nel piccolo deposito adiacente a ciascuna sala tutto il materiale presente in distinta base necessario all'effettuazione degli interventi in programma. Esiste un'altra tipologia di materiale che non rientra nelle distinte base che definiamo a flusso teso e che è stato codificato in due livelli:

un armadio di sala che conterrà dispositivi comuni a tutte le Unità Operative (es. guanti, fili di sutura..).

un carrello con materiale specifico per l'attività di ciascuna Unità Operativa

Si sono individuate a parte le dotazioni minime di materiale per tutta quell'attività che non può essere programmata.

CONCLUSIONI

La dislocazione dallo spazio di magazzino nel Nuovo Ospedale prevede un gradiente di prossimità alla sala operatoria:

l'armadio e il carrello all'interno della sala stessa

il locale deposito adiacente ad essa

lo spazio centralizzato a una distanza di massimo 50m in cui sono stoccati i materiali per una autonomia di 2/3 giorni.

Il magazzino remoto

Oltre allo sforzo di codifica degli interventi e del materiale, l'impegno maggiore di questo lavoro è stato quello di individuare il livello più appropriato in cui allocare il materiale e organizzarlo in modo che non vincoli un utilizzo esclusivo delle sale da parte delle Unità Operative.

Condizione irrinunciabile per poter applicare questo sistema è l'esistenza di una buona programmazione dell'attività chirurgica, a cui da tempo si lavora non solo in funzione dei materiali ma anche per l'ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche che sono così rilevanti in questo settore dell'Ospedale.

GESTIONE DELLA PANDEMIA INFLUENZALE 2009: UNA OCCASIONE PER RAFFORZARE LE CAPACITÀ INDIVIDUALI E DELLA COMUNITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

E. Carlini°, P.M. Antonoli*, K. Montanari**, R. Bentivegna°, M. Giorgetti°, M.C. Manzalini*, L. Alvoni*, V. Dalpozzo*, A. Malacarne*, M. Rubi*

*Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

**Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università di Ferrara

°Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

INTRODUZIONE

Ad aprile 2009, l'OMS ha allertato i Governi sui possibili rischi connessi alla diffusione dell'influenza da nuovo virus A/H1N1v e al suo potenziale pandemico, alzando il livello di attenzione per la preparazione e risposta ad una pandemia influenzale. L'11 giugno, l'OMS ha portato il livello di allerta a 6 su 6, dichiarando il periodo pandemico. Da maggio 2009 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha stilato, in coerenza con le strategie nazionali e regionale, il proprio "Piano di preparazione e risposta alla Pandemia influenzale".

PAROLE CHIAVE

promozione della salute

CONTENUTI

E' stata adottata una strategia di intervento fondata su 10 ambiti di azione:

- definizione ruoli e responsabilità
- sistema di sorveglianza
- interventi a sostegno dell'assistenza territoriale
- gestione del soccorso, degli accessi e dei ricoveri in PS
- gestione dei pazienti in fase di ricovero
- applicazione sistematica delle misure igieniche di infection control
- informazione - formazione – addestramento del personale
- interventi a garanzia della continuità assistenziale
- promozione della Campagna vaccinale
- Campagna di comunicazione per operatori, pazienti e visitatori di promozione della salute.

Dato il carattere "moderato" della Pandemia (Grafico 1), è stato dedicato forte impegno per l'implementazione di una Campagna di promozione della salute rivolta ad operatori, pazienti, visitatori, per rafforzare le capacità individuali e della comunità di prevenire e contenere la trasmissione del virus e delle infezioni.

Sono evidenziati quali elementi chiave di successo:

cambiamenti organizzativi (Percorso ILI),

produzione di materiale informativo multi-lingua sul virus A/H1N1v: 2.150 copie in 8 lingue, distribuite nelle sale di attesa,

informazione-formazione-addestramento: 202 operatori delle Unità Operative coinvolte nel "Percorso ILI" (135% degli operatori target),

osservazione delle pratiche assistenziali (check-list OMS),

promozione dell'igiene respiratoria e dell'igiene delle mani: 1.00 reminders distribuiti in tutto l'Ospedale e affissi all'ingresso di tutte le aree assistenziali (100%); distribuzione di oltre 150 pieghevoli/die nei PPSS aziendali, installazione di 25 dispenser a muro per il gel per il frizionamento alcolico delle mani, collocati all'ingresso e nelle stanze di degenza delle aree assistenziali "ILI"; sperimentazione di un dispenser a pavimento in PS, incremento dell'utilizzo del gel per il frizionamento alcolico delle mani (Grafico 2).

CONCLUSIONI

La gestione della Pandemia influenzale 2009, grazie alla Campagna di promozione della Salute, ha rappresentato un'occasione per rafforzare le capacità individuali e di comunità introducendo nella pratica quotidiana strumenti di prevenzione della trasmissione delle infezioni di semplice ed efficace applicazione quali l'igiene delle mani e l'igiene respiratoria.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

DAL DIRE AL FARE: IMPLEMENTAZIONE DI UN PERCORSO PER LA VERIFICA DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI RESI DA TERZI NELL'AZIENDA ULSS 7 DI PIEVE DI SOLIGO-TREVISO REGIONE VENETO

Carraro Maria Grazia

Dir. di ospedale ULSS 7 regione Veneto Pieve di Soligo, Treviso

Camillo Monica

Resp. Organizzativo ospedale di Conegliano Via Lubin n°16 c.a.p. 31053

Sparviero Andrea

Infermiere

PAROLE CHIAVE

Eternalizzazione; monitoraggio; performance

INTRODUZIONE

L'Azienda ULSS7 ha scelto già da tempo di affidare ad Aziende esterne la gestione di alcuni servizi, scelta dettata anche dall'esigenza di adeguarsi ai continui e rapidi cambiamenti demografici, socio-sanitari, epidemiologici e alle crescenti esigenze della popolazione. In quest'ottica il sistema dei servizi per la salute, dagli ospedali alle strutture territoriali, si trasforma in strutture tecnico-scientifiche sempre più specialistiche dove le risorse umane interne devono acquisire competenze specifiche per rispondere adeguatamente ai bisogni di salute del cittadino. In particolare il sistema ospedale è un sistema complesso costituito da molteplici aree (degenza, area critica, ambulatoriali, comuni e gestionali) e sempre più i servizi di ristorazione, igiene ambientale e lavanderia vengono affidati ad aziende esterne adottando il sistema di externalizzazione. La scelta strategica consente all'Azienda sanitaria di concentrare l'attenzione su finalità prioritarie e affidare a terzi fornitori, esperti nel campo, tutti i servizi di supporto non strategici per l'Azienda stessa, adottando il sistema di *outsourcing*. Per tale motivo nell'Ospedale dell'Azienda ULSS 7 è stato implementato un sistema di monitoraggio e controllo, che permette la verifica del servizio, il miglioramento continuo della performance e il consolidamento della *partnership* tra *outsourcee* e *outsourcer*.

MATERIALI E METODI

Sulla base delle scelte strategiche sopra esposte sono stati coinvolti in primis i coordinatori di unità operative ospedaliere nella adesione del monitoraggio e valutazione dei servizi. A tal fine sono state elaborate schede di monitoraggio del livello di *performance*, basato su "conformità *versus* non conformità" dei servizi in *outsourcing* di ristorazione, igiene ambientale e lavanderia. In occasione degli incontri periodici promossi con i coordinatori dell'area assistenziale e tecnica delle UU.OO dei tre presidi ospedalieri, pertanto, sono state distribuite le schede elaborate provvedendo a pianificare la metodologia e la tempistica di compilazione delle stesse; le risultanze di tali rilevazioni attestano l'avvenuta valutazione della performance, rappresentando il *core* del percorso di monitoraggio e verifica. E' stato quindi definito un gruppo di lavoro che riceve le segnalazioni, coordina gli interventi e periodicamente effettua direttamente delle verifiche, ed elabora un report per i singoli coordinatori e una relazione periodica per la Direzione Strategica.

CONCLUSIONI

Affinchè il metodo di valutazione sia coerente e risponda ad oggettivi criteri di controllo è necessario che tutti gli attori del processo siano consapevolmente coinvolti e si assumano la responsabilità di particolari tappe del percorso. Nell'Ospedale dell'Azienda ULSS 7 si è verificato negli anni un notevole incremento della partecipazione attiva dei coordinatori delle UU.OO: nel 2008 l'adesione al percorso di verifica si è attestato al 30%, nel 2009 la stessa è salita al 50%. Solo la registrazione dei dati ottenuti dalle schede pervenute consente alla Direzione Medica di oggettivare eventuali scostamenti della qualità della *performance* dei servizi resi da terzi; in quest'ottica l'obiettivo finale è quello di soddisfare le aspettative di coloro che usufruiscono del servizio, instaurando una *partnership* leale e trasparente fra colui che eroga il servizio e colui che ne trae beneficio.

OUTSORCING KIT CHIRURGICI: ACTIVITY-BASED COST MANAGEMENT E CAPITOLATO

E. Carucci^o; V. Vinante^o; A. Alessandri^{*}; A. Appicciafuoco^{*}; S. Brugnoli^{*}; S. Guarducci^o, S. Naldini^{*};

^{*} Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio – ASL 10 Firenze

^o Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva –

Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

INTRODUZIONE

L'**outsourcing** ovvero l'**esternalizzazione** di alcuni servizi, si sta diffondendo sempre di più nel mondo sanitario come soluzione a diverse criticità sia organizzative che economiche che sempre più spesso le aziende sanitarie sono chiamate ad affrontare.

In questo lavoro ci proponiamo di illustrare sia la valutazione dei costi relativi alla sterilizzazione dello strumentario chirurgico sia di definire i punti principali del capitolato speciale per l'affidamento del servizio di sterilizzazione per l'Azienda Sanitari Fiorentina (ASF) del 2009.

MATERIALI E METODI

Attraverso il sistema dell'activity-based cost management sono state individuate tutte le fasi del processo di sterilizzazione dei ferri chirurgici e successivamente valutati sia i costi modulari per consentire la massima flessibilità nell'utilizzare le informazioni di costo per fini decisionali sia i costi recuperabili specifici, ovvero quelli che non sarebbero più sostenuti se cessassero le attività oggetto dell'indagine.

Con un team di figure professionali diverse è stato successivamente stipulato il capitolato per l'affidamento del servizio di sterilizzazione per l'ASF.

RISULTATI

Dall'analisi dei costi dell'attività di sterilizzazione è emerso che la spesa totale Aziendale ammontava a circa 2.903.000 Euro.

Considerando questa spesa e la necessità di ottenere il miglior risultato possibile nella gestione del servizio è stato stipulato il capitolato speciale per l'affidamento del servizio di sterilizzazione per l'ASF.

Il capitolato composto da 25 articoli definisce tutti i termini entro i quali deve essere svolto il servizio. La ditta si impegna a: effettuare la fornitura a noleggio di tutto lo strumentario chirurgico compreso il materiale termolabile, contenitori e containers; a ritirare lo strumentario e gli accessori chirurgici; a consegnare il materiale sterilizzato con le modalità di raccolta e di riconsegna definite nel documento.

Considerando la peculiarità del servizio, uno dei punti chiave è stata l'analisi dell'attività di sala operatoria e la definizione dei kit chirurgici utilizzati per ogni tipo di intervento. Le caratteristiche tecniche dello strumentario chirurgico fornito a noleggio e i container devono infatti garantire non solo il mantenimento del livello di qualità, ma devono anche rispondere alle specifiche esigenze dell'azienda. Nei casi di emergenza, quest'ultima potrà inoltre chiedere la fornitura a noleggio di specifico strumentario che la ditta si impegna a fornire.

Nel capitolato vengono in seguito definiti gli oneri e responsabilità della ditta e dell'azienda rispetto al servizio.

CONCLUSIONI

Il servizio di sterilizzazione esterna dei ferri chirurgici rappresenta una delle ultime frontiere intorno alle quali le diverse soluzioni organizzative si sono concretizzate negli ultimi tempi.

La graduale introduzione del servizio di sterilizzazione in outsourcing di tutti i presidi dell'azienda porterà a nostro avviso alla conferma di quanto sopra.

Ma già da subito possiamo affermare che almeno due importanti risultati sono stati conseguiti: l'omogeneità dei set chirurgici per un determinato intervento da parte di tutti i chirurghi; la rintracciabilità dei set stessi.

Riteniamo inoltre che la nostra analisi sui costi e sull'attività di sala con la creazione dell'inventario dei kit utilizzati sia stata un tassello fondamentale per sostenere il buon funzionamento di tale servizio. Solo il monitoraggio continuo di questi elementi da parte dell'azienda e con la collaborazione della ditta appaltatrice potrà garantire che il servizio mantenga sempre standard elevati.

TUTELARE LA SICUREZZA DEL FARMACO E QUELLA DEL LAVORATORE: UNA SFIDA POSSIBILE. UTILIZZO DELL'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA) PER LA VALUTAZIONE E L'ANALISI DI TECNOLOGIE E PERCORSI NELLA PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DELL'UNITÀ FARMACI ANTIBLASTICI (UFA) IN UN IRCCS ONCOLOGICO

P. Ciaramella, M.R. Esposito, L. Giordano, C. Parmeggiani, S. Ricciardelli, V. Rossi, A. Capasso.

INTRODUZIONE

Il titolo di questo lavoro ha un intento in parte provocatorio, poiché le garanzie di sicurezza e purezza nelle formulazioni farmaceutiche non possono, né devono in alcun caso confliggere con quelle relative alla sicurezza dei luoghi di lavoro e di tutela della salute dei lavoratori addetti alle preparazioni di tali formulazioni, ai sensi dlgs 81/2008 e s.m.i. L'Istituto Nazionale Tumori "Fondazione G. Pascale"-Napoli aveva in passato affidato la progettazione e la realizzazione della propria UFA ad una società leader del settore che aveva già realizzato, con un criterio modulare standard, numerose, analoghe UFA sul territorio nazionale e che aveva, pertanto, elaborato per l'Istituto un progetto che poneva in primo piano la sicurezza e purezza delle formulazioni farmaceutiche. Anche allo scopo di corrispondere ad una valutazione critica del Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente, che rilevava la necessità di porre sullo stesso piano la sicurezza dei lavoratori e quella delle formulazioni farmaceutiche, si è reso necessario procedere ad una revisione dell'originario progetto, che, come si è detto, rispondeva ad un criterio di fatto già standardizzato presso numerose aziende del SSN, mediante un approccio multidisciplinare al problema, utilizzando la metodica dell'HTA che ha consentito di ottimizzare lo schema distributivo interno dei laboratori dell'UFA e realizzare una struttura pienamente rispondente alle necessità.

PAROLE CHIAVE

HTA- percorsi organizzativi gestionali- UFA

CONTENUTI

Per le ragioni sopra esposte la Direzione Sanitaria dell'Istituto Nazionale Tumori "Fondazione G. Pascale" ha istituito un apposito gruppo di lavoro multidisciplinare che, utilizzando la metodica dell'HTA, ha proceduto alla revisione dell'originario progetto ed alla condivisione anche con il predetto Dipartimento di Prevenzione, di una serie di azioni di miglioramento strutturale e di ottimizzazione dei percorsi e delle procedure di sicurezza. Questo strumento di valutazione integrata degli aspetti sanitari, tecnici, ingegneristici, economici, organizzativi, sociali ed etici risulta particolarmente utile nelle fasi di introduzione e implementazione di tecnologie o di nuove procedure tecnologico-sanitarie e prende in considerazione tutti gli aspetti correlati alla innovazione tecnologica offrendo una efficace risposta alle moderne esigenze dell'ospedale, che, secondo la definizione di Conant e Stent, si va configurando sempre più come un vero e proprio "industrial medical complex".

CONCLUSIONI

L'approccio secondo la metodica dell'HTA ha consentito di innovare ed ottimizzare un progetto modulare standard di UFA, già realizzato presso numerose aziende sanitarie di diverse regioni italiane.

“IL MEDICO DI RIFERIMENTO DEL CASO APPLICAZIONE NELL’AZIENDA SANITARIA DI RAVENNA”

Ciotti Emanuele, Caruso Bianca, Bravi Francesca, Neri Andrea, Monti Mauro, Re Giuseppe, Andrea Neri, Ivonne Zoffoli, Nazzareno Manoni, Paolo Missiroli, Barbara Mengolini, Maurizio Spinelli.

PAROLE CHIAVE

Medico di riferimento del caso, responsabilità e continuità delle cure

INTRODUZIONE

L’ospedale che si sta ridisegnando con il nuovo Piano Attuativo Locale è orientato alla presa in carico della persona malata in maniera differenziata e personalizzata attraverso la stratificazione dei bisogni. L’ospedale infatti si trova a confrontarsi non solo con episodi di cura acuti, che insorgono in individui sani, ma anche coi bisogni di persone con polipatologie croniche, instabilità clinica, vulnerabilità sociale. Occorre quindi un cambiamento “culturale”, che riguarda il “modo di lavorare” e tre sono le principali direttrici:

ridisegnare l’organizzazione delle cure ospedaliere in funzione della centralità dei bisogni dei pazienti;

investire sulla responsabilità di cura dei professionisti;

migliorare la globalità e la continuità delle cure nei diversi momenti assistenziali che caratterizzano le traiettorie delle persone malate garantendo il raccordo con il medico di medicina generale per la presa in carico dopo la dimissione.

Il progetto del medico di riferimento del caso è il primo passo verso la realizzazione di questo cambiamento.

CONTENUTI

Sono state individuate le Unità Operative coinvolte nella prima fase di sei mesi (Medicina Interna, Neurologia, Geriatria, lungodegenza) e i criteri per l’attribuzione del caso al medico di riferimento (Numero dei pazienti in carico in quel momento ai singoli medici di riferimento, continuità nella presenza in servizio del medico di riferimento nei giorni successivi, competenze specifiche del medico di riferimento per le cure del caso)

Sono state individuate le responsabilità del medico di riferimento:

Coordinamento del percorso del paziente assegnato, per singolo episodio di cura

Presa in carico del paziente entro 24 ore dal Lunedì al Venerdì, entro 48 ore nel caso di accesso in reparto nei fine settimana o prefestivi

Definizione del piano di trattamento del paziente, secondo il livello di intensità di cura

Pianificazione della dimissione/trasferimento e del percorso post dimissione quando richiesto dalla tipologia di ricovero

Mantenimento della continuità di cura e della integrazione orizzontale con territorio e con degenze post acuti a gestione infermieristica

Prenotazione delle visite successive al ricovero di follow up, quando richieste

Informazione proattiva costante e a richiesta del paziente e della famiglia

Interazione attiva coi professionisti sanitari e sociali, coinvolti nel percorso garantendone continuità e coerenza con la pianificazione iniziale

Registrazione corretta e completa di tutta la documentazione sanitaria

La comunicazione tra il medico di riferimento del paziente ed il MMG è uno degli elementi di maggiore impatto per migliorare la continuità delle cure, il medico di riferimento assicura per questo al MMG la disponibilità ad essere contattato durante il periodo della degenza ed anche nei 15 giorni successivi alla dimissione.

CONCLUSIONI

L’assegnazione di ogni paziente, per singolo episodio di cura, ad un medico è fondamentale per garantire la presa in carico complessiva. Non ci si vuole però a fermare a pura astrazione e proprio per questo si effettuerà il monitoraggio e la verifica del reale miglioramento della qualità assistenziale e dell’efficienza tramite: valutazione della soddisfazione del paziente, monitoraggio del case mix, degenza media, re-ricoveri, consumo di farmaci e di prestazioni specialistiche, radiologiche e di laboratorio. Questo a dimostrare che la presa in carico effettiva dei pazienti cronici ricoverati nelle aree mediche riduca il fenomeno della revolving door syndrome.

L'EDILIZIA SANITARIA PER UNA STRUTTURA DI RICERCA CLINICA E DI ALTA FORMAZIONE A SERVIZIO DIRETTO DI UNA REALTÀ OSPEDALIERA ALTAMENTE COMPLESSA: IL "NUOVO" CENTRO DI BIOTECNOLOGIE DELL'A.O.R.N. "A. CARDARELLI" DI NAPOLI.

Fortunato Cirillo*, Santolo Cozzolino**, Luigi Iaquina***, Stefano Iaquina***, Giovanni Improta°, Pasquale Quaranta°°

* Laureando in Ingegneria Biomedica - Università degli Studi di Napoli "Federico II";

** Centro di Biotecnologie "A.O.R.N. A. Cardarelli" di Napoli;

*** Ingegnere Civile-Edile;

° Ingegnere Gestionale, Dottorando di Ricerca in "Economia e Management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie" - Università degli Studi di Napoli "Federico II";

°° Architetto, Funzionario della U.O.S.C. G.A.T.P.I. (Gestione delle Attività Tecniche, Patrimonio Immobiliare e Inventario) dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli

Il Centro di Biotecnologie è una struttura di ricerca clinica e formazione al servizio diretto della comunità sanitaria di una realtà ospedaliera altamente complessa, quale l'ospedale Cardarelli. Nella fase di progettazione e realizzazione del nuovo Centro di Biotecnologie (Pad. X dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli") sono state valutate le necessità di far convivere attività di ricerca e di alta formazione in una struttura che fosse in grado di evolvere di pari passo con il progresso della ricerca scientifica. Pertanto, in tempi stretti e a costi contenuti, ci si è sforzati di integrare componenti di natura architettonica e tecnica con esigenze più prettamente sanitarie in modo da garantire funzionalità ed efficienza nel minimo spazio, rispettando contemporaneamente i restrittivi vincoli topografici e geografici della zona in cui è stata allocata la struttura e cercando di superare i limiti e i problemi legati alla precedente struttura (Pad. Y), inaugurata nel 2005.

PAROLE CHIAVE

Progettazione integrata, edilizia sanitaria.

INTRODUZIONE

Nel Centro di Biotecnologie, attività di ricerca di alta formazione, di cooperazione internazionale ed esigenze puramente gestionali convivono dando vita ad una realtà in rapida evoluzione ed in grado di evolvere di pari passo con il progresso della ricerca scientifica. Tali necessità sono state prese in considerazione all'atto della stesura del progetto e della realizzazione della nuova struttura del Centro di Biotecnologie ottenendo l'auspicata integrazione tra esigenze e componenti di natura architettonica e squisitamente tecnologico-impiantistica.

MATERIALI E METODI

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "A. Cardarelli" rappresenta la più grande struttura del Sud Italia, che eroga prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione per un ampio bacino di utenza. L'ospedale è costituito da 21 padiglioni, 15 dipartimenti e 85 Unità Operative ad elevato grado di specializzazione. Aspetto peculiare che contraddistingue ancora di più l'ospedale come struttura d'avanguardia è la presenza al suo interno del Centro di Biotecnologie. Il Centro è una struttura di ricerca clinica e formazione a servizio diretto della comunità sanitaria del Cardarelli e, più in generale, di tutta la Regione Campania, con collaborazioni nazionali e internazionali.

Le attività svolte dal Centro di Biotecnologie riguardano essenzialmente i seguenti settori:

Sperimentazione animale;

Laboratorio di trapianto cellulare per il supporto clinico-metabolico;

Ipertermia maligna;

Documentazione Biomedica;

Cooperazione internazionale.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

PROGETTO PILOTA DELL'ASL VALLECAMONICA-SEBINO – REGIONE LOMBARDIA SCREENING DEL CERVICOCARCINOMA CON UTILIZZO DEL TEST HPV-DNA

Romana Coccaglio, *Direttore Sanitario ASL Vallecamonica Sebino – Breno (Brescia)*

Luigi Pasquale, *Dirigente Medico Screening ASL Vallecamonica Sebino – Breno (Brescia)*

Anna Pavan, *Dirigente Struttura Malattie Infettive Regione Lombardia*

INTRODUZIONE

Il carcinoma della cervice uterina è il secondo tumore più frequente nel mondo, con circa 500.000 casi l'anno, di cui l'80% nei Paesi in via di sviluppo ove rappresenta il primo tumore maligno della donna. L'età di incidenza massima delle forme invasive è 45-50 anni. L'incidenza è variabile: nei paesi sviluppati è meno frequente con una media 7-8 casi/100.000/anno. In Italia sono circa 3.500/anno le donne cui è diagnosticato il tumore, con un'incidenza media di circa 10 casi/100.000 donne.

PAROLE CHIAVE

Cervicocarcinoma, papillomavirus, triage citologia.

CONTENUTI

Il progetto intende valutare l'efficacia dell'applicazione di una nuova strategia di screening basata sul test HPV-DNA come test di screening primario, al fine di aumentare la compliance allo screening e la protezione della donna. La nuova metodica intende valutare l'accettabilità di un test molecolare per la ricerca dell'infezione, di follow up dei risultati del test HPV, dei nuovi modelli organizzativi e di comunicazione per mantenere elevati livelli qualitativi per entrambe le metodiche, oltre che la valutazione dei costi. Nel 2010 l'ASL Vallecamonica-Sebino ha avviato un progetto pilota, con utilizzo del test HPV-DNA per la ricerca di papillomavirus ad alto rischio. L'ASL è costituita da 42 comuni con 100.000 abitanti, con popolazione target di 27.500 donne di età tra 25 e 64 anni. Il progetto si inserisce nello screening citologico con pap test convenzionale, attivo dal 2002 al 2009 con oltre 55.000 pap test. I prelievi sono effettuati in quattro ambulatori e sono previsti 8.000 test/anno. Si effettua un doppio prelievo, uno per la citologia convenzionale, l'altro in STM (*Digene Specimen Transport*) per il test HPV, analizzati entrambi in Anatomia Patologica dell'Ospedale di Esine. Il test molecolare utilizzato per l'HPV è l'Hybrid Capture 2 mentre la lettura citologica del pap test si basa sul Sistema Bethesda 2001. L'algoritmo (fig. 1) è basato sul test HPV e sul triage citologico delle donne con HPV positivo (GISCi2010). Pur essendo notevole l'impegno finanziario, il progetto è stato avviato anche grazie al considerevole contributo della Regione Lombardia, poiché considerato un progetto pilota che valuterà l'opportunità di estendere lo screening con test HPV anche alle altre ASL.

CONCLUSIONI

Il tasso di adesione dello screening con pap test convenzionale è stato del 65%. La percentuale di colposcopia (referral rate) per ASC-US o più grave è stata del 3,7%. La percentuale di donne che ha aderito alla colposcopia è stata del 95,8%. La fig. 2 illustra il tasso di identificazione per CIN2+ con conferma istologica. Complessivamente la DR è stata del 7,2%. L'adesione ha avuto un incremento passando dal 50,3% del 2003 al 66,9% del 2009. Le classi citologiche ASC-US+ riscontrate mostrano un valore più alto di quello nazionale. La compliance alla colposcopia per citologie ASCUS+ è stata superiore allo standard desiderabile del 90%. Il DR del 7,2% per lesioni istologicamente confermate CIN2+ è il dato tra i più elevati nei programmi di screening. Non si può escludere una variabilità geografica, ma non si può valutare il reale peso della variabile sull'indicatore, causa la concomitanza di altri fattori che influenzano la DR. Pertanto non si può concludere se questa zona sia a maggior rischio per lesioni CIN2+ per prevalenza del HPV nella popolazione. Il test HPV quale screening primario e la citologia come triage potrà confermare o meno questo dato.

NORMA UNI EN ISO 14001:2004 - SISTEMA GESTIONE AMBIENTALE: NUOVA OPPORTUNITÀ NEL MIGLIORAMENTO CONTINUO DI UNA AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA.

Coco G.* , Urzi C. ° , Carini S. ^

**Direzione Medica Presidio Vittorio Emanuele ° Servizio Prevenzione e Protezione ^*

Direzione Medica Presidio S. Bambino

AOU "Policlinico - Vittorio Emanuele" di Catania

PAROLE CHIAVE

Gestione Ambientale – Norma – 14001:2004

INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliera Universitaria V. Emanuele – Ferrarotto S. Bambino si è dotata di un Sistema di Gestione Ambientale UNI EN ISO 14001:2004, già dal 2004 ed ha ottenuto il rinnovo del certificato a dicembre 2008.

Il Sistema di Gestione Ambientale (SGA) ha rappresentato un approccio strutturato per definire obiettivi e strategie per l'ambiente.

CONTENUTI

L'adozione di un SGA prevede infatti una riorganizzazione di un'azienda o ente sulla base di standard normativi di riferimento riguardo "la parte di sistema gestionale che comprende la struttura organizzativa, le attività, le procedure, le responsabilità, i processi e le risorse necessari per sviluppare, implementare, raggiungere, rivedere e mantenere la politica ambientale". Il sistema di gestione ambientale (SGA), può così essere certificato da un soggetto terzo che procede ad attestare che il SGA corrisponda agli standard normativi di riferimento e procede a successive verifiche periodiche. La norma più diffusa a livello internazionale è lo standard ISO 14001. Il mantenimento del certificato del Sistema di Gestione Ambientale effettuato tramite un percorso di verifiche ispettive eseguite da ente terzo, l'ultima delle quali quella di rinnovo, porta alla conclusione di un ciclo virtuoso nella quale l'organizzazione rimette in discussione il sistema, porta ad un miglioramento continuo, per il raggiungimento di obiettivi prefissati e controllati nel tempo.

La certificazione ambientale è uno strumento volontario di autocontrollo e responsabilizzazione adottabile da organizzazioni che intendano perseguire un miglioramento continuo delle proprie performance ambientali.

Il soggetto che avvia il processo di certificazione e che alla fine del ciclo si sottopone ad una verifica globale di sistema, si impegna non solo a continuare ad osservare le disposizioni di legge in materia, ma anche a migliorare ulteriormente le proprie prestazioni e la trasparenza verso l'esterno.

Tra i principali obiettivi di un SGA vi sono:

- la capacità dell'impresa di svolgere responsabilmente la propria attività secondo modalità che garantiscano il rispetto dell'ambiente;
- la facoltà di identificare, analizzare, prevedere, prevenire e controllare gli effetti ambientali;
- la possibilità di modificare e aggiornare continuamente l'organizzazione e migliorare le prestazioni ambientali in relazione ai cambiamenti dei fattori interni ed esterni;
- la capacità di attivare, motivare e valorizzare l'iniziativa di tutti gli attori all'interno dell'organizzazione;
- la facoltà di comunicare e interagire con i soggetti esterni interessati o coinvolti nelle prestazioni ambientali dell'impresa.

Punto di forza di un Sistema di Gestione ambientale è la Politica Ambientale essendo il manifesto e la dichiarazione di volontà da parte dell'Organizzazione.

La politica ambientale è una dichiarazione di principio che sancisce l'impegno dell'azienda a favore della tutela ambientale, del rispetto della legislazione vigente in materia, del miglioramento continuo ed enuncia i principi generali cui tale impegno si ispira e le conseguenti decisioni strategiche. Essa stabilisce il risultato al quale tendere, in termini di livelli di responsabilità e di prestazioni richieste all'organizzazione, in confronto ai quali sarà giudicata ogni azione conseguente.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

ANALISI DEL CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE QUALE STRUMENTO DI CONTROLLO DEL RISCHIO CLINICO: L'ESPERIENZA DEL POLICLINICO "G. RODOLICO" DI CATANIA

A. Colombo*, L. Lupo**, D. Daidone**, M. Ienna*, A. Pellicanò*, A. Giacalone**

INTRODUZIONE

Nell'ambito delle strategie per il miglioramento della sicurezza del paziente, tra i vari strumenti di tipo reattivo (quali l'incident reporting, l'audit, la root causes analysis etc.) si concretizza l'**analisi del contenzioso medico legale**, che in ciascuna realtà aziendale può fornire informazioni utili a comprendere quali sono le malpractices più frequentemente oggetto di denuncia da parte dei cittadini.

La crescita esponenziale del contenzioso giudiziario per veri, o ritenuti danni ai pazienti da reali, o presunte inadeguatezze professionali per imprudenza, imperizia, negligenza, o inosservanza di leggi, ordinamenti e discipline, costituisce pertanto un fenomeno di tutto rilievo non soltanto in Italia, ma anche in tutti gli altri paesi occidentali quale indicatore di salute e danno nelle strutture sanitarie.

CONTENUTI

Presso l'A.O.U. di Catania (Presidio Policlinico) è stata attivata un'analisi di contesto, i cui risultati sono stati raccolti e presentati alla Direzione Aziendale ed ai Settori di competenza (Settore Affari Generali e Legali) per attivare le consequenziali procedure e per l'applicazione di una strategia proattiva per la prevenzione degli errori medici.

Sono stati analizzate e approfondite le pratiche di contenzioso avviate durante il biennio 2008-2009, secondo l'iter di seguito illustrato

I - Studio dei casi relativi a richieste risarcimento

II - Organizzazione dei dati;

III - Esame della casistica;

IV - Studio dei fattori di rischio individuati e realizzazione di eventuali audit.

V - Interventi correttivi

Sono stati riscontrati in totale 46 pratiche di contenzioso 19 procedure attivate nel 2008 e 27 procedure attivate nel 2009, confermando il trend in crescita rilevato anche in ambito nazionale (i dati riportano n.1 caso archiviato nel 2009).

Gli elementi raccolti che hanno interessato 17 UU.OO. (8 di profilo chirurgico e 9 di profilo medico) nonché l'Azienda stessa, rispecchiano il contesto nazionale, ove la prevalenza delle azioni legali è avviata proprio in area chirurgica (50% dei contenziosi) e in particolare per verosimili incidenti accaduti nel corso della degenza (63%).

Le azioni sono state rivolte decisamente contro i dirigenti medici (n.36 medici denunciati), mentre in 11 casi è stata interessata anche l'equipe infermieristica.

Solo n. 2 procedure sono state chiuse (di cui una a favore del medico) mentre n. 44 sono a tutt'oggi in itinere.

CONCLUSIONI

In considerazione di tali presupposti appare indiscutibile lo sviluppo di queste tematiche, attraverso un percorso che, partendo dall'analisi delle cause alla base degli errori, passi allo studio di azioni correttive da implementare, nel rispetto sia degli aspetti professionali ed etico-deontologici che di quelli normativi e medico-legali.

L'attivazione dei processi di indagine del contenzioso rappresenta uno strumento del Risk Management per una maggiore cognizione del fenomeno degli errori medici e per la programmazione di interventi. Tra questi vanno considerati: l'implementazione di ulteriori sistemi di monitoraggio delle aree critiche individuate, l'attivazione di protocolli, procedure e linee guida che riducano i margini di rischio operativo, nonché l'elaborazione e messa in opera di percorsi formativi per il Personale, idonei ad integrare le competenze già acquisite nell'ambito della prevenzione dell'errore.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

APPROPRIATEZZA AD UN PERCORSO DI RIABILITAZIONE METABOLICO-PSICO-NUTRIZIONALE PER I SOGGETTI OBESI

Corsi R*, Pandolfo MM**, Tempera S**, Savina C*, Donini LM**, Cuzzolaro M**, Spera G**, del Balzo V**, Petroni ML***, Brunani A*** ed il gruppo di lavoro SIO-SISDCA1

*Ist Clinico Riabilitativo "Villa delle Querce" – Nemi (RM); **Dipartimento di Fisiopatologia Medica (sez. di Scienza dell'Alimentazione) – "Sapienza" Università di Roma; ***Ist. Auxologico Italiano IRCCS, Piacavallo (Verbania)

PAROLE CHIAVE

Obesità, riabilitazione, appropriatezza

INTRODUZIONE

L'obesità è una malattia cronica, con una patogenesi complessa, caratterizzata da elevati livelli di comorbidità e disabilità. Il contesto riabilitativo (per la sua organizzazione di tipo interdisciplinare, multidimensionale) sembra essere il più adatto al trattamento dell'obesità soprattutto quando questa presenta complicità sul piano clinico e funzionale.

La regolazione dell'accesso nel percorso riabilitativo deve rispondere a criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa. Scopo dello studio è stato quello di validare uno strumento di misura dell'appropriatezza organizzativa per l'accesso alla riabilitazione intensiva (residenziale e semi-residenziale) metabolico-psico-nutrizionale: Scala SIO di Appropriatezza per la Riabilitazione Metabolico-Psico-Nutrizionale dei soggetti affetti da Obesità (SSA-RMNP-O).

CONTENUTI

E' stato realizzato uno studio multicentrico, coordinato dalla Società Italiana dell'Obesità (SIO), che ha visto coinvolti 16 Centri in Italia. La SSA-RMNP-O è costituita da 4 sezioni:

grado di obesità e livello di rischio per malattie cardiovascolari

comorbidità

fattori di rischio che concorrono ad aumentare la morbidità correlata all'obesità

precedenti ricoveri per riabilitazione metabolico nutrizionale (tale sezione assegna punteggi negativi se dopo uno o più ricoveri in riabilitazione metabolico-nutrizionale c'è stato un recupero del peso > 50% di quanto era stato perso).

La procedura di validazione ha previsto il confronto dello score rilevato all'ingresso alla SSA-RMNP-O rispetto alla "verità" della corretta collocazione del paziente rappresentato dal carico di lavoro poi svolto durante il periodo di cura.

Sono stati considerati a tal fine:

□ il carico di lavoro è stato stimato contando: interventi medici ed infermieristici, farmaci iniziali e finali, procedure di laboratorio, diagnostica strumentale, consulenze

l'incidenza di eventi clinici avversi durante il periodo di cura.

Sono stati reclutati 449 soggetti obesi con età media pari a 51.1 ± 14 anni in tre diversi *setting* assistenziali: ambulatorio specialistico, DH riabilitativo, riabilitazione intensiva residenziale. Lo studio ha messo in evidenza una significativa correlazione tra lo score della SSA-RMNP-O e tutti i parametri, indici di impiego di risorse, verso i quali è stato validato (carico di lavoro, emergenze). Sono stati individuati valori soglia dello score per la corretta collocazione dei pazienti nei diversi *setting* assistenziali

□ >25 per l'accesso in riabilitazione residenziale intensiva metabolico-psiconutrizionale

20-25 per il ricovero in *Day-hospital/Day-service*

<20 per l'accesso in ambulatorio specialistico.

CONCLUSIONI

La SSA-RMNP-O rappresenta un valido strumento di misura dell'appropriatezza dell'accesso di soggetti obesi ad un percorso di riabilitazione intensiva di tipo metabolico-psico-nutrizionale ed ha dimostrato un'elevata affidabilità: ripetibilità del test (Kappa di Cohen) e concordanza interna (Cronbach).

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN SALA OPERATORIA: VALUTAZIONE DELLA COMPATIBILITÀ DI UN INNOVATIVO SISTEMA INFORMATIZZATO IN CONFORMITÀ CON GLI STANDARD JOINT COMMISSION (COMPRESO IL TIME-OUT) PRESSO UN COMPLESSO OPERATORIO DEL PO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA

Cunsolo R.* , Galeano S.* , Carini S.A.° , Mangano G.° Urso L.^ , Mammola M'

**Direzione Medica di Presidio V.Emanuele, ° Direzione Medica di Presidio S.Bambino, ^I Chirurgia AOU "Policlinico-Vittorio Emanuele" di Catania*

INTRODUZIONE

La gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente costituiscono argomenti centrali nel contesto delle politiche sanitarie finalizzate al raggiungimento della migliore qualità assistenziale. La riduzione del rischio in ambito sanitario e, soprattutto, in quello chirurgico rappresenta uno dei principali obiettivi delle Aziende Sanitarie che, in Sicilia, anche in virtù dell'accordo tra la regione e Joint Commission International (JCI), stanno sperimentando e sviluppando una metodologia di gestione del rischio clinico con un programma articolato che prevede la valutazione e la verifica dell'applicazione di n. 27 standard. In particolare, in armonia e conformità con i principi di alcuni standard per la sicurezza in ambiente operatorio, si è proceduto a valutare la compatibilità di un sistema informatizzato, finalizzato ad agevolare l'applicabilità di alcuni standard per il miglioramento della sicurezza e dell'assistenza nel contesto di un complesso operatorio di un reparto di chirurgia.

PAROLE CHIAVE

Rischio Clinico, Standard JCI, Informatizzazione.

CONTENUTI

Al fine di verificare la possibilità di applicazione di alcuni standard all'interno del complesso operatorio di un reparto di chirurgia del PO Vittorio Emanuele, composto da n. 2 sale operatorie dotate dei requisiti previsti dall'accreditamento istituzionale, è stata eseguita un'attenta disamina, dal punto di vista strutturale e tecnologico, per consentire la compatibilità di un innovativo sistema informatizzato "Comunicando", in grado di monitorare le seguenti aree: ingresso/ filtro e preparazione per operandi e per personale autorizzato; sale operatorie; area di risveglio. Il sistema "COMUNICANDO" è costituito da un programma in grado di monitorare e sorvegliare le attività connesse circa la verifica di alcuni processi tra i quali: sanificazione, sterilizzazione, raccolta e compilazione della documentazione sanitaria, appropriatezza della vestizione e del lavaggio mani, preparazione di equippe operatoria e di pazienti; conteggio della garze; rispetto del time-out.

CONCLUSIONI

La valutazione dell'utilizzo di un sistema di informatizzazione costituisce un'opportunità per consolidare la validità di azioni di monitoraggio dei principali punti critici presenti nei vari step assistenziali. Il trasferimento di alcuni aspetti dal sistema cartaceo a quello informatizzato, oltre ad accelerare le fasi di registrazione, può consentire anche ulteriori vantaggi di tracciabilità e rintracciabilità di processi legati all'assistenza del paziente in sala operatoria. Tali caratteristiche potenziali di sicurezza costituiscono un ulteriore aumento del livello di qualità offerta sia agli operatori sanitari che soprattutto agli stessi pazienti. Superata la fase di programmazione e dello studio di fattibilità, si passerà alla fase di sperimentazione della gestione informatica dei dati e a quella di monitoraggio del sistema onde verificarne i vantaggi operativi.

EMERGENZA ALLUVIONE SCALETTA ZANCLEA: ESPERIENZA DELL'UNITÀ DI CRISI DELL'A.O.U. POLICLINICO V. EMANUELE DI CATANIA

M.Danzi^{*^}, P.Pistidda[°], G. Saglimbeni[^], R. Cunsolo[^], S. Galeano[^], S. Frasciana[^], S. Romeo^Ω

^{*}Unità di Crisi Aziendale, [^]Direzione Medica di Presidio V. E., [°] U.O. Medicina d'Urgenza ^Ω U.O. Rianimazione V.E.

INTRODUZIONE

La notte del 2 ottobre 2009 il Dipartimento della Protezione Civile della Regione Sicilia allertava l'Unità di Crisi Aziendale al fine di portare immediati soccorsi sanitari alle popolazioni dei Comuni della Provincia di Messina colpite da una devastante alluvione. Sono state attivate le procedure previste nei Piani di Emergenza (PEMAF), il richiamo del Personale ed il recupero del materiale sanitario e tecnico necessario alle operazioni di soccorso, compresa un'ambulanza di rianimazione attrezzata per la stabilizzazione delle funzioni vitali dei feriti. L'area interessata dall'alluvione nel Comune di Scaletta Zanclea, assegnata alla competenza della Unità di Crisi della nostra Azienda, era raggiunta dai soccorritori con mezzi speciali della Protezione Civile. All'interno di un plesso scolastico era allestito un Posto Medico Avanzato in sinergia a gruppo Volontari della Misericordia contestualmente intervenuti.

PAROLE CHIAVE

Unità di crisi, maxiemergenza, PemaF

CONTENUTI

Il reclutamento del personale per le operazioni di soccorso era effettuato col metodo della chiamata a cascata. Sono state utilizzate casse tecniche con materiale sanitario dell'Unità di Crisi ed un'ambulanza di rianimazione attrezzata per la stabilizzazione delle funzioni vitali. Il coordinamento era affidato al Responsabile dell'Unità di Crisi coadiuvato da un Gruppo Operativo e Personale di Direzione Medica per l'attivazione del Comparto Operatorio funzionale per trattamento di codici rosso e giallo. Raggiunta l'area interessata dall'alluvione, invasa da alte colate di fango, le squadre di soccorso erano lanciate nelle operazioni di assistenza alla popolazione. All'interno delle abitazioni erano ancora intrappolate numerose persone alla cui estrazione lavoravano i Vigili del Fuoco e Volontari. Risultando irraggiungibile via terra un'area impervia, un Rianimatore ed un I.P., trasportati con un elicottero dei Vigili del Fuoco, assistevano i numerosi feriti raccolti già dalla notte in una scuola. Altre squadre di rianimatori, medici di medicina e chirurgia d'urgenza ed infermieri esperti in Triage e BLS, raggiungevano con fuoristrada della Protezione Civile le aree colpite dall'alluvione, provvedendo al recupero di anziani non autosufficienti, feriti ed in stato di shock ed al trasporto presso il Posto Medico Avanzato. Il Responsabile dell'Unità di Crisi ha coordinato l'operatività del PMA in stretta collaborazione con le strutture di supporto della Protezione Civile, COC, COM, Prefettura 118.

Hanno partecipato alle operazioni 22 tra medici e infermieri. Effettuando oltre 50 interventi.

L'attivazione dell'Unità di Crisi, conclusasi con la prima normalizzazione del cantiere di disastro è stata realizzata tempestivamente grazie allo slancio generoso del Personale, che ha operato in condizioni di particolare difficoltà e di notevole impegno fisico, e alla consolidata esperienza maturata dall'Unità di Crisi, ampiamente impegnata in corso di maxiemergenze. L'impegno profuso e la professionalità dello staff di soccorso, riconosciuti dalla popolazione, sono stati evidenziati dal Dipartimento di Protezione Civile, dal Sindaco di Scaletta Zanclea e dal Direttore Generale dell'Azienda con note di pubblico encomio.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti evidenziano che, attraverso l'operatività della propria Unità di Crisi, l'Azienda è in grado di offrire immediatamente il proprio aiuto in caso di calamità, in sinergia alle forze della Protezione Civile.

PIANO DI INTERVENTO NELLA PANDEMIA INFLUENZALE DA VIRUS A/H1N1: L'ESPERIENZA DI UN PRESIDIO OSPEDALIERO BARESE

Dario R., Mundo A., Casciaro T., Di Benedetto A., Fusano S., Lollino A., Leaci A.*

*Direttore Medico -Direzioe Medica P.O. San Paolo ASL BARI

INTRODUZIONE

La pandemia da virus A/H1N1 della stagione 2009/2010 era attesa dalla comunità degli epidemiologi e prevista dalle autorità sanitarie internazionali da qualche anno. Nel 2007 la nostra ASL aveva già provveduto a diramare il "Piano Operativo Regionale di preparazione/riposta ad un Pandemia Influenzale", direttiva di cui il nostro Presidio Ospedaliero aveva contezza (D.G.R. Puglia del 4/6/2007).

PAROLE CHIAVE

Emergenza , influenza A/H1N1, Direzione Medica

CONTENUTI

Dopo il richiamo di allerta in fase 6 dell'O.M.S. nel giugno 2009 e secondo le direttive contenute nelle Circolari Ministeriali, la Direzione Medica del Presidio Ospedaliero S. Paolo ha costituito un gruppo di lavoro composto dai Direttori delle UU.OO. del Presidio per focalizzare i punti di maggiore criticità e trovare soluzioni operative. In particolare per la logistica dell'accesso in emergenza sono stati individuati un ambulatorio nell'U.O. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, e contestualmente una sala di terapia intensiva nell'U.O. di Rianimazione. La Direzione ha provveduto a verificarne i requisiti strutturali ed igienico-ambientali richiesti quali i percorsi clinico-assistenziali diversificati, il necessario isolamento del caso sospetto e la disponibilità di personale sanitario dedicato. I successivi interventi si sono svolti seguendo le fasi elencate:

distribuzione del materiale informativo agli operatori sanitari (fig.1);

riunioni formative specifiche con il personale;

pianificazione e attivazione dei percorsi paralleli per l'accesso dei casi complicati (dal Pronto Soccorso alla Rianimazione / Pneumologie);

approvvigionamento e distribuzione dei D.I.P. al personale (filtranti FFP2);

implementazione delle misure di profilassi vaccinale antinfluenzale A/H1N1 con Focetria® al personale dell'Ospedale (tab.1).

notifica dei casi trattati sec.D.M. 15/12/1990 , per il sospetto prima e con la conferma successiva all'isolamento virale da parte del Laboratorio di Microbiologia dell'U.O.Igiene A.O.U.Policlinico per il corretto flusso di dati alla ASL e quindi alla Regione (O.E. Regione Puglia) e al Ministero della Salute, per il sistema di sorveglianza di stima dell'epidemia influenzale nazionale(tab. 2)

CONCLUSIONI

Nel novembre 2009 il Presidio è stato individuato quale Centro di Riferimento ASL BA per la Pandemia Influenzale in quanto presenti e adeguatamente attrezzate le UU.OO. di Rianimazione e di Pneumologia.

Dal 1/11/2009 al 15/12/2009 la Direzione Medica ha vaccinato, su offerta della ASL BA, 54 dipendenti. Si è raggiunta la copertura vaccinale del 9% del ruolo sanitario: tale dato dimostra l'ottimo livello di adesione alla problematica in emergenza raggiunto dal personale, grazie soprattutto all'azione di chiara informazione e di specifica sensibilizzazione al rischio svolta da questa Direzione.

Nel periodo di picco pandemico stati ricoverati e curati in regime di ricovero ordinario circa 242 casi sospetti per i quali comunque è stata avviata la ricerca del virus A/H1N1, di cui solo 91 casi sono stati accertati: la prevalenza dell'influenza pandemica sul totale dei ricoveri durante gli stessi mesi dell'anno nel nostro Ospedale risulta essere dell'8%.

I dati illustrati in questo lavoro dimostrano come l'azione sinergica tra Direzione Medica del P.O. ed il gruppo di lavoro abbia portato a fronteggiare l'emergenza A/H1N1 con risultati efficaci mantenendo un buon livello di efficienza del piano di emergenza.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

RIDUZIONE DELLA CONTAMINAZIONE MICROBICA DELLE SUPERFICI MEDIANTE AEROSOLIZZAZIONE DI RELYON VIRKOSEPT

De Lorenzi Sonia¹, Romanini Letizia¹, Antonioli Paola²

¹Dipartimento di Biologia ed Evoluzione - Sezione Anatomia Comparata, Università di Ferrara

²Struttura Dip.le di Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali – Direzione Medica, AOU Ferrara

INTRODUZIONE

L'aerosolizzazione di disinfettanti si è dimostrata efficace nel ridurre la carica batterica presente sulle superfici in ambienti confinati.

L'abbattimento della carica microbica dalle superfici dovrebbe essere realizzata dalle procedure di pulizia, non sempre eseguite correttamente e quindi, spesso inadeguate.

Scopo della ricerca è stato valutare se, l'aerosolizzazione di una sostanza disinfettante successiva alle operazioni di pulizia, sia in grado di produrre un ulteriore decremento della carica microbica presente sulle superfici.

PAROLE CHIAVE

Aerosolizzazione, contaminazione superfici

CONTENUTI

Si è valutata la carica microbica di superficie in due ambulatori dell'Arcispedale S. Anna di Ferrara al termine dell'attività ambulatoriale, dopo le pulizie e dopo sanificazione tramite erogatore a secco Felmar 745 (Medical Jet S.p.a.) che aerosolizzava il prodotto detergente/disinfettante RelyOn VirKosept (DuPont) alla concentrazione dello 0.2% per tempi di azione dopo aerosolizzazione di 30', secondo una procedura certificata UNI EN ISO 9001/2000. Durante la sperimentazione sono state eseguite 140 rilevazioni nelle diverse fasi, utilizzando piastre a contatto sterili contenenti terreno nutritivo solido e un adeguato neutralizzante per tempi di contatto di 10". La carica microbica è stata valutata mediante conta delle cfu/24cm² sviluppate dopo incubazione delle piastre alla temperatura di 36±1°C per 24-48 ore. La durata della sperimentazione è stata di 5 giorni lavorativi.

La media delle colonie e relativo errore standard è risultata essere prima delle pulizie 34,50 ± 2,82 cfu/24cm², dopo le pulizie 11,33 ± 1,38 cfu/24cm² e dopo sanificazione con RelyOn VirKosept 8,24 ± 0,74 cfu/24cm², con una riduzione percentuale della carica microbica rispettivamente del 68,18 % dopo le pulizie e del 76,10 % dopo le pulizie più sanificazione con RelyOn VirKosept, con un contributo dell' 8,98 % dopo sanificazione con RelyOn VirKosept.

È stato calcolato il t di Student tra le medie dei campionamenti per i dati raggruppati e per i dati appaiati.

Dati raggruppati: si è ottenuto un t=7,375 con P " 0, molto significativo nel confronto prima delle pulizie vs dopo le pulizie; t=9,008 con P " 0, molto significativo nel confronto prima delle pulizie vs sanificazione con RelyOn VirKosept e t=1,967 con P=0,5, significativo nel confronto dopo le pulizie vs sanificazione con RelyOn VirKosept.

Dati appaiati: si è ottenuto un t=7,775 con P " 0 molto significativo, nel confronto prima delle pulizie vs dopo le pulizie; t=9,450 con P " 0, molto significativo nel confronto prima delle pulizie vs sanificazione con RelyOn VirKosept e t=3,049 con P=0,0014, ugualmente molto significativo nel confronto dopo le pulizie vs sanificazione RelyOn VirKosept.

CONCLUSIONI

I risultati rivelano che la sanificazione ambientale ad opera dell'aerosolizzazione di RelyOn VirKosept mediante Felmar 745, induce una ulteriore riduzione dell'8,98 %, con una riduzione totale, applicando le due procedure, pari al 76,10 %.

APPROPRIATEZZA CLINICO- PRESCRITTIVA NELL'ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEI NEONATI PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLA DISPLASIA EVOLUTIVA DELL'ANCA (DEA)

Esposto E2, Appignanesi R1, Jachnik J3, Migliozi L4, Liotti L4, Tartagni L5, Paolini MR6, Gentili G7

1 Direzione Medica POU - ASUR Zona territoriale n. 7, Regione Marche.

2 Direzione Medica - ASUR Zona territoriale n. 12, Regione Marche.

3 U.O. Pediatria - ASUR Zona territoriale n. 11, Regione Marche.

4 U.O. Pediatria - ASUR Zona territoriale n. 4, Regione Marche.

5 U.O. Pediatria - ASUR Zona territoriale n. 3, Regione Marche.

6 Direzione Distretto - ASUR Zona territoriale n. 8, Referente ASUR liste di attesa, Regione Marche.

7 Direttore Sanitario - Direzione Generale ASUR, Regione Marche.

INTRODUZIONE

Le Società scientifiche internazionali (American Academy of Pediatrics, Canadian Task Force, Screening Committee) affermano che le evidenze disponibili non sono sufficienti per raccomandare lo screening ecografico di routine per DEA a tutti i nuovi nati, mentre raccomandano di eseguire di routine l'esame clinico delle anche, l'osservazione stretta dei neonati con DEA identificata clinicamente e gli esami radiologici solo per i pazienti a rischio. La Canadian Task Force raccomanda lo screening ultrasonografico selettivo. In Italia le linee guida nazionali per la diagnostica per immagini (2004) affermano che l'ecografia è fortemente raccomandata in caso di lussazione dell'anca solo se vi è un dubbio clinico di displasia e non come esame di screening.

PAROLE CHIAVE

Appropriatezza, Displasia Evolutiva dell'Anca (DEA), liste di attesa

CONTENUTI

Nell'ambito del Pian Attuativo Aziendale sulle Liste di attesa si è individuata una area di lavoro relativa alla promozione dell'appropriatezza del percorso relativo alla diagnosi precoce della DEA. Il GdL individuato dai Direttori delle UUOO di pediatria nell'ambito del Gruppo di progetto "Rete pediatrica", ha proceduto ad una revisione della letteratura e ad una analisi dei dati dei flussi informativi, definendo un progetto pilota. Per valutare la situazione nella Regione Marche sono stati analizzati i seguenti indicatori:

Indice di copertura della popolazione (ICP): n. soggetti che hanno effettuato l'eco ostearticolare/n. nati

Età effettuazione dell'esame ecografico (EEE)

Indice di ripetizione dell'ecografia dell'Anca (IRE): n. ecografie ostearticolari effettuate per ciascun soggetto

N. esami radiografici dell'anca

I principali dati sono riassunti in tabella 1-2. Il progetto pilota ha coinvolto la ZT4 dal 01/04/09 al 01/04/10. È stato eseguito lo screening selettivo [(4-6 sett) tutti i nuovi nati con fattori di rischio (esame obiettivo positivo o con fattori di rischio: familiarità, parto podalico, oligoidramnios, associazione con altre deformità); tutte le femmine senza fattori di rischio (6-8 sett)] con prenotazione all'uscita dall'ospedale in accordo con i PLS; inoltre è stato costruito e implementato un questionario per i PLS per analizzare le criticità. Lo stesso ha mostrato una riduzione del 37,6% delle ecografie (2008: 974 vs 2009-10: 607), mentre la percentuale di DEA è risultata invariata (1,12 vs 1,31); tutte le ecografie sono state effettuate senza ritardi.

CONCLUSIONI

L'ICP mostra variabilità nella copertura della popolazione che potrebbe segnalare (oltre a incompletezza del file C) un ricorso ad attività libero professionale o una reale mancata copertura della popolazione. L'indice EEE, mostra la non copertura della popolazione a rischio (68,4% dei nati effettua l'eco dell'anca dopo il II mese). L'IRE ha evidenziato forti anomalie tra strutture (max percentuale esami ripetuti circa 20%). L'analisi del numero di esami radiologici del bacino, come possibile indicatore di tardiva diagnosi o inadeguata valutazione del rischio di DEA, evidenzia una forte variabilità tra le ZT che, a meno di errori nella codifica delle prestazioni, ha reso necessaria una verifica. L'analisi condotta ha fornito elementi conoscitivi essenziali per promuovere una riflessione nell'ambito del mondo professionale sulla possibilità di implementare nel territorio ASUR il progetto pilota come nuova strategia di approccio alla problematica che ha come elemento di forza l'appropriatezza e il rapporto tra la pediatria ospedaliera e quella territoriale.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

CONTINUITA' ASSISTENZIALE OSPEDALE – TERRITORIO : L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE E DELLA ZONA DEL MUGELLO.

Faraoni T. Capanni C., Timpanelli M*, Turco L.

Direzione Sanitaria Ospedale del Mugello – Azienda Sanitaria di Firenze

**Attività Sanitarie di Comunità Zona Mugello – Azienda Sanitaria di Firenze*

INTRODUZIONE

Nell'ottica della centralità del paziente, le Direzioni Ospedaliera e delle Attività Sanitarie Territoriali hanno ritenuto inadeguato il sistema di collegamento, dopo la degenza, tra il Presidio ospedaliero e i Servizi territoriali, nel caso di dimissioni domiciliari di pazienti necessitanti di continuità assistenziale e si è quindi ravvisata l'opportunità di definire in modo puntuale ed inequivocabile una modalità operativa omogenea, in grado di assicurare tempestivamente al cittadino interventi coordinati di tipo sociosanitario e sanitario al proprio domicilio.

PAROLE CHIAVE

Continuità assistenziale, dimissioni programmate.

CONTENUTI

La procedura per la continuità assistenziale del paziente coinvolge tutti i reparti dell'ospedale. Il percorso, avviato nel 2004, è stato sottoposto ad un monitoraggio puntuale con l'ausilio di indicatori (rispetto dei tempi di segnalazione, assenza di segnalazione del paziente con patologie complesse). Nel novembre del 2006 si è giunti all'organizzazione attuale, attraverso revisioni che hanno snellito il processo senza comprometterne l'efficacia ai fini di soddisfare i bisogni dei pazienti. Sono stati individuati 3 tipologie di utenti: a)Pazienti che richiedono interventi sociosanitari ad alto carico assistenziale, oppure prestazioni infermieristiche complesse e/o di riabilitazione funzionale intensiva a domicilio e a livello ambulatoriale; b)Pazienti con bisogno di tipo sanitario a basso e medio carico assistenziale richiedenti prestazioni infermieristiche semplici. c)Pazienti, temporaneamente o stabilmente inabili, senza supporto familiare con patologia di base a scarso rilievo assistenziale di tipo sanitario e, viceversa, con bisogni prevalentemente di tipo sociale. Il medico ospedaliero per un paziente di cui alla lettera a) ne dà comunicazione telefonica al Punto Unico di Accesso (PUA) del territorio in modo da rendere possibile la pronta attivazione della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per la valutazione congiunta del caso, al fine di identificare la destinazione appropriata (rientro a domicilio, lungodegenza o altra soluzione alternativa). Per i pazienti di cui alle lettere b) e c) il medico ospedaliero si attiva per la compilazione della scheda segnalazione/dimissione che sarà trasmessa al PUA. La scheda è predisposta per segnalare bisogni infermieristici, necessità di proseguimento di un percorso riabilitativo o la necessità di procedere ad una valutazione sociale.

CONCLUSIONI

Le segnalazioni dell'anno 2008 sono state 356 provenienti essenzialmente dai reparti di medicina. I bisogni maggiormente rappresentati sono stati quelli infermieristici (240), seguiti dalla richiesta di valutazione sociale (201). Alcuni dei pazienti segnalati sono entrati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Nell'anno 2009 le segnalazioni al PUA sono state 368, anche in questo periodo le maggiori segnalazioni risultano provenienti dai reparti medici (325) e la distribuzione dei bisogni ricalca quella del 2008. Il rispetto dei tempi di segnalazione necessari per permettere al territorio la presa in carico del degente sono stati rispettati nel 95% dei casi. Mentre, pari a zero, è stata la mancata segnalazione.

ANALISI DEI RICOVERI RIPETUTI NELLE UU.OO.CC. CHIRURGICHE DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELL'AZIENDA ULSS 10 "VENETO ORIENTALE": UNO STRUMENTO DI ANALISI DEL RISCHIO CLINICO.

dr.ssa Rita Finotto*, **dr. Antonio Di Caprio****, **dr. Daniele Carraro****,
dr.ssa Marta Abiad**, **I.P. Cecilia Tonelli*****

: Direttore Medico dell'Ospedale **: Dirigenti Medici della Direzione Medica dell'Ospedale *: Infermiera addetta al Controllo delle Infezioni Ospedaliere.*

INTRODUZIONE

Per ricoveri ripetuti si intendono descrivere i re-ricoveri, ovvero i ricoveri susseguenti al primo, avvenuti nello stesso Presidio Ospedaliero in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni. Poiché un ricovero venga considerato ripetuto è necessario che la categoria della diagnosi principale del secondo ricovero corrisponda alla categoria di una delle sei diagnosi di dimissione del ricovero precedente.

Partendo da tale definizione all'interno dei tre Presidi Ospedalieri dell'Azienda Ulss 10 è stata fatta un'analisi dei ricoveri ripetuti nelle Unità Operative Chirurgiche. E' stato individuato come periodo di riferimento 1 anno, da agosto 2008 ad agosto 2009. E' stato predisposto un questionario che andasse a rilevare una serie di informazioni relative al primo ed al secondo ricovero riguardanti l'anagrafica dei pazienti, la tipologia di ricovero ripetuto (urgente/programmato), il setting assistenziale, le giornate di degenza dei due episodi di ricovero e dei giorni intercorsi tra i due ricoveri, l'eventuale trasferimento in Rianimazione, i codici di diagnosi principale e di procedura principale riportati nelle SDO, i DRG prodotti dai singoli episodi di ricovero. La predisposizione del questionario e la successiva analisi è stata effettuata con il database Epi-Info. Sono state valutate le schede di dimissione ospedaliera ed è stata analizzata la documentazione per quei ricoveri che, pur avendo la categoria della diagnosi principale del secondo ricovero non corrispondente alla categoria di una delle sei diagnosi del ricovero precedente, erano correlati al precedente e che pertanto sono stati inclusi nel campione.

PAROLE CHIAVE

Ricoveri, complicità, rischio clinico

CONTENUTI

11.419 i ricoveri nelle Unità Operative Chirurgiche nel periodo considerato; 52 i ricoveri ripetuti analizzati, pari allo 0,5%. Il 21,2% riguardava la Ginecologia di San Donà, seguita dalla Chirurgia di San Donà (19,2%) e da quella di Portogruaro (17,3%). Tutti i primi ricoveri erano programmati, il 75% dei ricoveri ripetuti era di tipo urgente. Il 21% dei primi ricoveri era stato effettuato in regime diurno. Il secondo ricovero, di tipo ordinario, era stato determinato dalle complicanze che si erano verificate durante il primo intervento. Un reintervento era stato effettuato nel 64% dei casi. 3 pazienti (6%) erano stati trasferiti in Rianimazione durante il secondo ricovero; 2 tuttavia avevano avuto un trasferimento in Rianimazione anche nel primo ricovero. Le diagnosi principali maggiormente riportate erano l'ematoma complicante un intervento (5,8%), emorragia della gola (7,7%), emorragia vescicale (3,8%). In due ricoveri è stato necessario un reintervento ortopedico di protesi per l'insorgenza di infezione. Nel 50% era intercorso un periodo di tempo uguale o inferiore ai 7 giorni tra i due ricoveri.

CONCLUSIONI

Lo studio ha costituito un valido strumento per una mappatura del rischio correlato ad alcune procedure chirurgiche ed indirettamente ha consentito di rilevare aree di miglioramento circa l'organizzazione dell'attività di ricovero e circa la qualità della codifica. Sono in corso con i referenti per la sicurezza del paziente di ogni Unità Operativa incontri per una disamina dettagliata di quanto l'indagine ha evidenziato. Inoltre riproponendo lo studio per l'anno in corso, sarà interessante rilevare se l'implementazione della check list per la sicurezza in Sala Operatoria determinerà una riduzione delle complicanze post operatorie.

ANALISI DELLA COMPOSIZIONE DEL COSTO DELLA PROCEDURA DI IMPIANTO DI PROTESI D'ANCA: IL CASO DELL'IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI

Laura Galletto - Vice Direttore Sanitario IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano

Umberto Restelli - Ricercatore Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale, Università Carlo Cattaneo – LIUC, Castellanza (VA)

Giuseppe Banfi - Direttore Scientifico IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano

Emanuele Porazzi - Ricercatore Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale, Università Carlo Cattaneo – LIUC, Castellanza (VA)

Marzia Bonfanti - Ricercatore Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale dell'Università Carlo Cattaneo – LIUC, Castellanza (VA)

Manuela Geroldi - Infermiera, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano

INTRODUZIONE

Basandosi su uno studio svolto presso l'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi (IOG), all'interno del Progetto di Ricerca Strategica Finalizzata del 2007 "Governance of the device acquisition processes and of the use: the case of hip prosthesis" è stato calcolato il costo sostenuto (full cost) dalla struttura per sottoporre i pazienti a impianto e reimpianto di protesi d'anca con un approccio di tipo bottom-up.

PAROLE CHIAVE

Activity Based Costing, Protesi, Processo

CONTENUTI

Il contenimento della spesa risulta essere un elemento ormai centrale all'interno del settore sanitario e che ha portato una responsabilizzazione di tutti gli attori operanti all'interno dello stesso. Per poter contenere i costi risulta essenziale innanzitutto operare una misurazione dell'assorbimento di risorse economiche relative all'erogazione dei servizi sanitari, per poi, in un secondo momento, poter individuare le voci di costo che risultano avere un impatto maggiore e che quindi necessitano un'analisi approfondita a livello gestionale. Il progetto di Ricerca finalizzata in oggetto ha portato le istituzioni coinvolte (IOG, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, CTO di Torino, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia Romagna, Centro Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale dell'Università Carlo Cattaneo – LIUC di Castellanza, Istituto Superiore di Sanità) ad effettuare un'analisi approfondita del processo di impianto e reimpianto di protesi d'anca per valorizzare economicamente le risorse utilizzate dalle tre Strutture coinvolte, per poi valutare, attraverso la creazione di un modello ad hoc, il valore di costo utilità relativo ad ognuna di esse. L'analisi dell'assorbimento di risorse economiche è stata svolta utilizzando la metodologia dell'Activity Based Costing. Questa metodologia prevede la parcellizzazione del processo oggetto di valutazione in fasi, e la valorizzazione puntuale dell'assorbimento di tutte le risorse impegnate per ogni fase (risorse umane, apparecchiature, attrezzature, esami di laboratorio, materiale impiantato, farmaci, materiale di consumo e ribaltamento dei costi indiretti) in cui è stato suddiviso il processo. In questo modo, riaggregando i dati raccolti, è stato possibile valutare la composizione percentuale del costo pieno dei processi presi in esame. In questa sede si è deciso di presentare i risultati relativi alla procedura di impianto di protesi d'anca non cementata, come riportato nella Tabella 1 (i valori di costo, comprensivi di IVA, si riferiscono all'anno 2008).

CONCLUSIONI

Risulta evidente come l'impatto percentuale maggiore sia legato all'impianto protesico (45,91%), seguito da personale medico (15,86%) e materiale di consumo (13,67%). L'attenzione delle figure apicali preposte al controllo della spesa dovrebbe concentrarsi, nel caso specifico, sul costo sostenuto per l'acquisto dell'impianto protesico. L'impatto percentuale di questa voce di costo risulta infatti avvicinarsi al 50% del costo dell'intera procedura (dalle visite pre ricovero al follow-up). Occorre sottolineare che il caso preso in esame risulta essere particolare. Infatti la struttura all'interno della quale è stata svolta l'indagine è un IRCCS privato, le cui modalità di acquisto e contrattazione possono risultare differenti rispetto a strutture di carattere pubblico. Inoltre l'Istituto è un centro di eccellenza in campo ortopedico con un notevole consumo di materiale protesico, il che ha un forte impatto sul volume di prestazioni erogate e sul potere contrattuale dello stesso.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

DAY SERVICE AMBULATORIALE: ATTIVAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE-CIACCIO" DI CATANZARO

Gallucci A*, Raffaele G*, Talarico F*, Pelle N*

**Direzione Medica di Presidio*

INTRODUZIONE

Il Day Service Ambulatoriale (DSA) costituisce un modello organizzativo finalizzato ad affrontare e risolvere problemi diagnostico-terapeutici che necessitino di prestazioni multiple integrate e/o complesse e che non richiedano sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata dei singoli accessi. Tale modalità assistenziale ha lo scopo di fornire un servizio più efficiente e tempestivo al cittadino, ottimizzando, contestualmente, l'uso delle risorse e pervenendo alla riduzione delle prestazioni "inappropriate" in regime di Day Hospital.

PAROLE CHIAVE

Day Service- Appropriatelyzza

CONTENUTI

In ottemperanza alla Deliberazione della Regione Calabria n° 726 del 06/10/2008, l'Azienda Ospedaliera ha proceduto all'attivazione del Day Service per le seguenti patologie: Ipertensione (DRG 134); Mal. Endocrine no cc (DRG 301); Mal. Fegato eccetto neoplasie mal., cirrosi ecc. (DRG 206); Disturbi Mestruali ed altri disturbi dell'App. Riproduttivo femminile (DRG 369); Esofagite, gastroent., miscellanea malattie apparato digerente (DRG 183 e 184); Diabete, età>35 (DRG 294); Difetti congeniti del metabolismo (DRG 299); Difetti della Coagulazione (DRG 397); Affezioni mediche del dorso (DRG 243); Convulsioni e cefalea età>17 no cc (DRG 025). Una volta definito l'elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali da includere nei PACC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Combinati) per ciascun DRG sopracitato si è provveduto a definire un percorso assistenziale al fine di rendere operativo il modello organizzativo del Day Service. Tale percorso prevede: 1) a seguito di quesito diagnostico formulato dal MMG o dal PLS su ricettario SSN, il Medico Specialista Ospedaliero, previa valutazione, attiva, previa compilazione di un'ulteriore impegnativa, il percorso assistenziale in Day Service del paziente indicando il DRG specifico del caso; 2) con tale impegnativa il paziente viene registrato all'Accettazione Amministrativa che emette un foglio di attivazione del Day Service indicante tutte le prestazioni necessarie alla conclusione dell'iter diagnostico con i giorni di effettuazione delle stesse; 3) il paziente effettua, nell'arco massimo di 30 giorni dall'attivazione del Day Service, tutte le prestazioni previste dal percorso assistenziale; 4) alla fine del percorso clinico-assistenziale il paziente viene inviato agli sportelli ticket per il pagamento della quota dovuta, derivante dalla somma delle tariffe delle singole prestazioni ricevute; 5) il medico responsabile dell'attivazione del Day Service Ambulatoriale provvede a redigere una relazione clinica conclusiva per il MMG o il PLS del paziente, consegnando, anche, tutti i referti delle prestazioni effettuate.

CONCLUSIONI

La realizzazione di tale modello organizzativo oltre a migliorare l'appropriatezza dell'uso delle risorse, incrementa la qualità del servizio reso all'utente, favorendo la continuità assistenziale e la soddisfazione del cittadino, in virtù, soprattutto, della contrazione dei tempi di attesa per la fruizione delle prestazioni e la limitazione dei relativi percorsi burocratici, con ottimizzazione della qualità della pratica clinica in Azienda, promozione di comportamenti assistenziali controllati (percorsi individuati e condivisi da specialisti in ambiti disciplinari trasversali) ed integrazione e confronto tra i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta ed i Medici Specialisti Ospedalieri.

VALUTAZIONE DELL'UTILIZZO DI UN SOFTWARE DI SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE NEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ZONA TERRITORIALE 9: MACERATA, TOLENTINO, TREIA.

B.M. Gentilozzi, C. Bagalini, G. Scaloni, S. Paolucci, M.R. Mazzocanti

Direzione Medica Ospedaliera, ASUR- Z.T.9 Macerata, Tolentino, Treia

INTRODUZIONE

Studi di prevalenza ed incidenza riportati in letteratura ci dicono che le infezioni ospedaliere (IO) colpiscono dal 4,5 al 7% dei pazienti ospedalizzati, con rilevanti ripercussioni in termini di morbidità e mortalità, nonché di spesa sanitaria. Spetta alla DMO definire le strategie e le procedure per la prevenzione e il controllo delle IO: lo strumento individuato dalla normativa è il CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere). L'attivazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica viene richiesta anche dai requisiti di accreditamento della regione Marche (L.R.20/2000).

PAROLE CHIAVE

Infezioni ospedaliere, sorveglianza.

CONTENUTI

Presso i presidi ospedalieri della Z.T.9 di Macerata è stato avviato dal 2008 un programma di sorveglianza e controllo degli "alert organism", microrganismi altamente diffusibili e/o ad elevata patogenicità, che si avvale del supporto del Laboratorio Analisi (sezione di Microbiologia Clinica): i risultati degli esami colturali costituiscono la fonte informativa per il riconoscimento di clusters epidemici e il monitoraggio delle resistenze agli antibiotici.

Viene utilizzato il programma Vigiact®, un software completo di batteriologia, che assicura la gestione delle analisi e la possibilità di impiego dei dati ai fini statistici ed epidemiologici.

Il software permette di:

osservare l'ecologia batterica

studiare l'evoluzione delle resistenze

sorvegliare i batteri multi-resistenti.

L'utilizzo dei dati è assicurato a mezzo di tre strumenti principali:

un questionario compilato dal referente infermieristico della U.O. dove si verifica l'infezione;

un generatore di richieste (selezione multicriteri)

un generatore di statistiche (produzione di liste, statistiche, grafici).

Il rilevamento è effettuato in tempo reale nel momento in cui i risultati vengono acquisiti dal Vigiact®. I dossier così individuati sono duplicati in basi di dati, specifici per IO e per batteri multi-resistenti (BMR).

I dossier vengono stampati ed inviati ai clinici che possono confermare o meno la natura dell'infezione; al ricevimento in ritorno del dossier l'inserimento delle informazioni cliniche complementari è assicurato dalle risposte ai questionari, che qualificano e completano le informazioni sull'infezione; la gestione dei dati è affidata all'infermiera del CIO.

Il programma confronta sulla base di criteri qualitativi la frequenza di apparizione di germi in un periodo dato, in rapporto a n periodi precedenti di durata identica. Ciò consente di evidenziare gli aumenti significativi e di lanciare l'allarme proponendo la lista degli esami in causa alle unità operative interessate.

Il programma calcola per uno o più antibiotici la percentuale di resistenza di un periodo dato e la confronta con i medesimi dati di n periodi precedenti, consentendo di monitorare la frequenza di resistenze e di lanciare gli eventuali allarmi.

CONCLUSIONI

L'utilizzo del software Vigiact® ha consentito di disporre di informazioni sulla tipologia dei microrganismi responsabili delle infezioni, i siti di infezione, le unità operative interessate, i clusters epidemici, le resistenze agli antibiotici. I dati acquisiti hanno consentito di rilevare le situazioni di allarme e di mettere in atto le opportune misure correttive. Il limite del sistema è dato dal non poter prescindere dall'esecuzione dell'esame colturale e dalla aderenza della risposta ai questionari da parte delle unità operative.

CONTRIBUTO AL CORRETTO USO DEI DISINFETTANTI E DEGLI ANTISETTICI PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

L. Giordano, , P. Ciaramella, M.R. Esposito, C. Parmeggiani, S. Ricciardelli, V.Rossi, A. Capasso

INTRODUZIONE

Le infezioni contratte in ambito ospedaliero continuano ad essere un problema rilevante in termini sanitari, sociali ed economici. In questa prospettiva il CIO (Comitato di controllo per le Infezioni Ospedaliere) dell'Istituto Nazionale Studio e Cura dei Tumori Fondazione "G. Pascale", nell'ambito di un programma di sorveglianza e prevenzione delle infezioni ospedaliere ha ritenuto opportuno elaborare e redigere una locandina a carattere divulgativo, di facile consultazione contenente le informazioni essenziali relative ai prodotti disinfettanti ad uso umano, al loro campo di impiego e alle procedure di diluizione e utilizzo, destinata ad essere distribuita a tutte le strutture cliniche dell'Istituto, per razionalizzare e migliorare sia l'appropriatezza d'uso, con l'obiettivo primario di contenere le infezioni ospedaliere, sia la spesa sanitaria. Infatti la correttezza delle indicazioni d'uso costituisce una condizione irrinunciabile per l'efficacia delle procedure stesse e per limitare l'eccesso dei costi derivanti dall'uso incongruo, e talora non necessario, di questi prodotti. Tali sforzi sono tuttavia destinati a rivelarsi insufficienti se non accompagnati da un lavoro di sensibilizzazione ed aggiornamento del personale di area sanitaria.

PAROLE CHIAVE

Disinfettanti, antisettici, infezioni ospedaliere.

CONTENUTI

E' stata effettuata una revisione dei prodotti in uso, comparandone sia l'efficacia sia i costi. E' stata quindi avviata un'indagine conoscitiva nell'ambito dell'Istituto vertente sulle fasi della decontaminazione, detersione e disinfezione dei dispositivi medici, lavaggio antisettico delle mani, antisepsi della cute integra, lesa e delle mucose e sui prodotti da utilizzare nelle varie fasi. Dall'analisi dei risultati sono emersi i punti critici su cui lavorare e le strategie da attuare. E' stato creato un gruppo di lavoro che ha elaborato e redatto una locandina che è stata presentata agli operatori dell'Istituto in anteprima al corso di formazione aziendale per la lotta alle infezioni ospedaliere, raccogliendo anche ulteriori suggerimenti e approfondimenti.

CONCLUSIONI

L'analisi dei prodotti in uso ha richiesto l'acquisizione di nuovi prodotti rispondenti alle linee guida sulla prevenzione delle ICPU e l'eliminazione di altri che non solo non erano corrispondenti alle evidenze scientifiche ma che, non essendo già pronti all'uso, inducevano notevole impegno organizzativo nella preparazione delle diluizioni. Dall'approfondimento in aula sono emerse diverse criticità sulla carente conoscenza dei prodotti in uso e sul loro impiego. E' stata quindi redatta una locandina definitiva sull'uso dei disinfettanti e degli antisettici, contenente le informazioni relative ai prodotti, al campo d'impiego e alle procedure operative. Copie della locandina sono state distribuite a tutti i servizi utilizzatori, affisse nei punti d'uso, per garantire l'uniformità degli interventi previsti e consentire agli operatori una immediata consultazione delle procedure di disinfezione in essere in Istituto.

DA FERRARA A CONA: PROGETTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEL TRASLOCO DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA S. ANNA

M. Giorgetti¹, R. Bentivegna¹, K. Montanari¹, P.M. Antonioli¹, E. Carlini¹

*1*Direzione Medica di Presidio, Az. Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è prossima al trasferimento nella nuova sede di Cona (FE). La necessità di traslocare parte delle attrezzature e degli arredi comporta una attenta programmazione dei tempi e delle modalità del trasloco per limitarne le criticità assistenziali.

PAROLE CHIAVE:

Trasloco, programmazione, progettazione.

CONTENUTI

Principi

Compattamento dei tempi del trasloco dei pazienti

Garanzia della continuità assistenziale nelle due sedi ospedaliere durante tutto il trasferimento

Ordine di Trasferimento: "prima le UU.OO. collegate con l'urgenza e poi le UU.OO. a prevalente attività programmata"
Preferibile trasferimento contemporaneo delle degenze di UU.OO. che nel nuovo ospedale a Cona occuperanno lo stesso Blocco strutturale

Tutte le nuove tecnologie devono essere già installate a Cona al momento dell'apertura

In occasione del trasferimento dei primi pazienti è necessario che siano attivi nel nuovo Ospedale a Cona:

La Radiologia di Pronto Soccorso per esecuzione di esami urgenti e programmati

Il Laboratorio Analisi

Trasporto pazienti e materiali tra il vecchio e il nuovo ospedale programmato/urgente

Collegamento in rete fra le due sedi ospedaliere

Il Centro Servizi e le macchine per il pagamento del ticket

L'accoglienza per le informazioni al pubblico

La distribuzione dei Farmaci

La sterilizzazione

La cucina, la telefonia, il servizio pulizie, una guardiana, il guardaroba

Il servizio interno Trasporti infermi e materiali

Il sistema Informatico e informativo

Servizio Tecnico, CED.

Modalità "tipo" di trasferimento delle U U.OO.

Sospensione attività programmata dell'U.O. interessata al trasloco

Garanzia della continuità assistenziale: identificazione del "reparto contenitore" con professionalità e strumenti in grado di accogliere e gestire il ricovero urgente da Pronto Soccorso

Trasferimento dell'intera U.O. e non per singola tipologia assistenziale

La sequenza di trasferimento di ogni U.O. è la seguente:

degenza (+ ev. Sala Operatoria)

D. H. + Ambulatori

Tempistica di trasferimento "tipo" delle degenze

1° settimana: sospensione dell'attività programmata

2° settimana: trasferimento dei pazienti non dimissibili in un reparto affine ("contenitore") che accoglie anche i pazienti in urgenza; predisposizione, imballaggio ed effettuazione del trasloco della degenza vuota

3° settimana: attivazione (attività urgente e programmata) del nuovo reparto a Cona.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

ATTIVAZIONE DI UN BLOCCO OPERATORIO: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CUNEO.

Guidoni C., Coletta G., Maggiorotto G., Pellegrino P., Garibaldi A., Azzan E.

Direzione Sanitaria di Presidio - Azienda Ospedaliera "S. Croce e Carle" - Cuneo

INTRODUZIONE

La sanità impone uno sforzo costante nel rinnovare gli ospedali nei loro aspetti strutturali e manageriali. La costruzione di un Blocco Operatorio deve, pertanto, prevedere un modello organizzativo centralizzato dell'attività chirurgica per ottimizzare le risorse.

PAROLE CHIAVE

Blocco Operatorio, gestione, informatizzazione.

CONTENUTI

La realizzazione del modello progettato presso l'Azienda Ospedaliera di Cuneo ha tenuto conto di elementi tecnico-strumentali, risorse umane, programmazione, informatizzazione.

E' stata eseguita la ricognizione dello strumentario chirurgico già presente ed integrabile nella nuova struttura operatoria e si è provveduto alla pianificazione delle strumentazioni necessarie affinché i nuovi ambienti operatori fossero simili, passaggio fondamentale per la programmazione centralizzata dell'attività chirurgica e l'interscambiabilità delle sale operatorie. Queste ultime presentano identiche soluzioni strumentali tali da garantire ogni tipologia di attività chirurgica venendo meno, così, il concetto di sala operatoria dedicata ad una sola specialità chirurgica. La realizzazione della *recovery room* garantisce migliore organizzazione dei flussi tra Strutture e Blocco Operatorio.

Il personale del Comparto ha aderito al nuovo modello organizzativo che prevede l'individuazione di due macro gruppi specialistici: chirurgia *torace-addome* (Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Urologia, Ginecologia) e chirurgia *testa collo ossa* (Ortopedia e traumatologia, ORL, Chirurgia Maxillo-Facciale, Chirurgia Plastica).

L'équipe del personale presente in sala è costituita da: strumentista, infermiere chirurgico e infermiere anestesio-logico.

E' consentita l'interscambiabilità dei ruoli salvaguardando la figura dello strumentista.

L'identificazione del materiale chirurgico consente la codifica degli interventi e la preparazione dei *kit* per ogni paziente. Per ogni intervento è stata pianificata una scheda contenente i presidi utilizzati. La composizione del *kit* consente l'ottimizzazione dei materiali, la tracciabilità e rintracciabilità. Si realizza un "flusso teso", di materiale che assicura l'approvvigionamento giornaliero riducendo scorte e richieste.

Da un punto di vista organizzativo il nuovo Blocco Operatorio è una Struttura Semplice nel contesto della Direzione Sanitaria di Presidio con funzioni di gestione e programmazione delle sedute operatorie unitamente al coordinamento dei medici anestesisti e del personale del Comparto. Il programma informatico adottato consente la gestione amministrativa e clinica dei materiali e degli strumenti utilizzati; è possibile, infatti, eseguire l'identificazione del paziente (*barcode*), gestire la cartella clinica, acquisire dati clinici *real time* e compilare il registro operatorio, pianificare il programma operatorio gestire i materiali e gli strumenti utilizzati.

CONCLUSIONI

Il Blocco Operatorio rappresenta un cambiamento culturale dell'organizzazione dell'attività chirurgica condizionata in particolare dalle risorse umane (personale, chirurghi, anestesisti) e da quelle tecnico-strumentali; entrambe sono autonome a livello organizzativo, ma interdipendenti e la loro gestione ne deve promuovere la massima sinergia per la riduzione dei tempi d'attesa e dei costi.

UN PROGETTO DI GOVERNANCE ETICA: LA COMUNICAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA E LO STRUMENTO DEL CONSENSO INFORMATO

Lalla M.*Costa R.*Ciaburro S.* Punzo A.**Golia G.**Cuzzolino M.L.*Fusco R.***.Pecci F.** Guida E.*

*ASL NA1 Centro

** ASL NA2 Nord

***Napoli

INTRODUZIONE

La caratterizzazione del Presidio Ospedaliero SS. Annunziata, quale unica struttura pediatrica dell'ASL NA 1 Centro e la consapevolezza che la relazione fiduciaria tra personale sanitario e paziente è il nucleo della pratica clinica hanno indotto la Direzione Medica Ospedaliera (D.M.O.) a pianificare un progetto teso alla valorizzazione della comunicazione interna, quale importante strumento di governance etica, con l'obiettivo di implementare la procedura del consenso informato in età pediatrica.

PAROLE CHIAVE

Comunicazione, consenso informato. Il Consenso informato è definito dal Comitato Nazionale di Bioetica "legittimazione dell'atto medico e allo stesso tempo strumento per realizzare quella ricerca di alleanza terapeutica nell'ambito delle leggi e dei codici deontologici e di una piena umanizzazione dei rapporti tra medico e paziente, a cui aspira la società attuale".

CONTENUTI

Il percorso che porta al consenso partecipato e condiviso in età pediatrica non può prescindere dalle seguenti considerazioni:

- il riconoscimento unanime, evidenziato da vari documenti a valenza nazionale ed europea, sulle competenze del minore a prendere e/o condividere decisioni che lo riguardano
- il progressivo contenimento dei poteri decisionali degli adulti nei confronti del minore, secondo gli attuali orientamenti del diritto minorile e della famiglia
- la peculiare condizione di evoluzione cognitiva caratterizzante l'età infantile tale da stimare: i sette anni l'età oltre la quale si ritiene necessario acquisire il consenso del minore ,oltre che quello dei genitori, i dodici anni,nell'età adolescenziale,il limite oltre il quale il consenso o dissenso può essere considerato consapevole

Altresì, il flusso di immigrate afferente alla struttura sanitaria, pone la necessità di attivare processi di mediazione culturale per concretizzare una relazione rispettosa dei valori etici legati all'etnia e promuovere la compliance ai trattamenti proposti. Le suddette criticità, trasformate dalla D.M.O. in opportunità, hanno guidato la progettazione di una sperimentazione organizzativa che ha il fine di coinvolgere il minore nel processo di formazione del consenso ai trattamenti sanitari .

Si illustrano,di seguito, le fasi del progetto :

- 1.definizione delle politiche e dei principi operativi da parte della D.M.O.
 - 2.identificazione della struttura organizzativa con individuazione dei soggetti coinvolti e le relative attribuzioni di compiti e responsabilità
 - 3.formazione sul campo per migliorare le competenze comunicative degli operatori sanitari
 - 4.strutturazione di procedure operative quali modelli comportamentali a cui attenersi al fine di rendere omogenee le modalità di comunicazione ,pur nel rispetto delle specificità dei singoli casi.
- Tali procedure,opportunamente condivise e solo successivamente divulgate ed applicate, contribuiranno a conferire trasparenza ai processi decisionali .
- 5.standardizzazione di strumenti operativi con relativi indicatori che consentano nel tempo la verifica del raggiungimento degli obiettivi.

CONCLUSIONI

La realizzazione di questo progetto, attraverso la valorizzazione della comunicazione, nel riequilibrare il rapporto medico paziente, attualmente permeato da molteplici conflittualità, può contribuire anche a ridurre il ricorso alla medicina difensiva.

L'HTA A SUPPORTO DELLA RIORGANIZZAZIONE DEL PATRIMONIO TECNOLOGICO DI UN'AZIENDA OSPEDALIERA: IL PROGETTO DELL'A.O.R.N. "A. CARDARELLI" DI NAPOLI

Emiliana Lauro*, **Fortunato Cirillo****, **Santolo Cozzolino*****, **Giovanni Improta°**, **Antonio Mancini*****

° *Ingegnere Biomedico, Università degli Studi di Napoli "Federico II";*

** *Studente del Corso di Laurea in Ingegneria Biomedica, Università degli Studi di Napoli "Federico II";*

*** *Centro di Biotecnologie A.O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli;*

° *Ingegnere Gestionale, Dottorando in "Economia e management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie" - XXIII ciclo - Università degli Studi di Napoli "Federico II";*

INTRODUZIONE

L'introduzione nelle strutture sanitarie e ospedaliere di un numero crescente di apparecchiature biomedicali e la loro sempre più spinta sofisticazione ha reso evidente la necessità di introdurre uno strumento in grado di valutare, al fine di dichiararne l'eventuale dismissione per garantire una corretta riorganizzazione del parco tecnologico di qualsivoglia struttura sanitaria. Il punto di partenza per l'elaborazione del progetto è stato il patrimonio tecnologico del Centro di Biotecnologie dell' A.O.R.N. "A. Cardarelli".

PAROLE CHIAVE

HTA, dismissione.

CONTENUTI

Il protocollo realizzato è il presupposto indispensabile per determinare l'eventuale dismissione delle apparecchiature biomedicali per evitare inutili sprechi sia di risorse che di denaro. Il protocollo elaborato si basa sui seguenti criteri di classificazione:

sicurezza;

aspetti etici-legali-sociali;

aspetti organizzativi;

aspetti economici;

aspetti tecnologici e tecnici.

Il valore numerico, che classifica l'apparecchiatura, determina se la stessa risulta pienamente rispondente ai criteri oppure se la stessa si trova in:

Fuori Uso indifferibile: inutilizzabile per irreparabilità o grave antieconomicità nella riparazione a seguito di un intervento tecnico di manutenzione correttiva.

Fuori Uso programmato: utilizzabile in modo sicuro pur avendone previsto la sostituzione nel piano degli investimenti, essenzialmente a causa di obsolescenza tecnica e/o funzionale.

La Check-List realizzata permette di ottenere i valori delle valutazioni di tutti i parametri in esame. Il compilatore della Check-List deve limitarsi ad esprimere una valutazione soggettiva o selezionare la risposta più corretta tra le varie possibilità corrispondenti ad un punteggio prefissato, oppure riportare i dati richiesti.

La Check-List è strutturata in 5 insiemi corrispondenti ai criteri di classificazione articolati in un numero fissato di parametri. Per ogni parametro j deve essere determinata una votazione V_j , per ogni insieme i deve essere determinata una votazione V_i , media aritmetica delle votazioni V_j ottenute per i singoli parametri j che lo costituiscono, ed un peso P_i (espresso in percentuale) legato alla preponderanza che del singolo insieme. La votazione V può variare in una scala di valori compresi tra 1 e 10. I pesi sono stati ottenuti con il metodo del confronto a coppie che consente di attribuire a valori di tipo qualitativo (livello di importanza), valori di tipo quantitativo (valori numerici). Si vuole poi che la classificazione fornisca un numero, C , da 1 a 10.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

RUOLO DEL RESPONSABILE DI ORGANIZZAZIONE MEDICA DI DIPARTIMENTO OSPEDALIERO – ESPERIENZA NELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

C. Lazzari, F. Raggi, R. Bernardi, V. Carnuccio, A. Longanesi, M.T. Montella,
V. Nardacchione, A. Rossi, A. Suppressa
Azienda USL di Bologna

PAROLE CHIAVE

Dipartimento Ospedaliero, Direzione Medica Ospedaliera, organizzazione

INTRODUZIONE

L'organizzazione dei Dipartimenti Ospedalieri dell'Azienda USL di Bologna rispecchia un modello organizzativo sperimentale, ideato durante il percorso di unificazione delle tre precedenti aziende e presenta caratteristiche peculiari nell'ambito della Sanità nazionale.

L'analisi dei primi 6 anni di gestione, svolta dai Dirigenti Medici responsabili dell'Organizzazione (**DMO**), si focalizza sugli elementi di forza e di debolezza emersi dall'esperienza "sul campo".

CONTENUTI

I Dipartimenti Ospedalieri individuati nella Azienda USL sono • Chirurgico • Emergenza • Materno Infantile • Medico • Neuroscienze • Oncologico • Servizi • Igienico Organizzativo e rappresentano strutture organizzative con autonomia gestionale, articolate trasversalmente su tutti 9 ospedali aziendali, con l'obiettivo di garantire servizi a livelli omogenei di qualità ed accessibilità.

Il DMO rappresenta il punto di riferimento prioritario per il Direttore di Dipartimento in ordine alla gestione dei processi organizzativi ed alla promozione di modelli gestionali innovativi. A differenza delle usuali organizzazioni, i DMO non afferiscono alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, ma sono inseriti nei Dipartimenti in stretta dipendenza gerarchica dal Direttore. Sebbene anche il responsabile amministrativo e il Responsabile SATeR (servizio assistenziale tecnico e riabilitativo) rispondano gerarchicamente al Direttore di Dipartimento, queste due figure mantengono tuttavia un'afferenza funzionale rispettivamente alla Direzione Amministrativa ed alla Direzione infermieristica aziendale.

PUNTI DI FORZA

Integrazione tra DMO e Direttore di Dipartimento

Organizzazione interna del Dipartimento e partecipazione al disegno strategico

Le relazioni professionali

Crescita dell'expertise

PUNTI DI DEBOLEZZA

Assenza di sistemi strutturati di coordinamento trasversale

Scarsa esportabilità del modello

Ruolo dei Direttori di Dipartimento e conflitti di interesse

Assenza di scuole o corsi specifici di formazione professionale

Scarse possibilità di progressione di carriera

Debole ruolo degli Ospedali nel loro contesto locale

CONCLUSIONI

Le organizzazioni sanitarie stanno passando, da una gestione indifferenziata, ad una capace di cogliere le unità dei molteplici interlocutori interni ed esterni; in questo contesto l'esperienza innovativa dei medici di organizzazione affiancati ai clinici prospetta indubbi aspetti di crescita professionale ed alcune criticità. Per il buon funzionamento dei dipartimenti, secondo la nostra esperienza, la tecnostruttura al vertice del Dipartimento (Direttore, DMO, Referente infermieristico SATeR e responsabile amministrativo) deve condurre un gioco di squadra condividendo valori di riferimento, norme sociali ed etiche, superando rivendicazioni di ruolo spesso presenti nelle organizzazioni precedenti.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

RAPPORTO TAGLIO CESAREO/PARTO VAGINALE ANALISI DEL FENOMENO E RISVOLTI MEDICO-LEGALI. STUDIO RETROSPETTIVO 1998 – 2008

°Leanza V. Coco G.*; Castriciano G. Cunsolo R.*

*Direzione Medica P.O. Vittorio Emanuele — °Clinica Ostetrica e Ginecologica - Università di Catania
AOU "Policlinico - Vittorio Emanuele" di Catania.

PAROLE CHIAVE

Taglio cesareo – Contenziosi

INTRODUZIONE

Il parto vaginale nel corso dell'ultimo decennio ha subito un decremento statistico a vantaggio del taglio cesareo, che si è imposto soprattutto nei paesi più industrializzati.

Numerose sono le cause che hanno determinato l'aumento della frequenza al ricorso del taglio cesareo; una delle più evidenti è da ricercarsi nei contenziosi medico-legali a carico del medico, in ragione di cause intentate da parte di pazienti per danni fetali o materni legati al mancato ricorso al parto laparotomico.

CONTENUTI

Un costante monitoraggio del fenomeno ha consentito di esaminare sia la tipologia e la casistica dei contenziosi in Ostetricia e Ginecologia, sia l'andamento del rapporto esistente tra parti spontanei e parti cesarei nel periodo 1998 – 2008. In particolare, attraverso uno studio retrospettivo i parti registrati nelle UU.OO. dell'area ostetrica sono risultati essere n. 40.587, di cui n.18.446 (il 45.4%) parti vaginali e n° 22.141 (il 54.6%), come si evince anche dalle Tabelle 1 e 2.

CONCLUSIONI

Dalla casistica aziendale si può rilevare come l'incremento del ricorso al taglio cesareo inizi a partire dall'anno 2000 fino alla inversione del rapporto a partire dal 2002, momento in cui i tagli cesarei superano quelli vaginali; crescita che si mantiene in costante aumento fino al 2008.

Da un'approfondita disamina dei contenziosi registrati per l'area dell'Ostetricia si è avuto modo di evidenziare come su n. 35 casi di essi ben n.18 (oltre il 50%) abbia avuto origine a causa di problematiche legate al taglio cesareo non eseguito o eseguito in ritardo. Le conseguenze oggetto di tali contenziosi hanno riguardato: n.6 casi di decesso, n.4 casi di paralisi ostetrica, n.4 casi di asfissia neonatale con sequele neurologiche, n.2 casi di fratture ossee, n.1 caso di emorragia intracranica ed, infine, n.1 caso di ematoma subdurale.

A tale punto viene da chiedersi se l'aumento dei tagli cesarei possa influire sul numero dei contenziosi medico-legali. Dalla nostra valutazione si può evincere che il taglio cesareo, opportunamente eseguito sulla scorta ed in ragione di appropriate e valide indicazioni cliniche, rappresenti un cofattore importante, in quanto può evitare le complicanze derivanti da un parto vaginale indaginoso. È pur vero che la paura di possibili contenziosi può spingere gli ostetrici al ricorso alla chirurgia difensiva, determinandosi in tal modo l'effetto paradossale sulla scelta del parto che offra meno rischi. Inoltre, l'analisi dei risultati porta alla considerazione che la riduzione dei contenziosi in questi ultimi anni non sia solo riconducibile all'incremento della via laparotomica per l'espletamento del parto, ma anche ad una politica più attenta ad eliminarne le cause. Si ritiene pertanto considerare l'osservatorio epidemiologico adottato, l'uso di nuovi protocolli di sterilizzazione e l'impiego delle linee guida assistenziali come l'applicazione di elementi fondanti per la corretta gestione del rischio clinico in Ostetricia.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

UN'ESPERIENZA DI GESTIONE CENTRALIZZATA DEL DAY SERVICE OSPEDALIERO.

Maggiorotto G., Guidoni C., Pellegrino P., Garibaldi A., Coletta G., Vivalda A., Azzan E.

Direzione Sanitaria di Presidio - Azienda Ospedaliera "S. Croce e Carle" - Cuneo

INTRODUZIONE

Il Day Service è un servizio attraverso il quale la struttura ospedaliera è in grado di offrire un vero e proprio *pacchetto* di prestazioni ambulatoriali permettendo al paziente di essere inquadrato in breve tempo dal punto di vista clinico-diagnostico. Tale *pacchetto* viene costituito attraverso la preliminare definizione di protocolli diagnostico-assistenziali di relativa semplicità e standardizzazione.

Il Day Service chirurgico comprende una serie di prestazioni erogate preliminarmente al ricovero ordinario o a quello in regime di Day Surgery; è disposto dal medico specialista a seguito della visita ambulatoriale in previsione dell'intervento chirurgico. Il paziente, usufruendo di questo servizio, ha la possibilità di effettuare in un'unica giornata gli esami pre-operatori (ematologici e radiologici, elettrocardiogramma, visita anestesiológica, etc.) e ottenere le consulenze necessarie ad una corretta valutazione del suo quadro clinico in relazione all'intervento programmato. Il Day Service, peraltro, contribuisce alla riduzione della degenza pre-operatoria con un miglioramento della performance aziendale in termini di appropriatezza.

Il Day Service diagnostico consiste nell'effettuazione di una serie di prestazioni ambulatoriali in un tempo ristretto, allo scopo di ottenere rapidamente le informazioni necessarie a formulare la diagnosi.

PAROLE CHIAVE

Day Service chirurgico, Day Service diagnostico

CONTENUTI

Attualmente prestano servizio in Day Service un'assistente sanitaria coordinatore, otto infermiere e un operatore socio-sanitario; i locali utilizzati comprendono un'accettazione, una postazione per i prelievi, cinque ambulatori e una sala d'attesa. I pazienti provengono sia dall'area chirurgica che da quella medica (Tabella n° 1). Per quanto riguarda le Strutture chirurgiche, vengono effettuati gli esami pre-operatori e la visita anestesiológica, se prevista; relativamente alle Strutture mediche, i pazienti accedono con il quesito diagnostico compilato dal medico specialista ed il personale del Day Service provvede alla prenotazione degli esami, al ritiro dei referti ed all'invio degli stessi alla Struttura proponente, evitando quindi all'utente code ai vari sportelli. Vengono, inoltre, fornite ai pazienti tutte le informazioni necessarie per la preparazione e l'esecuzione degli accertamenti diagnostici. Il servizio è attivo tutti i giorni feriali (lunedì-venerdì) dalle ore 7.00 alle ore 18.00. Dopo il controllo dei dati anagrafici, i pazienti vengono chiamati per eseguire il prelievo ematico, l'elettrocardiogramma, la radiografia del torace ed eventuali altri esami strumentali (ecografia, TAC, etc). Nel caso siano necessari ulteriori accertamenti e/o consulenze (es, visita specialistica cardiologia o diabetologica) si provvede contestualmente alla loro prenotazione.

CONCLUSIONI

L'attività del Day Service è iniziata alla fine del 2000 con un numero limitato di pazienti; tale numero è man mano aumentato fino a superare i 14.500 accessi registrati nel 2009 (Tabella n° 2). Indicativamente nel servizio di Day Service transitano dai 50 ai 60 pazienti al giorno. Il vantaggio del servizio è rappresentato dalla possibilità di programmare gli esami limitando il più possibile il numero degli accessi ed il conseguente disagio ai pazienti (l'87% esaurisce il proprio percorso con un unico accesso).

ISTRUZIONE DEL P.O. DI PISTOIA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA PREOPERATORIA IN CHIRURGIA

Mannelli D., Corsini G., Procopio T., Lupi C.

Azienda USL 3 di Pistoia

INTRODUZIONE

L'obiettivo prioritario della profilassi antibiotica preoperatoria è quello di concorrere alla riduzione della morbosità e mortalità correlata prevalentemente alle ISC (Infezioni Sito Chirurgico) tramite la riduzione della carica microbica del campo operatorio ad un livello più facilmente controllabile dalle difese del paziente operato.

La profilassi antibiotica nei pazienti chirurgici ha lo scopo di:

Ridurre l'incidenza di infezioni del sito chirurgico

Razionalizzare l'uso degli antibiotici sulla base delle evidenze scientifiche

Ridurre il rischio di insorgenza di antibiotico-resistenze batteriche

PAROLE CHIAVE

Infezioni ospedaliere; antibiotico profilassi.

CONTENUTI

L'istruzione operativa del Presidio ospedaliero di Pistoia, adottata nel mese di aprile 2010, è stata predisposta con il fine di uniformare i comportamenti e deve essere applicata in tutte le UU.OO. del Presidio nei pazienti che in condizioni standard, si sottopongono ad intervento chirurgico.

Il documento prevede la analitica schematizzazione dell'utilizzo degli antibiotici sulla base dell'analisi di alcuni fattori:

i batteri responsabili delle infezioni del sito chirurgico,

la sede dell'intervento,

le caratteristiche farmacocinetiche dell'antibiotico,

la presenza di eventuali allergie agli antibiotici,

la tossicità intrinseca del farmaco e le sue possibili interazioni,

l'efficacia dimostrata in studi clinici controllati randomizzati,

gli effetti sull'ecosistema,

il costo,

l'età pediatrica,

la gravidanza.

Vengono inoltre identificate le responsabilità degli operatori coinvolti. Il **chirurgo** prescrive nella Scheda Terapeutica Unica (STU) l'antibiotico profilassi attenendosi allo schema proposto nel protocollo e provvede ad annotare in cartella clinica le motivazioni dell'eventuale non adesione all'istruzione operativa. L'**anestesista** in sala operatoria verifica la presenza di eventuali allergie e la corretta adesione all'istruzione operativa e riporta nella scheda anestesilogica la conferma alla prescrizione e l'avvenuta somministrazione. L'**infermiere** effettua la somministrazione dell'antibiotico e registra l'orario e l'avvenuta somministrazione nella Scheda Terapeutica Unica (STU), con le modalità proprie del documento.

Poiché la responsabilità della prescrizione è del chirurgo, un eventuale disaccordo fra i professionisti verrà risolto lasciando la decisione al chirurgo stesso, annotando la divergenza nella scheda anestesilogica.

Le indicazioni operative prevedono l'articolazione in schede per ciascuna specialità chirurgica. In ciascuna scheda vengono analizzate le singole tipologie di intervento, per le quali sono indicati il grado di raccomandazione, la forza ed il livello delle prove. Per ciascun tipo di intervento, poi, viene proposto il regime di profilassi e l'alternativa per pazienti allergici ai β -lattamici. A titolo di esempio, si riporta la scheda relativa alla chirurgia del colon:

(Segue sul sito www.anmdo.org)

QUALITÀ E SICUREZZA NELL'ALLESTIMENTO CENTRALIZZATO DEI TRATTAMENTI ONCOLOGICI

§Liliana Marangon, *Ruzza Raffaella, *Morosini Eleonora, *Sturaro Chiara, §Pierotti Silvia, *Ferrarese Annalisa

* Farmacia Ospedaliera Azienda ULSS 18 del Veneto – Ospedale di Rovigo

§ Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Azienda ULSS 18 del Veneto – Ospedale di Rovigo

PAROLE CHIAVE

Rischio clinico, antitumorali, UFA

CONTENUTI

La centralizzazione in farmacia dell'allestimento di antitumorali nell'Az.ULSS di Rovigo ha creato le condizioni per lo sviluppo di un percorso di interazione multidisciplinare, nel comune interesse di migliorare la qualità e la sicurezza e di istituire un registro epidemiologico dei pazienti chemioterapizzati. In Italia la Raccomandazione n.7 emanata dal Ministero della Salute è finalizzata a prevenire l'errore in terapia attraverso la corretta gestione del farmaco in tutte le sue fasi. Il rischio di errore terapeutico in ambito oncologico ha promosso lo sviluppo di sistemi di controllo e prevenzione al fine di garantire la sicurezza del paziente e di assicurare la protezione del personale che manipola gli antitumorali. L'allestimento centralizzato degli antitumorali rappresenta in questo senso un importante strumento per la prevenzione dell'errore in terapia. Nel 2002 è stata attivata presso la Farmacia Ospedaliera l'Unità Farmaci Antitumorali (UFA) per l'allestimento centralizzato dei citotossici, secondo un progetto che vede coinvolte Farmacia, Oncologia e Direzione Medica. Questo approccio multidisciplinare ha consentito di definire una metodologia di lavoro condivisa, in grado di valorizzare l'attività di *compounding* non solo per gli indubbi vantaggi strettamente tecnici (sicurezza del paziente, dell'operatore e ambientale), ma anche quale occasione di sorveglianza epidemiologica sui bisogni terapeutici e assistenziali del paziente oncologico.

SCOPO DELLO STUDIO

Identificare i pazienti chemioterapizzati, distribuiti per età-sesso-patologia

Descrivere i regimi terapeutici più utilizzati, in relazione a patologia e stadio di malattia

METODI

E' stato preliminarmente creato un *database* dei protocolli di terapia specifica applicati presso l'Oncologia Medica, supportandolo con riferimenti bibliografici. Dopo validazione collegiale, i protocolli sono stati inseriti nel software "CytoSIFO II" utilizzato per l'allestimento. I dati presentati derivano dall'attività del 2008-2009.

RISULTATI

Nel periodo analizzato, i pazienti chemioterapizzati sono stati 1556 (775 nel 2008 e 791 nel 2009). Di questi, 228 erano pazienti oncoematologici, mentre 1366 sono stati trattati per tumori solidi, equamente distribuiti per sesso. La distribuzione per età dimostra un differente profilo nei due setting: in ematologia i pazienti >75 anni sono i più rappresentati (71/228=31%) per il trattamento del mieloma multiplo, mentre la classe 35-65 anni è maggiormente trattata per i tumori solidi (626/1338 = 47%).

Coerentemente con l'epidemiologia attesa, la patologia più frequente è il Ca colonretto (326/1338 = 24%). Nella popolazione maschile essa rappresenta la patologia più chemioterapizzata (30%), seguita dai tumori del polmone (25%) e del tratto genito-urinario (16%).

(Segue sul sito www.anmdo.org)

LA CARTELLA CLINICA INTEGRATA: IL LAVORO DI UN GRUPPO DI MIGLIORAMENTO

L. Marinelli, C. Bagalini, B.M. Gentilozzi, G. Scaloni, S. Paolucci, M.R. Mazzocanti

Direzione Medica Ospedaliera ASUR – zt 9 Macerata – Tolentino – Treia

INTRODUZIONE

La cartella clinica è uno strumento essenziale per gestire e documentare un processo assistenziale complesso quale quello relativo ad un ricovero ospedaliero; la registrazione sulla cartella di tutte le azioni, i processi, gli avvenimenti relativi ad un ricovero è fondamentale per assicurare trasparenza e chiarezza nella erogazione di prestazioni. La integrazione delle diverse competenze professionali che partecipano al processo di cura, rappresenta uno strumento formativo molto efficace, in quanto consente uno sviluppo culturale di tutti gli attori interessati, con conseguente significativo miglioramento della efficienza e della efficacia delle cure.

PAROLE CHIAVE

Documentazione clinica – qualità

CONTENUTO

L'obiettivo è stato rilevare le criticità riguardanti il sistema documentale, definire il modello cartaceo di cartella clinica integrata in uso presso i presidi ospedalieri della zona territoriale 9, stabilire le regole di compilazione, la modalità di conservazione all'interno del reparto fino alla consegna all'archivio centrale.

Dal 2008 è stato istituito un gruppo di miglioramento che si è occupato della rilevazione dello stato dell'arte della documentazione clinica del paziente ricoverato e dell'adeguamento dei modelli esistenti alle esigenze attuali. Prima di adottare il nuovo modello, sono state valutate 200 cartelle dell'anno 2009 con estrazione casuale tra quelle predisposte per la fotocopia. La griglia di valutazione utilizzata ha preso spunto dal Decreto 207/SOP_04 del Servizio Salute Regione Marche: "adozione di Linee guida per la corretta compilazione, gestione, custodia e archiviazione della documentazione sanitaria con particolare riferimento alla cartella clinica e al registro operatorio."

La maggiore criticità si è rilevata nella mancanza di identificazione del redattore nel diario clinico e nella scheda di terapia. La revisione del modello cartaceo ha tenuto conto di queste anomalie e ha dedicato particolare attenzione nella elaborazione della scheda unica di terapia prevedendo appositi spazi evidenziati in grigio per la firma del medico prescrittore e dell'infermiere somministratore. Il nuovo modello elaborato dovrebbe soddisfare anche le esigenze della Certificazione per quei reparti che hanno intrapreso il percorso. Anche la documentazione infermieristica è stata rivista con lo scopo principale di eliminare tutto ciò che era già presente nella parte medica in modo da avere un documento integrato elaborato da più professionisti. La ripetizione della stessa informazione in parti diverse della cartella si era rilevata in passato fonte di errore e di rischio. Parallelamente ai modelli cartacei è stata elaborata la procedura di compilazione della cartella clinica integrata.

CONCLUSIONI

la DMO eserciterà le sue funzioni di stimolo e di controllo continuo della qualità affinché l'implementazione dei nuovi modelli risulti efficace. Ulteriori controlli sulla completezza rileveranno se la variazione si sentirà come qualità della documentazione.

LESIONI DA PRESSIONE: DALLA FOTOGRAFIA DEL PROBLEMA ALLA PROCEDURA DI PREVENZIONE E CURA

M.R. Mazzocanti, C. Bagalini, M. Sigona°, A. Minnucci*, G. Scaloni, S. Paolucci, C. Carpano G. Mancini****

Direzione Medica Ospedaliera ASUR – Z.T. 9 Macerata, Tolentino, Treia

*° U.O. Dermatologia, *Servizio Farmacia Ospedaliera, **U.O. Geriatria*

INTRODUZIONE

“Le lesioni da decubito determinano sofferenza umana, prolungamento dell’ospedalizzazione, rischio di infezioni, aumento dei costi di degenza, ricoveri ricorrenti con aumento delle giornate di degenza. Prevenirle significa adottare comportamenti e strumenti corretti, talora frutto di avanzate tecnologie”. J. Ovretveit docente di politiche sanitarie e management alla Nordic School of Public Health di Bergen (Svezia)

La lesione da decubito è un evento avverso frequente nel processo assistenziale, ma è prevedibile e prevenibile. Il PSR 2003/2005 all’interno del Macroobiettivo 4 elenca tra le azioni atte a qualificare il sistema dell’offerta: “i sistemi di sicurezza e protezione dei pazienti, le buone pratiche professionali” e mette la prevenzione delle lesioni da decubito tra gli obiettivi prioritari nell’area del Risk management.

PAROLE CHIAVE

Lesioni da pressione, prevenzione, prevalenza.

CONTENUTI

Nel novembre 2008 la DMO si è fatta promotrice di una rilevazione di prevalenza delle lesioni da decubito presso le unità operative di cardiologia-UTIC, chirurgia, geriatria, malattie infettive, medicina, medicina d’urgenza, nefrologia, neurologia, ortopedia, pneumologia-terapia subintensiva, rianimazione, urologia, medicina e nefrologia di Tolentino; lungodegenza e riabilitazione di Treia. Sono rimaste escluse le unità operative che ospitano pazienti autonomi, non a rischio di contrarre lesioni da decubito.

La rilevazione si è svolta in un solo giorno e ha riguardato pazienti adulti consenzienti, in ricovero ordinario. La metodologia prevedeva la osservazione diretta del paziente, esame della documentazione clinica e intervista al coordinatore dell’unità operativa. Le condizioni di rischio del paziente sono state rilevate con l’indice di Norton modificato secondo Stotts; le lesioni sono state valutate con la scala EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) alla quale è stata aggiunta la voce “escara” da utilizzare nel caso in cui la presenza di escara non consentisse la valutazione del grado. Non sono state considerate le lesioni ma il paziente lesionato. In caso di più lesioni sullo stesso paziente si è considerata la più grave. La rilevazione è stata condotta da un gruppo di 14 infermieri provenienti da diverse unità operative, appositamente addestrati, rispettando il seguente criterio: i rilevatori hanno operato in unità operative diverse da quella di appartenenza.

Sono stati valutati 269 pazienti di età media di 73 anni. I pazienti con età superiore a 65 anni sono l’81%. Sono risultati a rischio 102 pazienti, le lesioni riscontrate sono state 36 di cui 9 di primo grado, 13 di secondo, 7 di terzo, 1 di quarto e 6 con escara.

CONCLUSIONI

Nel 2009 è stato organizzato un gruppo di lavoro costituito da medici, infermieri, dietista, farmacista con l’obiettivo di elaborare programmi di controllo e di riduzione delle lesioni da decubito. Il gruppo ha prodotto una procedura di Prevenzione e cura delle lesioni da pressione e ha curato la formazione del personale sanitario ospedaliero sull’argomento.

LA CASA DA PARTO PRESSO L'AZIENDA ULSS 18 DI ROVIGO

Melagrani S*, Brusaferrò M*, Fenzi F*, Maccari A*, Ricchiero D*, Pierotti S*, De Pieri P**

* ULSS 18 Rovigo - Direzione medica presidio ospedaliero

** ULSS 18 Rovigo - SOS Qualità e accreditamento

PAROLE CHIAVE

Casa da parto, demedicalizzazione della nascita

INTRODUZIONE

Scopo della comunicazione è di descrivere l'esperienza della Casa da parto attivata presso l'Ospedale San Luca di Trecenta dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo.

CONTENUTI

La Casa da parto è una struttura per la demedicalizzazione della nascita, che si inserisce a pieno titolo all'interno delle linee guida contenute nel Documento elaborato nel 1996 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in merito all'assistenza al parto fisiologico e al parto naturale.

L'ipotesi di una Casa da parto inserita in una struttura ospedaliera, rispetto alla Casa da parto posta sul territorio, garantisce, accanto ai requisiti di privacy e comfort, la sicurezza di una immediata contiguità con una struttura sanitaria propriamente detta, che presenta adeguati livelli di efficacia operativa in caso di possibili situazioni critiche per la madre e il bambino non preventivabili in precedenza. L'intimità di un ambiente domestico, accogliente e protetto, insieme alla professionalità della struttura ospedaliera, consente di favorire la centralità di madre e bambino, il bonding familiare e la socializzazione della maternità.

La Casa da Parto dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo risulta collocata all'interno dell'Ospedale San Luca di Trecenta, con un accesso diversificato da quello del contiguo reparto ostetrico-ginecologico. La sua collocazione nel presidio ospedaliero raggiunge le finalità appena sopra esplicitate, riunendo le esigenze di naturalità del parto con le esigenze di sicurezza e di eventuale ricorso alla tecnologia ospedaliera.

La Casa da parto di Trecenta risulta strutturata secondo le seguenti tipologie di ambienti:

tre unità abitative, costituite da soggiorno con camera da letto, salotto e bagno per le partorienti e i familiari; una unità abitativa è dotata inoltre di apposita vasca per il travaglio in acqua e di accessori per favorire le diverse tipologie di travaglio;

locale con vasca per travaglio (e parto) in acqua, dotata di vasca con idromassaggio e sedia da parto;

locale soggiorno comune, con punto cottura;

piccolo giardino terrazzato all'aperto, arredato con sedie e tavolini;

ambulatorio per la gravidanza fisiologica;

reception.

La Casa da parto prevede la presenza di personale ostetrico dedicato. Il supporto medico viene invece garantito dal personale del reparto di Ostetricia e ginecologia, con eventuali consulenze delle altre specialità presenti nell'Ospedale di Trecenta. Per regolamentare le attività della Casa da parto sono stati elaborati specifici protocolli clinico-assistenziali e organizzativi.

CONCLUSIONI

Nei primi 8 mesi di attività della Casa da Parto sono stati effettuati 20 parti, con buoni risultati sia in termini clinici che di gradimento da parte degli utenti.

La Casa da Parto si propone pertanto come luogo di ricerca e modello di una ostetricia demedicalizzata e orientata all'empowerment della donna, mentre anche il partner diventa soggetto partecipe e protagonista dell'evento. Questa scelta risponde all'opportunità di realizzare in un contesto ospedaliero un progetto che risponde a principi di naturalezza e demedicalizzazione del parto.

IL SISMA IN ABRUZZO: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE S.SALVATORE

Micolucci G.*,Mucciante M.V.*, Nisii A.*, Liris G.Q.*, Martinez V.****

**Direzione Sanitaria P.O. S. Salvatore L'Aquila*

***Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi dell'Aquila*

Questo lavoro intende focalizzare la criticità del ruolo svolto dal P.O. S. Salvatore a seguito dell'evento sismico di magnitudo Richter (ML) 5,8 e magnitudo momento (Mw) 6,3 che ha colpito il territorio dell'Aquilano il 6 Aprile 2009.

Viene descritta e analizzata criticamente l'esperienza dell'emergenza intra-ospedaliera, articolatasi nella necessità di accettazione di un elevato numero di pazienti (maxiemergenza) e nella contestuale necessità di rispondere a eventi interni che hanno comportato l'evacuazione della struttura.

L'improrogabile necessità di continuare ad erogare assistenza sanitaria, rispondendo alle problematiche emergenti di una popolazione distribuita in oltre 100 campi di accoglienza, con il mantenimento di una operatività ridotta e preservando al massimo le condizioni di sicurezza del paziente, si è potuta realizzare dapprima grazie alla connessione funzionale e strutturale con le risorse messe a disposizione dal Dipartimento di Protezione civile nazionale e in particolare grazie all'allestimento dell'ospedale da campo ARES Marche (6/04/2009-06/06/2009). Vengono focalizzate le criticità logistiche relative a tale fase, l'operatività sinergica dell'organico del P.O. S. Salvatore con i soccorritori, la sfida della tutela del paziente cronico (pazienti diabetici, dializzati, oncologici), nell'integrazione dinamica con il territorio. Infine si rappresenta la graduale opera di ricostruzione, con riapertura di alcune aree del P.O. S. Salvatore a partire dal 01/06/2009 e la contestuale rimodulazione e la progettazione delle attività ospedaliere.

IL PROGETTO PASS: L'ESPERIENZA PIEMONTESE.

Minniti D*, Grosso M, Cerri R**, Caserta M**, Khairallah K***, Salvano AM°, Forno G°, Sacco R°, Siliquini R^ & Morrone A^^**

* *Direzione Sanitaria – AOU San Giovanni Battista di Torino*

** *Ufficio Comunicazione e Relazioni con il pubblico – Settore Qualità Percepita e Partecipata – AOU San Giovanni Battista – Torino*

*** *Mediatore Culturale*

° *Responsabile ISI– ASLTO3 – Regione Piemonte*

°° *Ufficio Stampa e Comunicazioni – Asl19 asti Regione Piemonte*

°°° *Direzione Sanitaria – ASLTO3 – Regione Piemonte*

^ *Dipartimento di Sanità Pubblica – Università degli Studi di Torino*

^^ *Direzione Generale -Istituto Nazionale Salute Migranti e Povertà – INMP - Ospedale San Gallicano - Roma*

PAROLE CHIAVE

Migrazione, mediazione culturale, accesso ai servizi sanitari.

INTRODUZIONE

L'accesso all'assistenza sanitaria pubblica rimane, per molti dei lavoratori immigrati irregolari, ancora un miraggio: le norme prevedono che tutti gli stranieri regolarmente soggiornanti beneficino di un'iscrizione al SSN alle stesse condizioni degli italiani, mentre gli stranieri irregolarmente presenti sul territorio, in caso di necessità di assistenza sanitaria, possono accedere alle strutture pubbliche con la garanzia dell'anonimato. Nonostante questi "diritti" alla salute, oltre l'80% degli immigrati non si sottopone alle cure del SSN; questo determina gravi conseguenze in termini di malattie (soprattutto infettive) non solo per i singoli immigrati, ma anche per la collettività (italiani compresi). Il Progetto per la promozione dell'accesso della popolazione immigrata ai servizi socio sanitari e lo sviluppo delle attività di informazione e orientamento socio sanitario nelle ASL Italiane (PASS) è un programma italiano finalizzato a favorire l'accesso dei migranti ai servizi sanitari. Lo scopo è quello di sviluppare l'attività di informazione ed orientamento nelle strutture sanitarie territoriali e negli ospedali. Il progetto ha preso il via nel febbraio 2009, ha una durata di 18 mesi e punta a specializzare in ambito socio-sanitario 96 mediatori transculturali, selezionati su tutto il territorio nazionale.

CONTENUTI

Obiettivo del progetto è sviluppare modelli di promozione dell'accesso ai servizi sociosanitari delle popolazioni migranti, promuovere la figura del mediatore transculturale nelle aziende sanitarie, fornire un supporto tecnico per la creazione di servizi socio-sanitari transculturali nelle ASL e AO italiane e informare e orientare sulla normativa in materia di immigrazione, richiedenti asilo e accesso ai servizi socio-sanitari. Il progetto è articolato in due parti: una di formazione e una di esperienza sul campo. La prima è costituita dal corso nazionale di mediazione transculturale, ovvero un percorso di 400 ore sui temi della mediazione in ambito socio-sanitario, articolato in: formazione d'aula (200 ore, di cui 40 in plenaria presso l'Istituto Nazionale Salute Migranti e Povertà - INMP - Ospedale San Gallicano - promotore dell'iniziativa) e 160 sul territorio, (presso i centri di coordinamento territoriale). Alla formazione teorica fa seguito uno stage con affiancamento di un mediatore esperto in qualità di tutor (200 ore presso le strutture sanitarie partner del progetto). La seconda parte è costituita da un inserimento in stage post-formazione presso le strutture partecipanti, ovvero un training on the job della durata di 6 mesi. Sia per la formazione sia per il training on the job i partecipanti sono retribuiti. Sul territorio nazionale sono state, inizialmente, individuate 40 ASL o AO di cui 10 focal point. In Piemonte capofila è L'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino in collaborazione con l'ASL TO 3 di Collegno e Pinerolo e l'ASL 19 di Asti. Ad oggi i mediatori culturali formati in ambito sociosanitario prestano la loro opera all'interno delle strutture e dei servizi dell'azienda capofila e sul territorio delle due ASL collaboratrici.

CONCLUSIONI

Lo sviluppo di modelli di promozione dell'accesso ai servizi sociosanitari dei migranti, la promozione della figura ponte del mediatore transculturale nelle aziende sanitarie e l'informare e orientare sui temi e sulle normative nell'ambito della migrazione i richiedenti asilo e le persone non regolarmente presenti sul territorio nazionale determinano un significativo contributo all'aumento della salute, del benessere e della sicurezza di tutta la popolazione con una importante ricaduta sulla sanità pubblica in toto.

E' PERMESSO? POSSO ENTRARE? ... IN SALA OPERATORIA?

Dr.ssa Barbara Mitola, Dr.ssa Arianna Vitale, Dr.ssa Iolanda Vigna, Avv. Roberta Bonavia, Arch. Alberto Magnetti, Dr. Silvio Falco, Dr.ssa Paola Malvasio

S.C. Direzione Medica di Presidio – AO Ordine Mauriziano Ospedale Umberto I di Torino

PAROLE CHIAVE

ICA, rischio clinico, sicurezza

INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono ancora una possibile e talora grave complicanza del ricovero e, quindi, a tutti gli effetti, devono essere considerate all'interno del sistema di gestione del rischio clinico. Inoltre costituiscono anche un aggravio di costi sia per i pazienti sia per le strutture sanitarie.

E' quindi opportuno mettere in atto tutte le misure organizzative idonee a garantire l'asepsi negli ambienti e per le procedure per le quali è indispensabile.

All'interno dell'Ospedale Mauriziano Umberto 1 di Torino, per la specificità delle attività svolte, sono presenti una serie di ambienti dedicati, che devono essere preservati da accessi di persone non dipendenti, se non disciplinati da specifiche indicazioni. Inoltre l'Ospedale è di frequente sede di corsi e convegni, anche di rilievo nazionale ed internazionale, sempre più mirati a metodologie didattiche partecipate, che quindi comportano la presenza in loco o un collegamento diretto con luoghi operativi.

Per tali ragioni la S.C. Direzione Medica di Presidio ha sollecitato la formalizzazione di una procedura che disciplini la presenza di persone estranee all'Azienda all'interno dei luoghi a più alto rischio, anche in ottemperanza ed in analogia, per quanto riguarda le sale interventistiche, a quanto previsto dalle linee guida sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro nel reparto operatorio dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, che prevedono, tra le procedure comportamentali da adottare, la necessità che l'accesso nelle sale operatorie debba essere limitato al numero di persone strettamente necessario all'intervento.

CONTENUTI

Il progetto si è svolto in varie fasi.

La prima è consistita nell'analisi, da parte della Direzione Medica di Presidio, della situazione interna del Presidio al fine da un lato di stabilire l'ambito di applicazione della procedura e, dall'altro, la diversa casistica di accessi da far confluire nella procedura stessa. In particolare si è analizzato lo storico delle richieste e delle comunicazioni pervenute alla Direzione Medica per prefigurare tutti i possibili scenari.

La seconda fase è consistita nella costruzione di una bozza di documento che rispondesse alle diverse esigenze identificate e che fosse riconducibile, dal punto di vista formale, agli standard adottati dal Mauriziano.

La terza fase si è concretizzata nel confronto con le strutture aziendali che, a vario titolo, potevano valorizzare il documento e, in particolare, il Servizio di Prevenzione e Protezione per gli aspetti relativi alla sicurezza dei lavoratori e gli Affari generali per gli aspetti assicurativi, nonché il responsabile aziendale della privacy, dal momento che uno degli aspetti trattati è la trasmissione delle immagini degli interventi.

Il documento definitivo è stato prodotto dal gruppo di lavoro e adottato formalmente dall'Azienda con propria deliberazione. Inoltre è stato diffuso via mail a tutte le strutture coinvolte ed è stato pianificato un incontro di spiegazione e approfondimento della procedura, propedeutico alla sua corretta applicazione.

CONCLUSIONI

Si è osservata una bassa collaborazione e condivisione del documento, considerato più impositivo e "burocrazizzante" che tutelante per operatori e pazienti. La scelta di organizzare un incontro per la diffusione e spiegazione si ritiene possa aumentare la condivisione e quindi l'applicazione della procedura.

“NON LAVARTENE LE MANI”: CAMPAGNA DI PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI NELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

K.Montanari**, **P.M. Antonioli***, **E. Carlini°**, **R. Bentivegna°**, **M. Giorgetti°**, **M.C.Manzalini***,
L. Alvoni*, **V. Dalpozzo***, **A.Malacarne***, **M.Rubi***

**Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara*

***Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università di Ferrara*

°Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

p.antonioli@ospfe.it; igiene.ospedaliera@ospfe.it

INTRODUZIONE

La sicurezza del paziente legata ad interventi di assistenza sanitaria è un tema che preoccupa in maniera crescente i sistemi sanitari del mondo. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) comportano costi elevati per il paziente, la famiglia, la sanità e sono causa di morte. Tali conseguenze possono essere evitate con la semplice azione di igiene delle mani al punto di assistenza nei 5 momenti fondamentali indicati dall'OMS.

PAROLE CHIAVE:

Promozione igiene mani

SCOPO E METODOLOGIA

Lo scopo del Progetto è di ridurre le ICA promuovendo l'adesione all'igiene delle mani tra operatori sanitari, pazienti, care giver e visitatori, mediante l'applicazione della strategia multimodale acquisita con la partecipazione alla sperimentazione internazionale delle Linee Guida OMS (bozza avanzata) nel 2007-2008.

Questo ha rafforzato la Campagna locale "Non lavartene le mani", già avviata il 9 maggio 2006.

Elementi chiave di successo sono rappresentati da cambiamenti organizzativi con introduzione del gel per frizionamento alcolico delle mani, informazione formazione e addestramento, osservazione delle pratiche e feedback, reimanders e impegno di testimonials locali che hanno messo a disposizione la propria immagine nel Manifesto aziendale.

RISULTATI

La fase sperimentale ha coinvolto, nel 2007-2008, le Unità Operative di Urologia, Neurochirurgia ed Ematologia-CTMO, evidenziando i seguenti elementi:

- elevata percezione dell'importanza di una corretta pratica di igiene delle mani tra gli operatori sanitari (83%);
- l'adesione osservata è passata dal 17% in fase pre al 75% in fase post-sperimentazione (+ 58%);
- il tasso di prevalenza delle ICA si è ridotto dall'11,9% in fase pre all'8,7% in fase post-sperimentazione (- 3,2%).

Nel 2009 è stata arruolata al Progetto la degenza di Terapia Intensiva, dove è stata osservata una compliance alla corretta pratica di igiene delle mani pari al 56%.

Attualmente è in corso la Fase "Implementazione in scale-up" su tutta l'Azienda. Nel 2010, ripartendo dalle Unità Operative di Urologia, Neurochirurgia ed Ematologia-CTMO, l'implementazione è stata allargata alle degenze di Rianimazione, Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica ed Ostetricia (febbraio-marzo) ed è in corso l'osservazione nelle 7 Unità Operative del Dipartimento Medico.

CONCLUSIONI

La sostenibilità, fattibilità ed efficacia del progetto hanno supportato la decisione di avviarne l'implementazione in scale-up in tutte le Unità Operative aziendali prevista nel quinquennio 2009-2013.

Il 9 maggio 2009, anniversario della Campagna "Non lavartene le mani!", ha segnato la riconferma del valore del Progetto, rafforzato dall'esperienza di partecipazione alla sperimentazione internazionale che ha arricchito il know-how locale con nuova attenzione al tema dell'igiene delle mani.

AOUFE sostiene la nuova iniziativa OMS di promozione dell'igiene delle mani al punto di assistenza "Save lives: Clean Your Hands!".

ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE TRA FONDAZIONI PER MIGLIORARE IL SERVIZIO AL PAZIENTE CON PATOLOGIA CEREBROVASCOLARE

P. Monti*, E. Bonadeo*, F. Zappoli*, M.A. Bressan*, A. Martignoni*, A. Riva*, M. Bosio*, P. Caltagirone*, A. Cavallini**, A. Moneta**

* IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo. Pavia

** IRCCS Fondazione Mondino. Pavia

INTRODUZIONE

L'IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo e l'IRCCS Fondazione Mondino hanno rispettivamente dei punti di forza e dei punti di debolezza speculari nell'offerta di servizi in urgenza al paziente con sospetto stroke.

Il primo Ospedale infatti è dotato di Pronto soccorso e servizi classificati come EAS, servizi diagnostici radiologici di secondo livello, posti letto monitorati per pazienti acuti, reparto di neurochirurgia, posti letto di terapia intensiva e medici di area medica esperti di patologie cerebro vascolari; presenti solo saltuariamente ; i secondi non hanno servizio di pronto soccorso né aree di degenze intensive, hanno tuttavia una importante dotazione di posti letto neurologici, stroke unit, servizi diagnostici ad hoc e medici specialisti neurologi. Ciò significa che ogni struttura è in grado di offrire servizi incompleti al paziente con sospetto **stroke**.

CONTENUTI

L'**integrazione funzionale** tra le due Fondazioni ha consentito di sperimentare un modello in cui il paziente con sospetto stroke viene portato al Pronto Soccorso del Policlinico San Matteo, ove sono presente nelle 12 ore diurne per 7 giorni/settimana, i neurologi della Fondazione Mondino col ruolo di consulenti dei medici di Pronto Soccorso. L'istruzione operativa prevede che il medico neurologo venga attivato dal medico di pronto soccorso che per primo visita il paziente classificato per lo più in codice giallo; il neurologo effettua una valutazione neurologica, richiede gli esami diagnostici di secondo livello ed inizia la fibrinolisi venosa ove possibile, o indirizza alla fibrinolisi arteriosa, in accordo con i radiologi interventisti ove vi siano le indicazioni. Il paziente viene poi indirizzato verso i posti letto monitorati o meno, intensivi o sub-intensivi in base alle indicazioni cliniche concordate in linee guida discusse e codificate tra i professionisti delle due diverse strutture. Ciò significa, grazie alla integrazione tra le due fondazioni, **migliorare l'offerta** al paziente, attraverso la messa a disposizione di professionisti competenti, servizi di terzo livello e strutture adeguate, in forma modulare rispetto al bisogno.

CONCLUSIONI

Pur con la difficoltà di integrare professionisti di discipline diverse, peraltro appartenenti a Strutture ed Aziende diverse, il progetto, finalizzato al miglioramento dell'offerta al paziente del territorio pavese con sospetto stroke, ha consentito di superare i gap di abitudini individuali ed autoreferenzialità, ed ha permesso di ricevere e valutare complessivamente in sette mesi 1.734 pazienti con sospetto ictus (1.543 di questi valutati dal neurologo nelle ore di presenza), 496 dei quali con diagnosi principale in uscita di ictus/Tia , 5 dei quali trattati con fibrinolisi venosa e 3 con fibrinolisi arteriosa.

Molto resta da fare per ridurre il tempo di arrivo del paziente (sensibilizzazione utenza e sviluppo di strategie sinergiche con ASL), il tempo di gestione dello stesso, anche al fine di attivare un maggior numero di fibrinolisi venose, l'ampliamento della finestra temporale di presenza dei neurologi. Tuttavia lavorare con un gruppo di lavoro di professionisti di aree diverse, coordinato dalla DMP, ha consentito di affidare ad ognuno il proprio ruolo, sviluppare maggiori aree di integrazione rispetto ad ambiti di autonomia assoluta, discutere con gli stessi strumenti e di conseguenza consentire, nel momento in cui si verifica il caso clinico acuto, ove vi sono decisioni da assumere rapidamente, di parlare lo stesso linguaggio e meglio comprendersi nel rispetto delle competenze diverse.

PAROLE CHIAVE

Stroke; integrazione funzionale; migliorare l'offerta

L'ORGANIZZAZIONE DI RISPOSTE A PIÙ LIVELLI PER L'INFLUENZA AH1N1 COME "PROVA GENERALE" DI CONTENIMENTO DI UN EVENTO PANDEMICO

P. Monti* A. Muzzi, M. Fiorentini, T. Feletti, R. Lodi, C. Spairani, M. Bosio, P. Caltagirone,
IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo. Pavia

** Direttore Medico Presidio Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo. Pavia*

La tipologia diversa per condizioni cliniche ed età e il numero incerto dei pazienti attesi a seguito della dichiarata pandemia da influenza AH1N1 ha reso necessario sviluppare risposte diverse a potenziali scenari diversi. Ciò ha indotto a lavorare in maniera multidisciplinare, sensibilizzare numerosi operatori sanitari e sviluppare una sorta di prova generale di contenimento di maxi eventi infettivi.

PAROLE CHIAVE

Influenza AH1N1; risposta multipla e multidisciplinare; prove generali

INTRODUZIONE

Il 3 giugno 2009 l'OMS ha dichiarato lo stato di pandemia per il virus AH1N1 ed ha indicato agli Stati membri l'immediata attuazione di quanto previsto dai rispettivi Piani Pandemici Nazionali. Le Autorità Sanitarie Nazionali e Regionali hanno pertanto chiesto alle Strutture Sanitarie di attivarsi per far fronte al possibile arrivo di un numero elevato di pazienti, in un sistema di sicurezza sia per gli operatori che per gli altri pazienti presenti nella struttura. Successivi provvedimenti sia regionali che ministeriali hanno indotto successivamente ad affrontare il problema da molteplici punti di vista. In data 28 settembre 2009 infine la Regione Lombardia ha approvato il documento "rete delle terapie intensive per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave" col quale il Policlinico San Matteo veniva individuato come uno dei cinque centri Ospedalieri di terzo livello per il trattamento di pazienti affetti da ARDS il cui trattamento richiede potenzialmente l'ausilio dell'ECMO; è stato così sviluppato un modello organizzativo idoneo a garantire il recupero e l'accoglienza di questi pazienti, in numero e tempi non prevedibili. Nella sostanza l'allerta attivato ha fatto sì che si sviluppasse una serie di azioni, di prevenzione, emissione di linee guida e modelli comportamentali, organizzativi, riguardanti più strutture e più livelli di risposta, come una sorta di percorso dinamico "modulare" in base al momento, all'arrivo dei pazienti e al bisogno sanitario.

MATERIALI E METODI

Dal punto di vista metodologico sono stati valutati i diversi aspetti del problema, cioè quello della prevenzione (dalla separazione dei flussi alle vaccinazioni alla tutela del personale), della gestione del paziente (dove, come, con quale uniformità di approccio clinico) e del livello dell'accoglienza di pazienti da altri Ospedali, ipotizzando scenari diversi in relazione al fatto che non erano facilmente prevedibili i numeri di pazienti per le diverse tipologie della fase della malattia e/o delle sue complicanze.

RISULTATI

Le attività intraprese hanno riguardato: Attività di prevenzione:

Sono stati organizzati corsi di informazione (250 partecipanti) sulle caratteristiche dell'influenza, le misure preventive da utilizzare, la vaccinazione. Sono state installate nei reparti stazioni di prevenzione nella trasmissione del virus, denominate "stop ai germi", costituite da dispenser con soluzione idro-alcolica in gel, mascherine chirurgiche, fazzolettini monouso e cestino per riporre l'usato, con le spiegazioni circa l'utilizzo dei presidi. Sono stati attivati due ambulatori giornalieri (uno fisso e uno itinerante) di vaccinazione del personale, al fine di favorirne l'adesione; sono stati vaccinati circa 400 dipendenti. È stata offerta la vaccinazione ai pazienti ricoverati in alcuni reparti e ai pazienti ambulatoriali maggiormente a rischio di complicanze; sono stati vaccinati 180 pazienti. Sono state fornite ai reparti disposizioni sull'uso dei dispositivi di protezione (tipo di maschera da utilizzare, come e quando indossarla e cambiarla); alle infermiere della neonatologia, madri di bambini con influenza sono state date indicazioni circa l'uso costante di mascherine, per lo stretto contatto con i piccoli pazienti non infetti, ricoverati per altre patologie. Nel caso di un paziente pediatrico affetto da influenza da AH1N1 con variante di ceppo, resistente all'uso degli antivirali, sono state fornite indicazioni specifiche al fine di contenere il nuovo ceppo (non vi è stato alcun caso di trasmissione ad altri pazienti).

(Segue sul sito www.anmdo.org)

INDICATORI DI WOLFF PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO: FASE PRELIMINARE PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO "SANT'ANTONIO ABATE" DI TRAPANI

Mariagrazia Morici, Maria Grazia Laura Marsala, Dominique Matranga, Maria Vadalà,
Maria Rita Di Maggio, Francesco Giurlanda, Giuseppe Calamusa, Alberto Firenze.

Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute "G. D'Alessandro"
Università degli Studi di Palermo

INTRODUZIONE

Gli "Indicatori di Wolff" rappresentano uno strumento del governo clinico per la revisione retrospettiva dell'attività clinica, mediante la selezione delle cartelle cliniche e delle SDO (scheda di dimissione ospedaliera) sulla base di otto criteri, ai fini dell'identificazione di eventi qualificabili come "avversi" e meritevoli di ulteriori approfondimenti. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo ha intrapreso un programma di Valutazione del Rischio Clinico, basato sull'uso dei suddetti Criteri, e che vede coinvolte diverse strutture ospedaliere siciliane, tra cui il Presidio Ospedaliero S. Giovanni Paolo II di Sciacca., ed il Presidio Ospedaliero S. Antonio Abate di Trapani (P.O.S.A.A.); presso quest'ultimo Ospedale, nella fase preliminare dello studio, è stata attuata un'indagine mediante la valutazione dei ricoveri sia in regime ordinario che in DH effettuati nell'anno 2008 nell' U.O. di Ginecologia ed Ostetricia.

PAROLE CHIAVE

Rischio Clinico, Criteri Di Wolff

CONTENUTI

E' stata calcolata la prevalenza degli Indicatori di Wolff in pazienti dell'U.O. di Ginecologia e Ostetricia; per determinare la significatività statistica di fattori di rischio specifici del paziente per i suddetti Indicatori; sono stati estratti, dal sistema informativo del P.O.S.A.A. i casi di pazienti che hanno riportato uno o più indicatori di Wolff nell'anno 2008. E' stato disegnato uno studio caso-controllo di tipo appaiato, estraendo a caso un numero di 10 controlli per ciascun caso. L'appaiamento è stato effettuato sulle variabili età (suddivisa in due classi sulla base di un cut-off di 30 anni) e tipo di ricovero (ginecologico e ostetrico). Sono stati individuati tre soli strati, essendovi un solo controllo nello strato dei ricoveri ginecologici con meno di 30 anni. Sono stati considerati i seguenti fattori di rischio specifici del paziente: ricovero in elezione, urgenza o trasferimento, diagnosi di ammissione, patologie concomitanti, patologie concomitanti specifiche dell'apparato, esecuzione di intervento chirurgico, durata della degenza. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il modello di regressione logistica condizionata, implementato con il software Intercooled STATA v. 9.0. Nel periodo di osservazione in esame, su un numero totale di ricoveri pari a 2.142, sono stati evidenziati 23 casi in cui si è verificato uno dei criteri di Wolff, in particolare, sono stati riscontrati 18 casi di "degenza superiore a 21 giorni"; 2 casi di "trasferimento ad altro istituto di cura per acuti", 3 casi di "trasferimento da un reparto di cure generali ad uno di cure intensive". La durata della degenza è risultata l'unica variabile statisticamente significativa per il rischio di un indicatore di Wolff ($OR=19.09$, $95\%CI=[4.30-84.70]$, $p<0.001$). Per la variabile "malattie concomitanti specifiche dell'apparato" si è ottenuto un livello di significatività *borderline* ($OR=2.56$, $95\%CI=[1.00-6.58]$, $p=0.051$).

CONCLUSIONI

La significatività della durata della degenza è un risultato atteso in quanto il criterio "degenza superiore a 21 giorni" è il più frequente nello studio. Il risultato ottenuto per la variabile "malattie concomitanti specifiche dell'apparato" sembra suggerire il maggior rischio di verificarsi di un criterio di Wolff per i casi clinici più complessi. Peraltro, per raggiungere la piena significatività statistica del risultato sarà necessario, dopo questa fase preliminare, estendere lo studio ai centri su indicati e che presentano un' organizzazione strutturale e logistica diversa dal Presidio Ospedaliero Sant'Antonio Abate di Trapani.

VERSO L'ECCellenza IN UNA U.O. DI RIANIMAZIONE: APPLICAZIONE DEL METODO SIX-SIGMA PER IL CONTROLLO DELLA CIRCOLAZIONE DEI MICRORGANISMI MULTIRESISTENTI

L. Pagano*, E. Alba**, M. Buonomo***, V. Caiazzo****, V. Crivaro*****, L. Farina*, A. Mattei****, M. Papa*****

*Direzione Infermieristica, ****U.O.C. Rianimazione, *****Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera "V. Monaldi", Napoli; **Merck Sigma Manager; ***Merck Health Care Customer Manager

INTRODUZIONE

L'attenzione al tema della qualità dell'assistenza ha portato al progressivo sviluppo in ambito sanitario dell'analisi dei processi attraverso metodologie e strumenti estrapolati dalle realtà produttive. Tra questi, il Six-Sigma costituisce un approccio statistico strutturato volto al raggiungimento dell'eccellenza nei processi operativi. Sigma (Σ), infatti, è il simbolo utilizzato per identificare, in statistica, la misura della variazione presente in un processo, in termini di deviazione dai requisiti o specifiche del cliente. Un processo che opera al livello 6 (Six-Sigma) ammette un numero di "variazioni" estremamente ridotte, consentendo, così, di raggiungere il 99,9997% di eccellenza nel processo stesso. "Kaizen" (termine giapponese che indica il cambiamento teso al miglioramento continuo) è uno strumento operativo utilizzato in combinazione con il Six-Sigma per l'analisi ed il miglioramento dei processi.

In collaborazione con la Merck Sharp & Dohme è stato realizzato presso l'Azienda Ospedaliera "V. Monaldi" un progetto focalizzato sui processi assistenziali all'interno dell'Unità Operativa (U.O.) di Rianimazione ed, in particolare, sull'acquisizione di microrganismi multiresistenti (germi sentinella) da parte dei pazienti, che ha previsto un'analisi statistica dei principali dati descrittivi del reparto e la successiva realizzazione di un evento Kaizen.

PAROLE CHIAVE

Six-Sigma, Kaizen, germi sentinella

CONTENUTI

L'evento Kaizen è stato preceduto da un'analisi statistica dei dati della U.O. di Rianimazione volta ad individuare le eventuali deviazioni significative rispetto alla media (outliers) dei parametri considerati. L'analisi ha incluso tutti i pazienti ricoverati nel reparto nel 2009 ed è stata effettuata sui seguenti dati: durata totale della degenza, intervalli temporali tra data del ricovero e data di isolamento del primo e degli eventuali successivi germi sentinella, tipologia di germe sentinella. I risultati ottenuti hanno dimostrato differenze statisticamente significative nella durata della degenza in relazione al tipo di germe isolato e la presenza di alcuni outliers, evidenziando per alcuni parametri la possibilità di un miglioramento teso all'eccellenza. L'evento Kaizen, svolto nel mese di Aprile 2010 in una singola giornata, ha coinvolto il personale della U.O. di Rianimazione, l'infettivologo, il microbiologo, l'infermiera epidemiologa, le direzioni sanitaria ed infermieristica nell'analisi del percorso del paziente dall'accesso alla dimissione dal reparto. Alla schematizzazione delle percorsi è seguita l'individuazione e la successiva prioritizzazione delle criticità di ciascuna fase ed, infine, la stesura di un piano delle azioni mirato alla risoluzione delle principali problematiche riscontrate nel breve-medio termine (settembre 2010).

CONCLUSIONI

Lo studio statistico preliminare ha consentito di indirizzare l'analisi del processo verso gli aspetti realmente suscettibili di miglioramento e di evidenziare l'esistenza di una differenza statisticamente significativa nella degenza media dei pazienti con e senza acquisizione di germi sentinella. La metodologia utilizzata, spiccatamente interattiva, ha fornito un'occasione di confronto tra gli operatori del reparto ed ha permesso l'individuazione di peculiari criticità. La stesura finale di un preciso piano delle azioni riflette l'impostazione fortemente orientata alla risoluzione dei problemi ed al raggiungimento dell'eccellenza.

SCENARI IN SANITA' – MODELLI DI FINANZIAMENTO SANITA' TRANSFRONTALIERA ITALIA- -FRANCIA

Dottor Gian Paolo Pagliari

Direttore Area Presidio Ospedaliero Asl 1 Imperiese

Dottor Alessandro Balli

Direttore Struttura complessa Gare e Contratti Asl 1 Imperiese

Dottor Michele Orlando

Direttore Sanitario Asl 1 Imperiese

PAROLE CHIAVE

Salute – Frontiera – Prossimità.

La salute è una delle principali preoccupazioni dell'uomo ed il diritto di ciascuno ad essere curato nel miglior modo possibile il più vicino a dove abita è un principio fondamentale.

Tale principio assume ancora maggiore risalto nei bacini di vita transfrontalieri che possono diventare allo stesso tempo spazi d'unione e laboratori a grandezza reale della costruzione europea.

MATERIALE E METODI

L'Asl 1 Imperiese grazie alla sua invidiabile situazione geografica, ha da tempo sviluppato progetti di collaborazione con i vicini ospedali francesi. I progetti di collaborazione sono stati elaborati grazie all'utilizzo dei Programmi di Iniziativa Comunitaria (interreg I-II-III ALCOTRA), che sono stati finanziati nell'ambito del Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale. In particolare sono stati utilizzati fondi relativi all'asse 3 – qualità della vita, che hanno come obiettivo il favorire l'attrattività dell'Area, migliorando i servizi e rafforzando l'identità delle Comunità Transfrontaliere. I progetti devono essere presentati da un insieme di soggetti italiani e francesi, che compongono il partenariato e che designano di comune accordo un capo fila unico del progetto.

I progetti devono riguardare territori transfrontalieri ed avere un chiaro carattere transfrontaliero: obiettivi e metodologie condivisi, attività integrate, ricadute su entrambi i versanti del confine.

RISULTATI

Progetti Realizzati

1 Centro di Perinatalità.

Assicurare la presa in carico delle donne gravide dei due lati della frontiera, considerando la specificità delle abitudini di cura proprie di ciascun Paese.

Proseguire la presa in carico del dopo parto della mamma e del suo bambino durante il suo 1° anno di vita.

Far collaborare medici e personale di assistenza francese ed italiano in modo tale che la struttura sia un reale spazio di scambio medicale e culturale.

Finanziamento Totale € 816.854,00 Finanziamento Asl 1 € 318.688,00

2 Attività Transfrontaliera Alzheimer (ACTRA).

Sviluppare e potenziare sia i due centri transfrontalieri di accoglienza diurna per persone affette da Morbo di Alzheimer (centri allocati a Mentone ed a Ventimiglia) sia i centri di diagnosi e consulenza per favorire il mantenimento dei pazienti nel proprio ambiente familiare.

Finanziamento Totale € 1.434.126,00 Finanziamento Asl 1 € 316.644,00

3 Presa in carico secondo procedure standard di pazienti sieropositivi all' HIV,HCV,HBV o che presentano altre patologie infettive attraverso scambi professionali e la realizzazione di un sistema di telemedicina.

Creare una gestione omogenea dei pazienti HIV-HCV nella zona transfrontaliera sviluppando una complementarietà tra le Strutture del CHU di Nizza e dell'Ospedale di Sanremo.

Rafforzare la competenza sia dello staff medico sia di quello infermieristico con la condivisione di esperienze e di conoscenze.

Organizzare una rete di telemedicina per la presa in carico in tempo reale di casi difficili.

Finanziamento Totale € 310.542,00 Finanziamento Asl 1 € 155.270,00

(Segue sul sito www.anmdo.org)

DALLE LINEE GUIDA REGIONALI ALLA SPERIMENTAZIONE DEL PIANO DI EMERGENZA INCENDIO PER L'OSPEDALE S. CROCE DI MONCALIERI E S. LORENZO DI CARMAGNOLA

Panarisi P. *, Rinaldi M. *, Setti. L. *, Sala C. **, Morabito D. *, Sinatra M.L. *, Di Legami V.***, Messori Ioli G., Borsotti M.***, Casassa F. ****.

*Direzione Sanitaria P.O. di Moncalieri/Carmagnola; ** Ing. Servizio R.S.P.P. ASLTO5; *** Direzione Sanitaria P.O. di Chieri **** Direttore Sanitario ASLTO5

Direzione Sanitaria P.O. di Moncalieri e Carmagnola. ASL TO5

INTRODUZIONE

La nostra Azienda ha partecipato attivamente nella figura del Direttore del Servizio RSPP e del Direttore Sanitario aziendale alla realizzazione delle "Linee Guida Regionali per la strutturazione di un Piano di Emergenza Interna ed Evacuazione in caso di maxiemergenza: dalla sicurezza delle cure alle cure in sicurezza". È stato realizzato l'adeguamento alle nuove linee di indirizzo per il Piano di Emergenza del PO di Carmagnola; sono in corso di adeguamento i piani per i presidi di Moncalieri e Chieri.

PAROLE CHIAVE

Piano Emergenza Incendio.

CONTENUTI

Gli obiettivi perseguiti dai piani di emergenza elaborati nella nostra Azienda sono :-raccolgere in un documento organico e ben strutturato le procedure comportamentali ed operative da mettere in atto in caso di incendio; migliorare le capacità di gestire la situazione di emergenza, a partire dalla loro analitica identificazione; -realizzare tutte le misure strutturali e organizzative; definire gli standard del sistema aziendale di sicurezza previsto dal Titolo I del D.Lgs. 626/94 e successivi aggiornamenti, tarandolo sulle specifiche esigenze della struttura. La stesura del protocollo per la gestione della sicurezza ha tenuto conto delle seguenti fasi operative: 1) programmazione e organizzazione di interventi in base ai rischi specifici; 2) individuazione dei compiti da ripartire tra i vari livelli di responsabilità; 3) informazione, preparazione e aggiornamento del personale; 4) controllo sulle capacità umane attraverso periodiche esercitazioni; 5) efficienza degli equipaggiamenti e degli impianti. È stata individuata nella Direzione Sanitaria del P.O. il punto di riferimento per l'attivazione dell'UNITÀ DI CRISI (Direttore Sanitario, Funz. dei Vigili del Fuoco, Uff. della Polizia di Stato o Carabinieri, Resp. Uff. Tecnico) nello specifico il suo compito è quello di coordinare le azioni necessarie per ridurre le conseguenze dell'incendio.

CONCLUSIONI

In questa fase preliminare sono stati realizzati corsi di formazione con la collaborazione dei Comandi Provinciali dei Vigili del Fuoco la cui finalità è stata quella di accrescere le capacità formative e perfezionare le competenze specifiche degli operatori sanitari che saranno chiamati a gestire in modo adeguato le fasi cruciali dei soccorsi in caso di attivazione del Piano di Emergenza Ospedaliero. In particolare: 1. salvaguardia ed evacuazione delle persone; 2. messa in sicurezza degli impianti; 3. compartimentazione e confinamento dell'incendio; 4. protezione dei beni e delle attrezzature; 5. quando possibile estinzione completa dell'incendio. Hanno conseguito l'attestato di "Addetto all'Emergenza Antincendio per rischio elevato" 109 operatori dell'ASL TO5. Si sono realizzate due simulazioni di incendio in collaborazione con le squadre di emergenza nel presidio di Carmagnola; una verifica ulteriore sulla reale messa in opera del Piano verrà prossimamente realizzata con la collaborazione dei VF in un cantiere ospedaliero (del P.O. di Carmagnola) attiguo ad un reparto.

ANTISEPSI E DISINFEZIONE: LA FORMAZIONE MULTIMEDIALE NELL'IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA

Panico M1, Suzzi R2, Tenace C3, Acacci A3, Silingardi R3, Farruggia P4

1Medico Igienista – Dipartimento Igienico Organizzativo; 2Infermiere Dirigente - Responsabile Area Omogenea Assistenza Igiene e Nutrizione; 3Infermieri Controllo Infezioni – UA Igiene Ospedaliera; 4Responsabile Area Igiene e Qualità dei Servizi Residenziali, Azienda USL di Bologna.

INTRODUZIONE

Le metodiche di antisepsi e disinfezione coinvolgono attivamente i professionisti sanitari nella pratica quotidiana in quanto comprese in tutte le procedure assistenziali, dall'antisepsi prevista in tutte le manovre invasive alla disinfezione ambientale, quando prevista. Il governo delle buone pratiche di antisepsi e disinfezione, richiede un approccio multiprofessionale e multidisciplinare, coordinato dal Comitato Infezioni Aziendale: farmacisti, clinici, igienisti, infermieri, medico competente, responsabile sicurezza, ingegneri e amministrativi per ottimizzare il percorso che si snoda dalla scelta dei principi attivi all'utilizzo finale. Per implementare procedure di antisepsi e disinfezione sono state scelte metodologie attive che prevedono il diretto coinvolgimento degli utilizzatori (medici e infermieri) nella predisposizione di procedure igieniche e la formazione continua attraverso l'utilizzo di metodologie interattive.

PAROLE CHIAVE

antisepsi, disinfezione, formazione

CONTENUTI

L'obiettivo che la formazione continua si prefigge, su questo ed altri temi, è quello di veicolare e rivisitare concetti e comportamenti del singolo e dell'organizzazione. Un primo momento di autoformazione/formazione sul campo è stato utilizzato per elaborare procedure specifiche, redatte da gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari, avvalendosi della consultazione della letteratura supportata da evidenze scientifiche. I partecipanti a questi gruppi di lavoro hanno poi proseguito l'iter formativo presso i propri contesti assistenziali. Contemporaneamente è stato progettato e condotto un evento formativo residenziale che ha affrontato, in una prima sessione, il tema di antisepsi e disinfezione in generale (principi attivi, indicazioni d'uso, evidenze scientifiche disponibili) e un primo approccio di valutazione dell'adesione alle procedure utilizzando indicatori di struttura. La seconda sessione si è avvalsa di strumenti che hanno coinvolto attivamente i partecipanti. Per condurre questo workshop è stato necessario un importante lavoro di preparazione direttamente nelle unità operative di Neonatologia, Dialisi e Rianimazione, per predisporre video che presentavano esperienze su tale tema, in questi setting che presentano peculiari criticità. La fase di registrazione dei video, effettuata da una troupe televisiva coordinata da un regista, ha costituito un ulteriore momento di formazione e di riflessione dei professionisti sui comportamenti abituali. Si è pensato pertanto di riproporre in aula spezzoni di filmati che comprendevano errori comportamentali e gli stessi sono stati sottoposti a votazione con televoto da parte dei partecipanti. Successivamente al contestuale risultato del televoto, è stato proiettato il video con i comportamenti corretti.

CONCLUSIONI

Il processo formativo descritto è stato accolto con grande entusiasmo dai professionisti. L'utilizzo di questa metodologia didattica ha rappresentato un mezzo privilegiato per la trasmissione di contenuti sia teorici che di buona pratica assistenziale, favorendo un partecipato coinvolgimento anche nelle successive fasi previste di valutazione dei processi di antisepsi e disinfezione. Il Comitato Infezioni Aziendale ha già maturato esperienza analoga, ottenendo una buona *compliance*, trattando con questa modalità formativa il tema della sorveglianza dei microrganismi multiresistenti.

IMPLEMENTAZIONE DI UNA PROCEDURA PER LA VERIFICA DELL'ADERENZA ALLE LINEE GUIDA RELATIVE AL CORRETTO LAVAGGIO DELLE MANI NEGLI OPERATORI: STUDIO SPERIMENTALE IN UN IRCCS ONCOLOGICO

C. Parmeggiani, P. Ciaramella, M.R. Esposito, L. Giordano, S. Ricciardelli, V. Rossi, A. Capasso

INTRODUZIONE

L'OMS nell'ambito della Global Patient Safety Challenge istituita nel 2007 ha evidenziato la gravità delle ICPA (infezioni correlate alle pratiche assistenziali), in termini di mortalità. Nei paesi industrializzati circa il 5-10% dei pazienti ricoverati in ospedali per acuti va incontro a ICPA che provocano circa 80.000 decessi l'anno negli USA e 5000 in Inghilterra, con un danno economico stimato nell'ordine di 4500-5700 milioni \$/anno. Attualmente si stima che circa il 30% delle ICPA è trasmesso attraverso la colonizzazione delle mani degli operatori sanitari da MRSA (Stafilococco Aureo Meticillino Resistente). Le evidenze scientifiche dimostrano, inoltre, che una corretta applicazione delle buone pratiche relative al lavaggio mani porta ad una significativa riduzione delle infezioni da MRSA. In una visione sistemica dell'organizzazione sanitaria, l'introduzione e l'implementazione di strumenti e strategie di monitoraggio del rispetto delle predette buone pratiche costituiscono iniziative necessarie per rafforzare il coinvolgimento degli operatori ed ottenere una maggiore efficacia di queste azioni preventive. Pertanto nella nostra realtà, si è cercato di monitorare le procedure implementate nell'Istituto Nazionale Tumori "Fondazione G. Pascale", a partire da quella relativa al corretto lavaggio delle mani, introducendo in uso una scheda di rilevazione dell'aderenza dei comportamenti degli operatori sanitari alle buone pratiche.

PAROLE CHIAVE

lavaggio mani, MRSA, monitoraggio.

CONTENUTI

nel nostro Istituto è da tempo in uso ed è stata revisionata la procedura per il corretto lavaggio mani degli operatori, elaborata secondo le indicazioni delle linee guida nazionali e internazionali. Sono stati selezionati in base alla criticità assistenziale due reparti campione, dove sono stati effettuati a cadenza mensile per due mesi consecutivi controlli microbiologici per la ricerca di MRSA sulle mani degli operatori, per verificarne la corretta aderenza alla procedura. I risultati di tale indagine hanno documentato una percentuale del 60% di presenza del MRSA sulle mani degli operatori per cui si è reso necessario rinforzare e rinnovare il messaggio educativo e migliorare la compliance degli operatori mediante corsi aziendali di aggiornamento e intensificazione degli interventi di sorveglianza.

La ricerca di MRSA sulle mani degli operatori è stata ripetuta con le medesime modalità dopo tali interventi e ha documentato una significativa riduzione della positività che è risultata pari a circa al 40%.

CONCLUSIONI

Al fine di contribuire alla riduzione del rischio di ICPA da MRSA è stata elaborata e introdotta in uso dallo staff della Direzione Sanitaria una scheda di monitoraggio per la rilevazione dei comportamenti e delle criticità che possono influenzare o scoraggiare il lavaggio delle mani.

La scheda è stata testata nell'ambito dell'INT Pascale e accompagnata da interventi di sorveglianza delle ICPA e di formazione e aggiornamento ad hoc del personale.

ALLERGIA AL LATTICE: ELABORAZIONE DI PERCORSI LATEX-SAFE

Parrocchia S* Di Nora M° Marrone R° Di Manno O§

**Direttore Medico di Presidio, PO Centro, AUSL Latina*

°Dirigente Medico di Presidio, PO Centro, AUSL Latina

§Allievo Infermiere, Corso di Laurea in Infermieristica R

PAROLE CHIAVE

Lattice, percorsi latex-safe

INTRODUZIONE

L'allergia al lattice rappresenta un problema sanitario emergente in quanto, negli ultimi 15 anni, si è rilevato un crescente aumento di soggetti sensibilizzati a questa sostanza. L'aumento è da mettere in relazione soprattutto all'estrema diffusione dei manufatti in lattice, sia in ambiente sanitario che nel comune ambiente di vita e all'aumento dell'atopia e delle malattie da sensibilizzazione nella popolazione.

Obiettivi dello studio

Identificare i pazienti con allergia al lattice o ad alto rischio

Pianificare un **PERCORSO LATEX-SAFE** per i pazienti allergici al lattice.

Informare e Formare il personale sanitario e quello delle Ditte appaltate che possono essere coinvolte nella problematica

Il fine ultimo è quello di eliminare la possibilità di insorgenza di gravi reazioni avverse (shock anafilattico) negli allergici e ridurre i casi di sensibilizzazione nei soggetti a rischio.

MATERIALI E METODI

E' stata condotta una accurata analisi organizzativa nell'ambito del Presidio Ospedaliero Centro (P.O.C.) della ASL di Latina, che ha consentito di verificare:

Il Servizio Farmaceutico Ospedaliero si approvvigiona di materiali quasi esclusivamente certificati *latex-free*.

assenza nelle cartelle cliniche di uno spazio specifico per la raccolta anamnestica allergologica

assenza, sia nelle UU.OO. del presidio che nella UOC Risk Management, dei percorsi *latex-safe* e di procedure per la corretta gestione dei pazienti con allergia certa o sospetta

Carenza di segnalazione specifica di soggetto allergico al lattice o sospetto tale, ad eccezione di annotazione sul frontespizio della cartella clinica con la dicitura "allergia al lattice"

AZIONI INTRAPRESE

Abbiamo elaborato un "**PERCORSO LATEX-SAFE**" che sarà adottato, in via sperimentale nel P.O.C. consistente in:

Elaborazione di un **QUESTIONARIO**, da integrare alla cartella clinica, per l'individuazione di categorie a rischio "allergia al latex"

Realizzazione di una **CARTELLONISTICA** da affiggere sulle porte delle stanze di degenza, per la segnalazione di un paziente allergico al lattice

Elaborazione di **MODULI INFORMATIVI** per il personale delle Ditte appaltate (che possono essere coinvolte, direttamente o indirettamente, nella problematica).

Diffusione del documento presso tutte le UU.OO./Servizi per una sua prima applicazione in via sperimentale.

Successivo coinvolgimento l'U.O.C. Risk Management Aziendale per una eventuale divulgazione presso tutte le strutture sanitarie dell'Azienda.

Conclusioni

La prossima divulgazione di procedure *latex-safe* a tutti gli operatori persegue i seguenti obiettivi:

- ☐ sensibilizzare e formare il personale;
- ☐ standardizzare l'utilizzo di procedure sicure per i pazienti;
- ☐ rassicurare gli operatori nell'affrontare i problemi sanitari di pazienti allergici o a rischio;
- ☐ coinvolgere nel piano anche funzioni non prettamente sanitarie (pulizie, cucina, ecc.) che altrimenti non sarebbero direttamente coinvolte

La revisione e la verifica nel tempo delle procedure e dei percorsi attivati permetterà di rendere utile ed efficace il lavoro svolto, che quindi non risulterà fine a se stesso.

METODO DI DETERSIONE DELLE SONDE ECOGRAFICHE CON L'AUSILIO DI SALVIETTE MONOUSO VS PRESIDI IN USO COMUNE IN DUE AMBULATORI DI OSTETRICIA, ATTRAVERSO LA RICERCA DELLA CARICA BATTERIOLOGICA.

G. Patriarca, C. Cicero, R. Giordano , P. Granata, G. Drago

Background: il problema della disinfezione degli strumenti ecografici presenti nelle realtà ospedaliere è fondamentale al fine di prevenire infezioni, in particolare negli ambulatori di ostetricia, dell'ospedale di Vittoria, con un numero di parti annuali pari ad un migliaio. L'asepsi degli strumenti che vengono a contatto con le pazienti o l'operatore sanitario, avviene con l'ausilio di presidi generici, seguendo delle modalità non standardizzate, potenzialmente non sicure, in quelle realtà ospedaliere, in cui il flusso degli utenti è continuo. Le evidenze in letteratura suggeriscono di adottare delle procedure di asepsi aggiuntive in pazienti a rischio, quindi, la razionalità di questo studio è basata sulla necessità da parte degli operatori sanitari o personale ausiliario, di utilizzare una modalità di disinfezione delle sonde ecografiche e dei presidi afferenti all'utilizzo dello stesso, attraverso l'uso di salviette monouso imbevute con un disinfettante a base di didecildimetilammonio cloruro allo 0,175g, rispetto all'utilizzo di presidi vari non rientranti in una procedura d'uso uniformata.

Materiali e metodi: I riferimenti presi come termini di comparazione sono 2 laboratori ecografici dell' UO di ostetricia, in cui sono stati effettuati 3 prelievi, denominati in sintesi T0', T3', T6' nei seguenti presidi: apice e manico delle sonde ecografiche addominali e trans vaginali, in uno dei quali, denominati ambulatorio A dove è stata applicata la procedura di utilizzo standardizzata, B dove è stata utilizzata la procedura di consuetudine.

La ricerca della carica batteriologica su sonde ecografiche ed altri presidi a questi afferenti, si svolge eseguendo prelievi con tamponi sterili con la tecnica dello Strisciamento a tempo 0 e dopo disinfezione con salviette monouso. I tamponi vengono trasportati presso il laboratorio di Microbiologia dove si procede nel modo seguente:

Semina del materiale pervenuto per ricercare ed isolare Burkholderia e Pseudomonas su terreni di coltura selettivi per le Enterobatteriacee (gram negativi) denominati Agar Mac Conkey;

Semina del materiale pervenuto per ricercare ed isolare la specie di Staphilococcus su terreno di coltura selettivo denominati Agar di Chapman composto da Agar e Sale Mannite;

Dopo 24 ore, qualora dovesse verificarsi la crescita di colonie dubbie appartenenti ai generi di cui sopra, si procede alla loro identificazione con prove biochimiche in vitro con substrati disidratati inclusi nelle Cards che vengono inserite nel sistema Vitek di Bio Merieux.

Risultati: I risultati hanno evidenziato la presenza di staphilococcus saprophyticus in entrambi gli ambulatori.

Ambulatorio A:

Presenza a T0 del ceppo sopra evidenziato, nell'apice della sonda e nel manico, prima della disinfezione standardizzata, e prima di iniziare l'attività routinaria ambulatoriale e di emergenza;

Presenza a T3 del ceppo sopra evidenziato, nel manico della sonda ecografica, ad attività ambulatoriale e di emergenza iniziata;

Assenza totale di carica microbica in tutti i presidi afferenti alla sonda ecografica al T6, ed al termine dell'attività ambulatoriale e di emergenza.

Ambulatorio B:

Assenza totale di carica microbica in tutti i presidi afferenti alla sonda ecografica al T0, prima di iniziare l'attività ambulatoriale e di emergenza, con la procedura di asepsi comune;

Presenza a T3 del ceppo sopra evidenziato, nell'apice della sonda ecografica, ad attività ambulatoriale e di emergenza iniziata, con la procedura di asepsi comune;

Presenza a T6 del ceppo sopra evidenziato, nel manico della sonda ecografica, al termine dell'attività ambulatoriale e di emergenza, con la procedura di asepsi comune.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

IL RUOLO DELLA DIREZIONE SANITARIA NEL GOVERNO DELL'INNOVAZIONE INFORMATICA

Pierotti S*, Fenzi F*, Brusaferrò M*, Maccari A*, Melagrani S*, Ricchiero D*, De Pieri P**

* ULSS 18 Rovigo - Direzione medica presidio ospedaliero

** ULSS 18 Rovigo - SOS Qualità e accreditamento

INTRODUZIONE

Scopo della comunicazione è di descrivere l'evoluzione del sistema informativo dell'Azienda ULSS 18 e di valutare il ruolo che la direzione sanitaria deve avere nello sviluppo dell'innovazione informatica nelle strutture sanitarie.

PAROLE CHIAVE

Innovazione informatica, cartella clinica, processi clinico-assistenziali

CONTENUTI

Dal 2003 l'Azienda ULSS 18 di Rovigo si è impegnata in una radicale evoluzione del proprio sistema informativo per migliorare i processi clinico-assistenziali, semplificare le attività tecnico-amministrative e offrire servizi innovativi ai cittadini. Per lo sviluppo di tale sistema informativo l'Azienda ULSS 18 ha ricercato accordi di collaborazione anche con le altre strutture sanitarie accreditate pubbliche e private della provincia di Rovigo.

I principali risultati del nuovo sistema informativo, confortati anche da un bench-marking svolto nel 2009 con due importanti strutture sanitarie statunitensi e con diversi centri di eccellenza norvegesi, sono determinati da una robusta infrastruttura dei sistemi software e hardware e delle reti, la completa gestione integrata del processo assistenziale di ricovero (pronto soccorso, identificazione dei pazienti, cartella clinica, registro operatorio, laboratorio, immagini, cardiologia, anatomia patologica, consulenze, trasfusione, order entry) ma anche da un elevato livello di integrazione tra il sistema informativo e le attrezzature sanitarie e, infine, servizi innovativi ai cittadini realmente on line (distribuzione dei referti di laboratorio, prenotazioni ambulatoriali e pagamento delle prestazioni) e la complessa attività di telepatologia e di teleradiologia dedicate a pazienti e professionisti.

I risultati fin qui ottenuti consentono di intravedere nel biennio 2009-2010 nuovi e altrettanto importanti sviluppi come, per esempio, lo sviluppo di order set diagnostico-terapeutici prestabiliti per seguire clinical pathways evidence based, l'introduzione di meccanismi di alert nell'uso dei farmaci, la raccolta e l'analisi di indicatori clinici, la creazione di un fascicolo sanitario permanente, accessibile via web da parte del paziente e dei professionisti che lo hanno in cura ("one patient, one record").

CONCLUSIONI

Tutto ciò ha un rilevante impatto sulla direzione sanitaria delle strutture, che deve orientare tali strumenti innovativi verso lo sviluppo di una rete dei processi clinico-assistenziali sicuri, basati su prove di efficacia, trasversali alle diverse strutture ospedaliere e territoriali, interdisciplinari e interprofessionali, espliciti e tracciabili, interfacciati con i processi tecnico-amministrativi.

NUOVI ORIENTAMENTI IN TEMA DI INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA: CORSO PER REFERENTI INFEZIONI OSPEDALIERE – REGIONE TOSCANA AREA VASTA CENTRO.

Anna Poli[°], Fabrizio Gemmi^{°°}, Lucia Settesoldi^{°°°}, Francesco Mandò^{*}.**

[°] *Responsabile Coordinamento Aziendale Infezioni Ospedaliere - ASL 10 FIRENZE*

^{°°} *Direttore Sanitario Ospedale Santa Maria Annunziata ASL 10 FIRENZE*

^{°°°} *Coordinamento Aziendale Infezioni Ospedaliere - ASL 10 FIRENZE*

^{***} *Farmacista – Ospedale Santa Maria Nuova ASL 10 FIRENZE*

INTRODUZIONE

La prevenzione delle infezioni associate all' assistenza sanitaria rappresenta un elemento centrale del governo clinico. L'Area Vasta Centro della Regione Toscana e l'Azienda Sanitaria 10 di Firenze pongono grande attenzione alla buona pratica che risponde sia ad un diritto di umanizzazione delle cure che ad un dovere in termini di management economico.

PAROLE CHIAVE

Infezioni ospedaliere, formazione, sorveglianza.

CONTENUTI

Le infezioni nelle strutture sanitarie rappresentano un problema rilevante nella sanità; esse hanno un impatto notevole sia in termini sanitari, data la morbosità e mortalità associate, sia in termini economici per le giornate aggiuntive di degenza e gli interventi assistenziali necessari per la diagnosi e il trattamento. Le infezioni correlate a processi assistenziali (ICPA) rappresentano la complicità in assoluto più frequente fra i pazienti ricoverati in ospedale e sono frequenti anche in altri contesti quali le strutture residenziali per anziani o l' assistenza domiciliare. Attualmente la frequenza con cui compare una complicità infettiva è pari al 5 – 10 % in ospedale, al 5% in strutture per anziani e all' 1% in pazienti assistiti a domicilio. Uno degli strumenti più idonei per prevenire e controllare il rischio infettivo è la formazione di Referenti per le Infezioni Ospedaliere. Da qui nasce l'esigenza di un corso mirato. L'Azienda 10 fiorentina, come azienda capofila per l'Area Vasta Centro, ha organizzato per l'anno 2010 un Corso di formazione articolato in tre giornate e ripetuto per due edizioni (in maggio e in ottobre). Il Corso coinvolgerà 67 medici e 69 infermieri delle varie Aziende Sanitarie dell' Area Vasta e sarà condotto da 25 docenti, le modalità formative adottate sono varie: lezioni frontali, discussione di casi clinici e dibattiti guidati. La prima giornata affronterà tematiche riguardanti i nuovi orientamenti in tema di Infezioni Correlate all'Assistenza, i risultati del Progetto INFOSS della Regione Toscana, gli aspetti organizzativi e gestionali delle misure di controllo e prevenzione, i riferimenti epidemiologici, il ruolo del laboratorio di microbiologia clinica, nonché il ruolo della Farmacia Ospedaliere e le problematiche relative all'antibiotico resistenza. La seconda giornata affronterà i modelli operativi entrando nello specifico clinico (infezioni del sito chirurgico, del tratto urinario, dell'apparato respiratorio, la sepsi e le batteremie). La terza giornata affronterà gli aspetti di igiene ambientale, la gestione del paziente infetto e il lavaggio delle mani comparando i dati dell'Azienda 10 con quelli ricavati dal Progetto dell'OMS. Infine un approfondimento sulle nuove metodologie di igiene ambientale e la responsabilità medico legale nelle infezioni ospedaliere. A conclusione della terza giornata sarà somministrato ai partecipanti il questionario di verifica e di gradimento.

CONCLUSIONI

Tale evento formativo d'Area vasta ha come obiettivo generale quello di promuovere la sorveglianza e la prevenzione delle Infezioni Correlate a Processi Assistenziali nella realtà ospedaliera e l'acquisizione delle conoscenze relative ai nuovi orientamenti in tema di Infezioni Correlate a Processi Assistenziali. Inoltre l'obiettivo specifico è quello di formare i Referenti per le Infezioni Ospedaliere (RIO), al fine di promuovere la prevenzione e il controllo del rischio infettivo ospedaliero attraverso la costruzione di una rete di personale sanitario esperto.

PANDEMIA INFLUENZALE: PERCORSO DI GESTIONE CLINICO ASSISTENZIALE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE-CIACCIO" DI CATANZARO

Raffaele G*, Talarico F*, Gallucci A*, Pelle N*

**Direzione Medica di Presidio*

INTRODUZIONE

L'emergenza pandemica da virus dell'Influenza A/H1N1 di quest'autunno-inverno ha determinato l'esigenza di pervenire all'elaborazione di linee guida interne per la gestione dei casi sospetti afferenti all'Azienda; a tal fine la Direzione Medica di Presidio si è avvalsa della cooperazione di tutte le figure professionali interessate.

PAROLE CHIAVE

Influenza-Pandemia

CONTENUTI

E' stato inizialmente costituito un "Nucleo di Crisi Pandemia Influenzale" composto da un medico della Direzione Medica di Presidio e dai Direttori delle Strutture di Malattie Infettive, Malattie Apparato Respiratorio, Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Pediatria. Stabiliti i criteri (clinici ed epidemiologici) di "caso sospetto", è stato definito il seguente percorso: 1) il paziente che accede al Pronto Soccorso quale caso sospetto (FEBBRE $\geq$ 38° + uno degli altri parametri previsti nella definizione di caso), dopo aver posizionato una mascherina tipo FFP3, è accompagnato da un OSS, anch'egli dotato di mascherina, presso la Struttura di Malattie Infettive (se adulto), di Pediatria (se in età pediatrica) o di Patologia Neonatale (se presenta meno di un mese di vita); 2) viene fatto accomodare in ambulatorio dedicato (identificato in ciascuna delle tre Strutture) la cui porta è mantenuta sempre chiusa, con accesso consentito al solo personale di assistenza provvisto di idonei DD.PP.II. ed interdetto ai non autorizzati; 3) il medico che, dopo la valutazione clinica, non rileva alcuna complicanza, ne dispone il ritorno a domicilio, rinviandolo al Pronto Soccorso per la chiusura dell'accesso. In presenza di complicanze o di fattori di rischio (patologie croniche pre-esistenti o altro) il paziente è ricoverato presso la Struttura di competenza, in stanza di isolamento. Durante il picco pandemico, tenuto conto della natura (infettiva) dei casi e delle complicanze prevalenti (respiratorie), si è ritenuto di confinare i ricoveri nei locali del Dipartimento delle Malattie Infettive e Respiratorie, dislocati al 1° e 2° piano della stessa palazzina, posizionata a breve distanza (50 mt. circa) dal corpo di fabbrica principale del Presidio e quindi non interferenti con le attività normalmente svolte nelle altre Strutture aziendali. Per i pazienti pediatrici sono stati attivati ulteriori 6 posti letto dedicati, allocati in locali adiacenti alla Struttura di Pediatria. In totale i casi ospedalizzati con infezione confermata sono stati 46 di cui 24 nel Dipartimento delle Malattie Infettive e Respiratorie e 22 nella Struttura di Pediatria. Di questi 46 casi, 9 sono stati trasferiti presso la struttura di Anestesia e Rianimazione per l'insorgere di complicanze. I decessi, infine, sono stati 4.

CONCLUSIONI

La realizzazione di un percorso clinico-assistenziale per l'emergenza pandemica si è dimostrata utile per la gestione dei casi sospetti, ai quali è stata riservata l'utilizzazione di percorsi ed ambienti differenziati rispetto agli altri utenti. Il confinamento di tutti i ricoveri per A/H1N1 in un'unica palazzina ha, inoltre, evitato di distribuire i casi in più sedi, riducendo, così, drasticamente il rischio di diffusione della malattia.

LA CREAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI DEDICATI A PAZIENTI CON PATOLOGIE ONCOLOGICHE

Francesca Raggi, Manuela Panico, Patrizia Farruggia.

Azienda USL di Bologna

PAROLE CHIAVE

Percorsi clinico organizzativi, audit, team multidisciplinare.

INTRODUZIONE

In letteratura è agevole reperire raccomandazioni supportate da buoni livelli di evidenza per l'adozione di trattamenti clinici, ma non altrettanto per la costruzione di percorsi clinico organizzativi.

Sono già state tuttavia individuate da ricercatori le componenti essenziali di programmi di cure integrate, nell'intento di standardizzare il processo e migliorarne l'efficienza: un disegno organizzativo ben strutturato si deve affiancare almeno ad un programma formativo per il Team Multidisciplinare (MDT) e ad un intervento per migliorare l'informazione al paziente.

Peraltro l'ambito oncologico rimane finora il più carente di evidenze, risultando particolarmente difficile valutare quanto incidono i differenti approcci nell'outcome di un paziente così complesso.

Inoltre l'orientamento americano di organizzare il lavoro per *disease units* (MDT dedicati e permanenti) prevede struttura e metodo di funzionamento che variano anche tra le diverse patologie oncologiche.

Ancora, mentre le raccomandazioni cliniche sono più facilmente adattabili localmente, le raccomandazioni organizzative impattano più spesso sulla logistica, dipendono dalle risorse umane disponibili e investono ampiamente il metodo di lavoro dei clinici.

CONTENUTI

Il Dipartimento Oncologico dell'AUSL di Bologna ha costituito gruppi di lavoro aziendali multidisciplinari (GLAM), per la definizione di percorsi clinico organizzativi per pazienti con tumore al polmone, alla mammella ed al colon retto.

I 3 GLAM sono multiprofessionali, interdipartimentali e coinvolgono rappresentanti di area ospedaliera e territoriale.

Il metodo di lavoro ha seguito le fasi dettate dal ciclo PDCA: dalla revisione della letteratura, all'individuazione delle barriere; dalla scelta e monitoraggio degli indicatori, alla valutazione delle criticità e delle successive azioni di miglioramento.

Si rileva la tendenza del gruppo a dare maggiore importanza alla definizione delle componenti concrete e visibili (individuazione delle responsabilità, modalità di prenotazione, trasmissione della documentazione), mentre emerge l'importanza del consolidamento delle *soft skills*, quali competenze relazionali indispensabili sia al miglioramento dell'alleanza terapeutica con il paziente, sia ad una maggiore integrazione multidisciplinare, nel perseguimento degli obiettivi condivisi.

CONCLUSIONI

Alla luce della nostra esperienza e a seguito di ulteriori confronti, affinché un buon documento di percorso non rimanga lettera morta, devono essere presenti poche variabili, tra cui spicca **la presenza di leader** che sappiano motivare il team e tenere acceso lo stimolo intellettuale. Inoltre è indispensabile che **la direzione medica** contribuisca a **creare le condizioni giuste** affinché il gruppo possa affiatarsi progressivamente.

Per il successo del percorso vanno inoltre inseriti nel gruppo **i giusti professionisti**, che oltre ad avere una approfondita conoscenza della patologia e rappresentare tutte le professioni, devono saper giocare in squadra. Una ulteriore funzione indispensabile della direzione è **il governo delle interfacce**, da definire correttamente e senza lacune.

Concludendo: al fine di conseguire obiettivi concreti, è necessario impostare un robusto percorso di audit e curare sistematicamente anche le componenti relazionali, con un buon programma di formazione per i referenti dei percorsi, nella convinzione che, come le competenze tecnico professionali, anche quelle relazionali e comunicative, sebbene non ponderabili, possano essere acquisite, ad una unica condizione: che il professionista sia disposto a mettersi in gioco.

ESPERIENZA DI CLINICAL GOVERNANCE NEL LAVORO DI SQUADRA DEL COMITATO BUON USO DEL SANGUE

Rinaldi M., Panarisi P., Sinatra M.L., Bruzzese L., Cametti G.,
Fiammengo M., Frieri R., Malfi C., Mastropiero F., Noè G., Nucci A.,
Pietrobono M., Poggio L., Priasca G., Sacchi S., Vitale L., Borsotti M., Casassa F.

Direzione Sanitaria P.O.S.Croce-Moncalieri e S.Lorenzo-Carmagnola ASL TO5

INTRODUZIONE

La Clinical Governance è *“il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili dell'MCQ dell'assistenza mantenendo elevati livelli di prestazioni in un ambiente che favorisce l'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili”*. Il Comitato Buon Uso del Sangue dell'ASL TO 5, ha predisposto un programma di riduzione del rischio e di appropriatezza prescrittiva inerente l'articolato processo dell'utilizzo del sangue.

PAROLE CHIAVE

Clinical Governance, COBUS.

CONTENUTI

Gli obiettivi che la *squadra* si è data per un approccio integrato e sistemico alla qualità dell'intero processo sono i seguenti: 1) Centralità del paziente rispettando la sua cultura e i suoi bisogni etici; 2) Sicurezza del paziente e riduzione del rischio; 3) Efficacia: EBM; 4) Tempestività; 5) Efficienza: riduzione degli sprechi e dei costi ingiustificati; 6) Equità: standardizzazione del processo; 7) Empowerment degli operatori sanitari. Strumenti utilizzati: •LINEE GUIDA sull'utilizzo di tutti gli emocomponenti ed emoderivati elaborate in un "Vademecum sul Buon Uso del sangue" seguendo i requisiti metodologici del programma nazionale linee guida dell'I.S.S. Sono state inoltre previste le modalità di diffusione e condivisione del documento. •RISK MANAGEMENT: nel "Vademecum" sono state dettagliate le principali procedure: richiesta trasfusionale, identificazione del paziente e dei suoi campioni di sangue, tempi di consegna, trasporto, registrazione, conservazione e restituzione sacche, controlli emoteca, trasfusione e protezione del ricevente). Sono state analizzate le reazioni trasfusionali e sviluppati gli aspetti medico legali. È stato inoltre attivato un sistema di monitoraggio degli eventi avversi in collaborazione con il Servizio trasfusionale di riferimento. •HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT promuovendo una nuova tecnologia per il recupero di sangue intra ed extraoperatorio nelle S.C. di Ortopedia. •CLINICAL AUDIT: previsto, ma non ancora attuato. •FORMAZIONE CONTINUA: intento è stato quello di privilegiare la finalità educativa inserendo un progetto di formazione continua aziendale con ECM e interventi specifici. Sono state al momento realizzate 4 ed. del corso con la formazione di 100 operatori sanitari.

RISULTATI

Sul totale di 6.377 unità di emazie assegnate nel 2009 ai nostri servizi, ne sono state avviate all'inceneritore perché inutilizzabili 61, ovvero lo 0,9%. Questo dato è indice di un'efficace ed attenta sorveglianza dell'intero processo. Non è stata riscontrata nessuna reazione avversa. Dall'analisi del Registro Regionale Sangue 2009 sui consumi di GR, nel 2008 l'ASL TO5 ha utilizzato (per un peso medio di DRG di 1,84) 0,53 unità di GR (media regionale 0,59) con una percentuale di consumo reale sul teorico del -5% (media regionale 6%).

CONCLUSIONI

Molteplici sono stati gli elementi principali nel percorso metodologico utilizzato in particolare il coinvolgimento dei professionisti maggiormente coinvolti nella prescrizione e nelle procedure assistenziali; un'attenta analisi dei processi, la responsabilità degli attori e la consapevolezza etica di lavorare al fine di trasformare il DONO del SANGUE in FARMACO UTILE e SICURO per il paziente.

VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE ED AUDIT: LO SVILUPPO DEGLI INDICATORI AHRQ

Franco Ripa

Direttore S.C. Programmazione e Controllo di Gestione ASL TO4

INTRODUZIONE

Nelle Aziende Sanitarie l'utilizzo della maggior parte degli indicatori è orientata alla valutazione dei prodotti erogati (i ricoveri, le prestazioni ambulatoriali, ecc.). I classici indicatori per l'analisi dell'attività ospedaliera (degenza media, tasso di occupazione, indice di rotazione, intervallo di turn over) sono ancora utilizzati a vari livelli, anche se fanno riferimento ad un contesto non ulteriormente caratterizzabile come la giornata di degenza.

Sempre più prioritaria, in un sistema che spinge verso l'efficienza, è lo studio sistematico delle performance e quindi degli effettivi risultati di salute, anche se ciò può risultare a priori complesso.

In tale ambito, la semplice elaborazione delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera permette già di enucleare specifici eventi/indicatori che, pur con tutte le note riserve del caso, possono rappresentare un riferimento immediato e preliminare per la valutazione di processo, di esito e di rischio clinico, preparatorio all'utilizzo di sistemi più perfezionati.

PAROLE CHIAVE

Indicatori, performance, qualità

CONTENUTI

In tal senso è stato utilizzato il data base delle schede di dimissione ospedaliere degli anni 2007, 2008 e 2009 riferite ai ricoveri ospedalieri dei residenti dell'ASL TO 4 nei diversi presidi ospedalieri della Regione Piemonte e sono stati calcolati i più importanti indicatori individuati da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) come predittivi per la qualità delle cure erogate.

E' nota la criticità che si determina quando i dati amministrativi sono utilizzati per valutare la qualità delle cure e soprattutto il determinismo che può avere la qualità della compilazione della documentazione. Dal punto di vista metodologico è indubbio però che la produzione degli indicatori in studio sia stata semplice, riproducibile e dunque alla portata di qualsiasi organizzazione; questo è già un fattore molto positivo e non sempre adeguatamente sfruttato.

La ricaduta è da ricercare nella possibilità di attuare un primo livello di monitoraggio sistematico su fenomeni che devono essere tenuti costantemente sotto osservazione; tale monitoraggio si può concretizzare a livello del controllo di gestione, della direzione medica ospedaliera, ma anche della stessa componente professionale.

L'utilizzo di un sistema di reporting strutturato e periodico che allarghi la prospettiva anche su queste variabili può rappresentare un ulteriore elemento di forza del sistema, a supporto delle informazioni di stretta matrice contabile.

Allo stesso modo è utile sottolineare, soprattutto su alcuni indicatori che classicamente sono da standardizzare per specifiche variabili, l'uso soprattutto come valutazione interna, senza necessariamente addivenire a confronti con realtà esterne che potrebbero risultare fuorvianti e scientificamente poco utili.

CONCLUSIONE

In tal senso il metodo costituisce un primo screening per la valutazione di performance, in grado di stimolare azioni di audit interno per tenere sotto controllo il sistema e correggere le situazioni di criticità: ovviamente l'approccio può essere implementato attraverso la definizione di indicatori di esito clinico più coerenti e specifici, da contestualizzare nelle singole Strutture.

EFFICACIA DEI FILTRI TERMINALE FILTRANIOS 30 LP APPLICATI A PUNTI RETE OSPEDALIERI

Romanini Letizia, De Lorenzi Sonia, Salvatorelli Germano

Dipartimento di Biologia ed Evoluzione - Sezione Anatomia Comparata, Università di Ferrara

INTRODUZIONE

Il possibile inquinamento batterico della rete idrica degli ospedali, non solo di vecchia costruzione, può essere causa di infezioni ospedaliere specie nei reparti con pazienti immunocompromessi.

Una precedente ricerca ha valutato la capacità di filtri Filtranios 30LPA e 30LPB (Laboratoires ANIOS Lille-Hellemmes, France) di impedire il passaggio di sospensioni batteriche di *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 15442, di *Staphylococcus aureus* ATCC 6538, e di spore di *Bacillus clausii* (Sanofi-Synthelabo OTC S.p.a.) alla concentrazione di 10^5 UFC/ml dimostrando che i filtri mantengono la loro capacità di trattenere microrganismi fino a 30 giorni, come da indicazioni di utilizzo. Il presente lavoro ha cercato di valutare quindi l'efficienza dei filtri 30LP applicati a punti rete ospedalieri per un riscontro della loro efficacia su campo.

PAROLE CHIAVE

Inquinamento idrico, filtrazione

CONTENUTI

Da differenti punti rete di reparti ospedalieri, sono stati prelevati 3 litri di acqua (1 litro da ogni punto rete prima del passaggio attraverso il filtro 30 LP e 2 litri dopo il passaggio attraverso il filtro 30 LP) in contenitori sterili, trasportati presso i nostri laboratori in borse termiche. Aliquote di 10 ml di acqua "pre-filtrazione" e 1 litro di acqua "post-filtrazione" sono stati filtrati tramite filtri a membrana con pori di $0,20\ \mu$, successivamente posti su adeguato mezzo colturale (Trypton Soy Agar) e incubati per 24-48 ore a $37\pm 1^\circ\text{C}$ e a $22\pm 1^\circ\text{C}$, con un ulteriore periodo di 5 giorni di coltura per permettere lo sviluppo di eventuali batteri a lenta crescita.

Come si evince dalla tabella 1, i campioni delle acque prelevati dai differenti punti rete sono risultati molto inquinati (tra 10^4 e 10^5 UFC/litro), superando sovente i limiti di contaminazione imposti dal D.lgs. 31/2001 del 2 Febbraio in attuazione alla direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano. Per quanto riguarda invece i campioni di acque dopo il passaggio attraverso i filtri 30LP, non si è avuta alcuna crescita ai tempi ed alle temperature di incubazione sopra indicati.

CONCLUSIONI

Sebbene il numero delle prove effettuato sia ridotto i primi risultati sembrano indicare in modo inequivocabile l'efficacia dei filtri 30LP nel trattenere i microrganismi presenti nelle acque di rete.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

PROGETTO DI TELERADIOLOGIA: TRASMISSIONE DELLE IMMAGINI A DISTANZA E SICUREZZA DEI DATI

Sacco R*, Minniti D**, Grosso M***, Pagana G[^], Murotto S^{^^},
eronesi A^{^^^}, Beux A[°], Cammarota T^{°°}, Davini O*

* Direzione Sanitaria – ASLTO3 – Regione Piemonte

** Direzione Sanitaria – AOU San Giovanni Battista di Torino

*** Ufficio Comunicazione e Relazioni con il pubblico – Settore Qualità Percepita e Partecipata – AOU San Giovanni Battista di Torino

[^] Politecnico di Torino

^{^^} TSRM consulente – AOU San Giovanni Battista di Torino

^{^^^} Informatica Clinica – AOU San Giovanni Battista di Torino

[°] Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari della Regione Piemonte (A.Re.S.S.)

^{°°} Radiodiagnostica 5 - AOU San Giovanni Battista di Torino

PAROLE CHIAVE

Telemedicina, privacy, home care.

INTRODUZIONE

Dal primo giugno 2008 è attivo presso l'AOU San Giovanni Battista di Torino il Progetto Sperimentale di Radiologia Domiciliare della Regione Piemonte, il cui scopo è di garantire assistenza radiologica pubblica a domicilio a persone in condizioni tali per cui il trasporto in ospedale sarebbe difficoltoso sia per i pazienti sia per gli operatori. L'implementazione delle tecnologie per la teletrasmissione nelle vetture dedicate alla radiologia domiciliare e territoriale può permettere l'invio delle immagini a stazioni di refertazione lontane rispetto al luogo di esecuzione fisica dell'esame; questo porta enormi vantaggi come, per esempio, la possibilità di inviare direttamente le immagini prodotte al medico radiologo e conseguentemente di poter ricevere un referto stilato quasi in tempo reale dal radiologo stesso.

CONTENUTI

Le tecnologie che ci permettono la teletrasmissione delle immagini radiografiche al giorno d'oggi sono sostanzialmente tre: la prima (quella utilizzata nel progetto sperimentale di radiologia domiciliare) prevede lo sfruttamento della tecnologia per la telefonia mobile UMTS, un'altra alternativa è rappresentata dalla connessione ad internet attraverso la tecnologia WiMAX, tecnologia simile al Wi-Fi che però riesce a garantire una copertura territoriale più ampia; infine, per ovviare a qualsiasi possibile problema di copertura, si può ricorrere alla trasmissione via satellite. Ovviamente integrare tecnologie di questo tipo comporta anche alcuni problemi: tra questi il delicato tema della privacy e della riservatezza dei dati trasmessi; questo è stato, ed in parte lo è ancora oggi, uno dei maggiori limiti alla diffusione della teleradiologia.

Le soluzioni che si sono susseguite nel tempo sono state molte e variabilmente efficienti; esse si sono concentrate sul rendere protette le connessioni sulle quali viaggiano questi dati sensibili. La soluzione utilizzata nel progetto di radiologia domiciliare è stata la configurazione di una Virtual Private Network (VPN); quest'ultima è una rete privata instaurata tra due o più soggetti che condividono un sistema di trasmissione pubblico (internet). Per fare ciò la VPN esegue un'operazione chiamata "tunnelling" sui dati che vengono trasmessi: i pacchetti di bit componenti i dati vengono infatti "avvolti" da altri pacchetti di bit aventi funzione di protezione e cifratura.

Nel nostro caso sono stati collegati con una VPN il computer all'interno della stazione radiologica mobile e il PACS del servizio di radiologia di pronto soccorso dell'azienda sede di sperimentazione; la VPN configurata dal personale del servizio di informatica e telematica utilizza come metodologie di protezione il protocollo IPSec (IP Security) con algoritmo di crittazione Advanced Encryption Standard (AES) a 256 bit, a cui va aggiunta la procedura di autenticazione al server dell'ospedale tramite UserID e Password.

CONCLUSIONI

La tecnologia UMTS si è dimostrata estremamente valida se utilizzata in ambiente urbano, mentre ha dimostrato qualche limite legato alla copertura di rete nelle aree rurali; tra le tecnologie proposte comunque, sembra essere quella con il miglior rapporto costo/beneficio; inoltre l'utilizzo di una VPN per garantire la riservatezza dei dati sensibili risulta garantire un livello di sicurezza molo elevato. Tuttavia bisogna sottolineare che l'unica rete che può considerarsi completamente sicura è una rete completamente isolata.

ASPETTI GESTIONALI DEGLI OUTBREAK CAUSATI DA ALCUNI “ALERT ORGANISM”, RESPONSABILI DI INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA: DALL’INDAGINE EPIDEMIOLOGICA DEI CASI CLINICI ALLA TIPIZZAZIONE MOLECOLARE DEI GERMI SENTINELLA

Santangelo C[^], Carini SA*, Cunsolo R*, Barchitta M°, Valenti G°, Lunelio F°, Di Vincenzo F[^], Iacobello C[^], Agodi A°.

[^]UO Patologia Clinica - ° Dipartimento Scienze Biomediche, Università degli Studi di Catania

* Direzione Medica Ospedale V.Emanuele, Ferrarotto. S.Bambino

UO Malattie Infettive, AOU V.Emanuele – Policlinico di Catania.

INTRODUZIONE

Determinati e importanti patogeni, responsabili di colonizzazioni specie nei pazienti critici (come per es. *A. Baumannii* e *P. Aeruginosa*, *VRE*, *MRSA*), possono causare anche infezioni correlate all’assistenza come esito di una situazione endemica e/o rendersi responsabili di *outbreak* epidemici, come in alcune aree assistenziali ad alto rischio (terapie intensive). Infatti, alcuni di essi possono risultare frequentemente multi resistenti agli antibiotici, specie in ambienti in cui si fa un elevato consumo di antibiotici e, pertanto, spesso il trattamento con un numero limitato di molecole per l’antibioticoterapia costituisce l’unica opzione possibile. L’obiettivo di questo studio è stato quello di testare alcuni aspetti organizzativi utili per lo svolgimento di specifiche fasi di gestione di eventi epidemici: descrizione dell’indagine, intervento di controllo di *outbreak* sostenuto da ceppi multiresistenti agli antibiotici, introduzione di una procedura per la gestione di casi di colonizzazione/infezione nelle terapie intensive, valutazione metodologica dal punto di vista clinico, epidemiologico, infettivologico, microbiologico; verifica del grado di applicabilità della procedura.

PAROLE CHIAVE

Outbreak; gestione e controllo

CONTENUTI

La gestione di casi di colonizzazione/infezione da germi sentinella, responsabili di *out break* specie in reparti con terapia intensiva e segnalati dalla sezione microbiologica di patologia clinica, prevede: un’indagine epidemiologica al fine di confermare il sospetto del verificarsi di un *out break*; un efficace programma di controllo della diffusione epidemica; un’identificazione molecolare, (come nei casi di ICA provocati da *A. Baumannii*) mediante *Amplified Ribosomal DNA Restriction Analysis* (ARDRA) per la conferma dell’eventuale appartenenza di tutti gli isolati alle specie di microrganismi opportunisti sospettati nonché un’analisi dei microrganismi isolati mediante macrorestrizione del DNA genomico dopo *Pulsed Field Gel Electrophoresis* (PFGE) per la determinazione della clonalità per dimostrare sia l’appartenenza al medesimo clone sia la conferma del verificarsi di un *outbreak*. Al fine di controllare la diffusione epidemica dei germi sentinella, il programma di controllo include interventi di promozione e monitoraggio del lavaggio delle mani con acqua e sapone e l’uso frequente di gel a base alcolica per la decontaminazione delle mani.

CONCLUSIONI

La diffusione di microrganismi patogeni multiresistenti costituisce un fenomeno in continua evoluzione e rappresenta una crescente minaccia per la salute pubblica. Il fenomeno della multiresistenza viene per lo più associato ad un uso improprio degli antibiotici e alla mancata adozione da parte del personale sanitario di comportamenti atti a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi resistenti. Nonostante spesso capiti l’impossibilità a non identificare la fonte comune dei casi di acquisizione di germi sentinella, tuttavia dall’esperienza emerge che le misure di controllo adottate risultino molte volte efficaci nel porre fine all’*outbreak*. Pertanto, in futuro è necessario, affiancare alla procedura per la gestione dei casi di colonizzazione/infezione, la stretta osservanza delle misure di controllo atte ad evitare l’acquisizione e la diffusione di microrganismi patogeni opportunisti nonché la promozione di adeguate strategie nell’uso degli antibiotici.

VALUTAZIONE DECENNALE DEI MONITORAGGI AMBIENTALI NELLE SALE OPERATORIE DELLA EX ASL NA 2.

C. Sarnataro*, M.R. Cerasuolo*, R. Di Matteo**, F. Pecci***,
R. Romano x, M.R. Basile°, F.M. Pelosi°, Anna Punzo^, Carlo Fago^^

*Direzione Sanitaria P.O. S.M. delle Grazie

** Direzione Sanitaria P.O. A. Rizzoli

*** Direzione Sanitaria P.O. San Giuliano

° Responsabile UOSD Igienistica Chimico-Biologica Ambientale

°°Direttore UOC Prevenzione e Protezione

^ Direttore Sanitario P.O. San Giuliano

^^ Coordinatore Direzioni Mediche Ospedaliere

x Università Partenope di Napoli

PROLE CHIAVE

Sale operatorie, monitoraggi ambientali

INTRODUZIONE

Scopo di questo studio è stato quello di fornire un'analisi dell'andamento delle condizioni ambientali delle sale operatorie delle strutture ospedaliere della ex ASL Na2, per le quali le Direzioni Sanitarie e la UOD Igienistica Ambientale, in collaborazione con il Dipartimento di Igien e Scienze Mediche Preventive dell'Università degli Studi di "Federico II" di Napoli, coordinano le attività inerenti i monitoraggi ambientali ordinari e straordinari. L'impostazione metodologica attuata ha permesso la raccolta di dati, riferibili ad un decennio di monitoraggi, che hanno consentito di valutare l'efficacia degli interventi di adeguamento intrapresi.

CONTENUTI

L'indagine è stata effettuata presso 11 sale operatorie di 4 presidi ospedalieri afferenti alla ex ASL Napoli 2. Le sale operatorie sono state monitorate nel periodo gennaio 2000 – dicembre 2009 con cadenza semestrale con misura di parametri microbiologici, fisici e chimici. Complessivamente sono stati effettuati n° 1130 determinazioni microbiologiche, n° 248 controlli del microclima, n° 257 misure di ricambi aria/ora, n° 253 verifiche sulla dispersione di gas anestetici. Il monitoraggio microbiologico dell'aria è stato effettuato utilizzando un apparecchio SAS (Surface Air System), il campionamento di superfici e pareti è stato effettuato mediante l'utilizzo di piastre Rodac. Il controllo fisico dell'ambiente è stato realizzato con una stazione microclimatica Babuc A della Ditta LSI. Per il calcolo del numero di ricambi d'aria/h è stata utilizzata una sonda anemometrica a ventolina mod. BSV201 della ditta LSI. Il controllo chimico dell'aria ambientale è avvenuto tramite il rilevamento dei gas anestetici con campionamenti in continuo utilizzando un rilevatore fotoacustico Bruel & Kjaer mod. 1302. Il giudizio di conformità si è basato sugli standard dettati dalle "Linee Guida sugli Standard di Sicurezza e Igiene Ambientale del Reparto Operatorio", dal DPR 37/97, dalla DGRC 7301/01 e dalle Linee Guida ISPESL.

CONCLUSIONI

Il prospetto generale delle sale operatorie monitorate è descritto nella Tabella 1 e l'andamento negli anni nella Figura 1. I risultati dei controlli microbiologici mostrano che l'andamento delle percentuali di inidoneità riscontrate per superfici e pareti è stata pressoché costante negli anni, verosimilmente a testimonianza che le procedure di pulizia e sanificazione delle sale operatorie hanno raggiunto livelli di buona efficacia, mentre i campionamenti dell'aria hanno mostrato un andamento più difforme, probabilmente correlato a carenze di manutenzione atte a garantire l'efficienza dei filtri e dell'impianto di condizionamento. Il monitoraggio microclimatico sembrerebbe dimostrare un leggero trend di miglioramento, probabilmente dovuto agli interventi tecnici effettuati negli anni e finalizzati all'ammodernamento delle sale operatorie. I valori dei ricambi di aria/ora presentano una percentuale di inidoneità piuttosto bassa, buon indicatore di efficienza che garantisce, in gran parte, la discreta funzionalità delle sale operatorie. L'inquinamento chimico, ha mostrato riduzione dei livelli di inquinamento negli anni ma ancora frequenti picchi di valore superiore al limite di riferimento, da attribuirsi alla dispersione nel sistema di erogazione-evacuazione dei gas. I monitoraggi ambientali hanno rilevato situazioni a rischio consentendo tempestivi interventi mirati tecnici-impiantistici o comportamentali.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

IL TRASPORTO INTER-OSPEDALIERO DEL PAZIENTE “SISTEMA PROVINCIALE INTEGRATO PER IL PAZIENTE CRITICO”^{36° v.}

Scaturro – G. Migliazzo – A. Seminerio – G. Sciumè

Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale - ASP - Agrigento

Distretto Ospedaliero AG2 – P.O. “Giovanni Paolo II” Sciacca

Direzione Sanitaria

Il trasferimento inter-ospedaliero di un paziente critico permette l'accesso ad un livello di cura superiore a chi, in situazione di emergenza, è stato ammesso in un ospedale che non è in grado di fornirglielo.

Viene effettuato generalmente per:

- competenza di patologia (Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Centro Ustioni, ecc.),
- esecuzione d'indagini diagnostiche non eseguibili nell'ospedale di ricovero (TAC, RMN, Angiografie, ecc.)
- mancanza di posti letto.

Il progetto ha lo scopo di definire i criteri di standardizzazione e le modalità di trasferimento del paziente per continuità assistenziale e/o per accertamenti da eseguire presso altre Strutture esterne all'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento e/o tra i Presidi Ospedalieri della stessa Azienda Sanitaria Provinciale. Prevede momenti di formazione/informazione e condivisione - per le figure interessate alla gestione del trasporto inter-ospedaliero del paziente critico - con obiettivi mirati a stabilire:

le indicazioni per attivare un trasferimento;

i criteri clinici e selezione del paziente;

la tipologia di assistenza durante il trasferimento;

gli ospedali di riferimento.

In conclusione, il piano di lavoro ha il fine di garantire e soddisfare i bisogni di salute del paziente nella sua continuità assistenziale (trasferimento in strutture sanitarie di riferimento, trasferimento per consulto specialistico e relativo trattamento, trasferimento per indagini diagnostiche specialistiche, ecc.) con ricadute sul piano della “safety” e della “best practice” e, “last but not least”, standardizzare l'appropriatezza e la tracciabilità del processo (sanitario che trasferisce, sanitario che accompagna, sanitario che accetta).

(Segue sul sito www.anmdo.org)

IL RUOLO DELLA DIREZIONE SANITARIA NELL'IMPLEMENTAZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: LA VALUTAZIONE MULTI DIMENSIONALE

Maurizio Sebastiani*, Leonardo Incicchitti, Roberto Papa**, Daniela Frastalli *****

Direzione Medica Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I°, G. Lancisi, G. Salesi" di Ancona già Direttore Sanitario dell'INRCA; **Direzione Medica, Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I°, G. Lancisi, G. Salesi" di Ancona; *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche, Ancona.*

INTRODUZIONE

Il presente lavoro illustra l'impatto organizzativo ed i risultati prodotti dalla Direzione Sanitaria dell'INRCA nella conduzione di un percorso nell'ambito della continuità assistenziale. In particolare si presentano le fasi del progetto e della sua realizzazione. In altre parole, si vuole misurare l'efficacia della metodologia utilizzata nel migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria offerta mediante l'introduzione della VMD.

PAROLE CHIAVE

Ospedale, percorsi, VMD.

CONTENUTI

Nel 2004 la DS ha costituito un panel di esperti composto dai direttori delle unità di geriatria con l'obiettivo di definire, valutare ed implementare l'approccio multidimensionale come frutto dell'esperienza clinica maturata e dell'applicazione degli strumenti collegati. Il prodotto del gruppo di lavoro è risultato in una serie di scale di valutazione selezionate tra quelle validate dalla letteratura scientifica volte ad identificare i bisogni dei pazienti.

La Linea Guida è stata successivamente diffusa ai referenti del Sistema Qualità all'interno dei sette presidi dell'INRCA presenti in cinque regioni. Il mandato dei referenti è stato quello di provvedere alla formazione dei propri colleghi e di coordinare la somministrazione dei test raccogliendo i dati su programma informatico.

Dal corpus degli indicatori individuati con il fine di misurare l'efficacia della metodologia utilizzata, sono stati estratti quelli rappresentati in tab. 1 e grafico 1.

Si ricorda che nell'analisi sono stati inclusi i pazienti con età superiore a 75 anni, autonomi (o non autonomi da non più di sei mesi) e affetti da patologia anche oncologica ma non in fase terminale.

La Direzione Sanitaria ha gestito l'introduzione della VMD come obiettivo strategico incentivato a livello aziendale, ne ha favorito l'informatizzazione, ha promosso un programma di formazione rivolto a tutte le professioni coinvolte, ne ha diffuso i risultati a livello anche istituzionale.

CONCLUSIONI

I risultati presentati dimostrano la capacità della "istituzione" Direzione Sanitaria di mettere a "sistema" le migliori modalità organizzative attraverso l'acquisizione di metodologie proprie della Clinical Governance. L'adozione del modello presentato dimostra inoltre che questo approccio può essere una potente leva per la riduzione dell'autoreferenzialità della pratica clinica e per il miglioramento della qualità assistenziale offerta alla popolazione.

Nel merito è parere degli autori che debba essere introdotto in tutti gli ospedali del Servizio Sanitario Nazionale lo strumento della VMD prevedendo un flusso informativo obbligatorio tra Ospedale, MMG e Distretto.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

PROFILO ASSISTENZIALE PER LA DONNA VITTIMA DI VIOLENZA: ATTIVAZIONE DI UNA “RETE OSPEDALE-TERRITORIO”

Seri S*, De Bellis I**

* Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Senigallia, ASUR Marche Zona Territoriale N.4

** Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche

INTRODUZIONE

La violenza sessuale costituisce un problema sociale molto spesso sommerso e sottostimato che colpisce milioni di donne e le statistiche sono tutt'oggi insufficienti a misurare il fenomeno. Emerge quindi il bisogno di azioni finalizzate al trattamento delle lesioni fisiche e psicologiche, al sostegno delle vittime in tutte le fasi successive al verificarsi di un episodio di violenza e soprattutto alla prevenzione ed al contrasto della violenza.

PAROLE CHIAVE

Violenza donne, profilo di assistenza, rete ospedale-territorio.

CONTENUTI

La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Senigallia, nell'ambito del Protocollo d'Intesa “Progetto Donna” per la tutela delle donne vittime di violenza, promosso nell'anno 2004 dalla Provincia di Ancona, ha istituito un gruppo di lavoro multiprofessionale che, dopo uno specifico corso di formazione, ha pianificato un percorso assistenziale integrato per accogliere la donna vittima di violenza e accompagnarla nel difficile cammino di superamento del trauma.

Il progetto, che ha come obiettivo principale la centralità della donna e la sua presa in carico, guida gli operatori, adeguatamente formati, a riconoscere le varie tipologie di violenza e a decodificare le richieste di aiuto della donna. Attraverso la costruzione di una flow-chart, alla quale tutti gli operatori socio-sanitari coinvolti possono accedere in rete, si sono fornite le linee guida condivise con allegate le schede per la raccolta dei dati anamnestici, la descrizione dell'esame obiettivo e la documentazione fotografica, da adottare in emergenza per l'assistenza alla vittima. Il Pronto Soccorso è il punto di accoglienza dove la vittima riceve tutte le cure necessarie, dalla visita medica, al prelievo di campioni biologici, alla profilassi e al monitoraggio delle Malattie Sessualmente Trasmesse, al ricovero, se necessario.

Il profilo di assistenza prosegue poi in tempi successivi per individuare l'opportunità, caso per caso, di un intervento diversificato e specifico, anche attraverso un supporto psico-sociale e legale. Si è costituito un tavolo permanente formato da: “Consiglio delle Donne” del Comune di Senigallia, Assessorato alle Pari Opportunità, ASUR Marche ZT 4, Consulta del Volontariato (in particolare “Dalla parte delle donne”, costituita da volontarie che effettuano consulenze di natura legale e psicologica e “Femme Canaja” collettivo giovanile), Sindacati CGIL, CISL, CNA Impresa Donna, Forze dell'Ordine, per definire gli obiettivi generali e specifici del progetto, implementando un modello d'intervento specifico e garantendo l'ottimizzazione delle competenze professionali esistenti. E' stata così creata una “Rete” i cui nodi sono rappresentati dagli attori di cui sopra che, condividendo linguaggio e percorsi, sono in grado di garantire una presa in carico a lungo termine e un'integrazione tra interventi sanitari e sociali, affinché la donna si senta meno sola con la propria sofferenza.

CONCLUSIONI

Il profilo assistenziale elaborato ha l'ambizione di sperimentare un modello innovativo di organizzazione e di gestione del fenomeno della violenza, eventualmente trasferibile ad altre Zone Territoriali della Regione Marche che, ottimizzando le risorse, anche quelle delle Associazioni di Volontariato, minimizza i costi, garantendo l'integrazione tra intervento medico specialistico e quello di natura psico-sociale, con l'obiettivo finale di contribuire ad una migliore qualità della vita delle vittime di abuso e maltrattamenti.

ASPETTI INNOVATIVI NEL NUOVO DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA DI GROSSETO: ACCOGLIENZA E PERCORSI

P. Sodano*, M. Breggia **, G. Taddei**, A. Lenzi***

*Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Grosseto,, **D.E.U AUSL9 Grosseto, ***Resp.le Progetto D.E.U. Grosseto

INTRODUZIONE

La recente apertura del nuovo Pronto Soccorso dell'Ospedale di Grosseto sta consentendo, con evidenti ed incoraggianti risultati, una nuova organizzazione dell'accoglienza e dei percorsi assistenziali, questi ultimi realmente orientati all'intensità di cura necessaria ai diversi pazienti afferenti al DEU del P.O. Provinciale di Grosseto.

E' stata, infatti, modificata la presa in carico del paziente, ottimizzando i tempi d'attesa per ottenere le prime e più urgenti risposte assistenziali, più rapido risulta il "timing" di valutazione del paziente grazie alla funzionalità dei nuovi, potenziati, percorsi che prevedono un adiacente Sezione d'urgenza Radiologica ed il Laboratorio Analisi, connesso al nuovo P.S. mediante servizio di posta pneumatica.

PAROLE CHIAVE

accoglienza, percorsi differenziati, intensità di cure

CONTENUTI

Accoglienza e front office

La presa in carico della persona e dei suoi accompagnatori è curata sin dai primi momenti dall'accesso in Pronto Soccorso. Sono state apportate importanti modifiche infatti sia nella fase di accoglienza che nelle funzioni di front office e, complessivamente, si stanno ottenendo risultati importanti.

L'area Accoglienza è stata concepita con l'introduzione di alcune novità: schermo 42 pollici con visione di Rai News 24 e contestuale aggiornamento, in tempo reale, dei codici colore in attesa, istituzione di un servizio di ristoro gratuito che transita ad orari definiti, distribuzione di materiale informativo sanitario, disponibilità di quotidiani e riviste, distributori automatici di bevande e generi di conforto in funzione h/24. Per la funzione di accoglienza è stato, in particolare, attivato uno specifico servizio con personale dedicato, nelle ore diurne. Gli operatori hanno il compito di fornire informazioni sulle modalità di funzionamento del Pronto Soccorso, raccordarsi con l'Infermiere di triage e con i Medici per facilitare la comunicazione con i familiari in attesa, intervenire per migliorare il comfort degli utenti, verificandone direttamente le necessità.

Tale personale infatti occupa un desk, posto in modo strategico al fine di vigilare sull'area attesa familiari-accompagnatori, pronti a cogliere eventuali loro esigenze.

Il personale dedicato, infine, cura la somministrazione di un questionario teso a verificare il gradimento del servizio di accoglienza.

Percorso del Paziente

Per favorire il modello di un P.S. organizzato per "intensità di cure" sono stati individuati e diversificati i percorsi per pazienti necessitanti di *alta e media intensità* assistenziale (codici rossi, gialli e verdi) rispetto a quelli a *bassa intensità* (codici bianchi e azzurri).

Esistono dunque percorsi, separati, in base al codice di priorità attribuito al paziente al momento del triage.

Codice BIANCO-AZZURRO, con attesa e percorso esclusivo in area dedicata e separata dal cuore del P.S., dedicato ai pazienti più impegnativi.

Codice VERDE che prevede, dopo le prime cure, l'eventuale osservazione del paziente in un'area di monitoraggio dedicata alla gestione vigile del paziente, con presenza di operatore di supporto, e se ritenuto opportuno, anche di un familiare.

Codice GIALLO con ingresso rapido in sala visita e successiva assistenza del paziente, sotto costante monitoraggio delle funzioni vitali, in area dedicata e sorvegliata da personale infermieristico.

Codice ROSSO con accesso immediato in area dedicata ad alta intensità di cure (shock-room) mediante percorso esclusivo e dedicato ai soli pazienti critici.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

STUDIO DI PREVALENZA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE NEL PRESIDIO OSPEDALIERO MONS. DIMICCOLI DI BARLETTA

E. Tato[°], N. Rufini[°], P. Nardella[^], F.G. Doronzo[°], F.P. Polemio^{*}.

[°]Direzione Medica di Presidio

^{*}Direzione Sanitaria ASL BAT

[^]Università Cattolica del Sacro Cuore-Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

OBIETTIVI

Le infezioni ospedaliere costituiscono a tutt'oggi una grande sfida ai sistemi di salute pubblica poiché hanno un elevato impatto sui costi sanitari e sono indicatori della qualità del servizio offerto ai pazienti ricoverati. L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare la prevalenza di infezioni ospedaliere e di fornire informazioni da utilizzare per sviluppare piani e procedure organizzative finalizzate al loro controllo.

MATERIALI

E' stata valutata la prevalenza di infezioni comunitarie ed ospedaliere del P.O. Mons. Dimiccoli di Barletta - ASL BAT- Distretto 4, nella settimana tra 16 e 21 Novembre 2009. Sono stati considerati eleggibili i pazienti ricoverati in regime ordinario, ad eccezione dei ricoverati in giornata e di quelli in dimissione. Per la definizione di caso sono stati utilizzati i criteri forniti dai CDC di Atlanta.

RIASSUNTO

Su una disponibilità giornaliera di 256 posti letto, nella settimana in esame, sono state visionate 201 cartelle cliniche, arruolando nello studio 132 pazienti. I dati sono stati archiviati su PC utilizzando Excel e successivamente analizzati utilizzando il software statistico Epi Info 2003. Sono state rilevate 12 infezioni ospedaliere e 32 infezioni comunitarie. Le sedi maggiormente interessate sono risultate le vie urinarie (34%) seguite dalle alte vie respiratorie, dall'infezione della ferita chirurgica e dalle infezioni disseminate (11,3%). Il 63% dei 45 pazienti ricoverati nei reparti chirurgici era stato sottoposto ad intervento chirurgico. Il 60% degli interventi chirurgici sono stati classificati come puliti, il 20% come puliti-contaminati e il 16,4% come contaminati o sporchi. Al momento dell'indagine, 67 pazienti (50,7%) stavano effettuando terapia antibiotica, il 44,2% per profilassi, il 48,7% per terapia e il 7,1% per terapia dopo antibiogramma. Dei 29 pazienti che erano stati sottoposti ad intervento chirurgico, il 46% aveva effettuato terapia antibiotica per profilassi chirurgica. Nel 71,7% delle infezioni ospedaliere è stato effettuato un esame colturale per isolare l'agente patogeno responsabile.

I microrganismi più frequentemente isolati sono risultati: *Pseudomonas aeruginosa* (13,2%) e *Candida albicans* (11,3%). Gli antibiotici più frequentemente utilizzati sono state le cefalosporine (non specificate) con il 28%.

CONCLUSIONI

Fermo restando l'utilità di tali indagini trasversali ripetute nel tempo, restano tuttora aperti diversi problemi: stabilire con precisione l'incidenza del fenomeno in particolari ambiti (reparti chirurgici, terapie intensive) con studi mirati; implementare l'adozione di linee guida sul corretto utilizzo di antibiotici; incrementare il ricorso al laboratorio per la diagnosi eziologica delle infezioni.

LA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO DELL'ASL DI BIELLA QUALE ATTORE NELLA COSTRUZIONE DI UNA RETE CONTRO LA VIOLENZA DELLE DONNE

A.Tedesco*, A. Penna**, B.Bragante*, P. Trevisan * D'Aloia*, M. Givonetti^{oo}, L. Savoia[^], I. Grossi^o,

**Dirigente Medico Direzione Medica Ospedale ASL BI, **Direttore Direzione Medica Ospedale ASL BI, ^{oo}Coordinatore Centro Anti Violenza Città di Biella, [^]Direttore Distretto 1 Biella, ^oDirettore Sanitario ASLBI*

PAROLE CHIAVE

Integrazione Ospedale Territorio

INTRODUZIONE

La violenza sulle donne è riconosciuta come un grave problema sociale che ha raggiunto proporzioni mondiali epidemiche. Così come anche in fatto di incidenti domestici, per una quota percentuale che supera il 90% dei sinistri, le donne vantano un singolare primato. Anche nella Provincia di Biella vengono registrati casi di violenze, e ragionevoli ipotesi farebbero presagire che anche in passato casi di questo genere avrebbero colpito donne di ceti e culture differenti; oggi più che mai, si stanno affermando, negli enti locali soprattutto, politiche sociali in grado di dare vita a progetti atti a costituire o ad agevolare la costituzione di reti in grado di garantire una maggiore sicurezza diffusa alle vittime.

CONTENUTI

Nell'ottica di una collaborazione fra ASL e Territorio, il giorno 8 marzo 2010, 'Giornata Internazionale della donna', è stato firmato il "Protocollo d'intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto della violenza nei confronti delle donne e ai " Primi interventi urgenti a sostegno di attività a favore di donne vittime di violenza fisica e sessuale", da parte del Presidente della Provincia di Biella, del Direttore Generale dell'ASL BI, dei Presidenti dei due consorzi I.R.I.S. di Biella e C.I.S.S.A.B.O. di Cossato e della Consigliera di Parità della Provincia di Biella. Le finalità del protocollo consistono nel coordinare un Centro di Ascolto Antiviolenze (CAV), già attivato, nell'ambito del Consultorio familiare, in collaborazione con tutti i servizi, gli Enti e le Associazioni interessate, attraverso la valorizzazione delle risorse umane presenti e l'individuazione di collaboratori qualificati indispensabili per le azioni di accompagnamento dei soggetti che si rivolgeranno al servizio. Il Centro d'Ascolto Antiviolenza (CAV) offre accoglienza gratuita alle donne il martedì dalle ore 09.30 alle 11.30 ed il giovedì dalle ore 15.00 alle 17.00. Ed è inoltre possibile telefonare al Numero Verde 800 266 233 oppure recarsi di persona. All'interno del Presidio Ospedaliero, tramite il coordinamento della Direzione Medica Ospedale, è stato creato un nucleo operativo multidisciplinare (personale in servizio presso il 118, il Pronto Soccorso, la Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia, la Struttura Complessa di Pediatria, la Struttura Complessa di Chirurgia ad Alta Complessità, la Struttura Complessa di NPI, Struttura Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, dalla Struttura Semplice di Psicologia, il SERT) per l'intervento nei casi di violenza tramite specifici protocolli, e che opera o in stretta sinergia con gli altri Enti o Associazioni del territorio.

CONCLUSIONI

La violenza contro le donne esiste e non è in diminuzione (anche se sottostimata). In Europa infatti è ritenuta una fra le prime cause di morte delle donne nella fascia di età tra i 16 e i 50 anni. È un fenomeno che si sviluppa soprattutto nell'ambito dei rapporti familiari e coinvolge donne di ogni estrazione sociale, di ogni livello culturale, provocando danni fisici e gravi conseguenze sulla salute mentale. Si pensava che il fenomeno in una città di piccole dimensioni come Biella (circa 190.000 abitanti) fosse molto meno presente; in realtà, anche dai dati che emergono dal Centro Anti Violenza, vi sono sempre più donne che trovano il coraggio di denunciare questi maltrattamenti.

ASL BI – ESITI E PROSPETTIVE DI UN PROGETTO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN AMBITO OSPEDALIERO SUI FARMACI EQUIVALENTI, INIBITORI DI POMPA PROTONICA E SARTANI PER LA CONTINUITA' TERAPEUTICA OSPEDALE-TERRITORIO

P. Trevisan°, A. Penna°, G. Boltri*, L. Clemente*, G. Di Giorgio*, L. Pivano*, S. Pronsati*, A. Tedesco°, B. Bragante°, F. D'Aloia, G. Grossi.

* S.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale ASL BI

° Direzione Medica ASL BI

+ Direzione Sanitaria ASL BI

PAROLE CHIAVE

Appropriatezza, lettere di dimissione, farmaci equivalenti.

INTRODUZIONE

L'ASL di Biella, aderendo ad un Progetto della Regione Piemonte, ha avviato nell'anno 2007 un'iniziativa finalizzata al miglioramento dell'Appropriatezza Prescrittiva, alla continuità ospedale-territorio, incrementando qualità e completezza delle informazioni da Specialista a MMG e coniugando l'aspetto sanitario a quello economico.

CONTENUTI

Gli obiettivi si sono realizzati attraverso:

interventi di sensibilizzazione degli Specialisti sull'impatto che il loro comportamento prescrittivo genera sul territorio, anche con incontri ad hoc e presentazione di documentazione scientifica indipendente

incremento qualità delle lettere di dimissione e dei consigli terapeutici

incremento/decremento di farmaci indicatori di appropriatezza/inappropriatezza.

All'avvio del progetto, la Regione prevedeva il coinvolgimento di almeno 4 Strutture Ospedaliere e un numero elevato di indicatori che spaziavano dai diuretici ai farmaci per il diabete di tipo II ai farmaci equivalenti.

Nel corso del progetto si è considerato che le classi terapeutiche più "critiche", sia per potenziale di inappropriatezza sia per il costante incremento della spesa farmaceutica convenzionata, sono gli Inibitori di pompa protonica, tra cui Esomeprazolo, e i Sartani, sempre più prescritti in prima battuta (nel 2008 lo Studio Ontarget ha dimostrato la non superiorità di Telmisartan verso Ramipril su importanti esiti clinici quali morte cardiovascolare, infarto, stroke..)

Nel 2009, la Direzione Sanitaria, la Direzione Medica di Presidio e la S.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, referente del Progetto, hanno ritenuto più opportuno concentrarsi sui seguenti indicatori:

incremento n° farmaci equivalenti sul totale farmaci prescritti

uguale o decremento n° di Inibitori di Pompa Protonica suggeriti

incremento n° IPP equivalenti sul totale IPP prescritti

n° e qualità principi attivi di ACE Inibitori e di Sartani

decremento rapporto numerico Sartani su Ace Inibitori

incremento completezza dati formali e anagrafici nelle Lettere dimissione

Si sono ampliate a 9 le Strutture coinvolte: Cardio, Gastro, Nefro, Malattie Infettive, Med. Riabilitativa, Med. Semintensiva, Med. Interna, Trauma e Lungodegenza.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

AZIENDA OSPEDALIERA “OSPEDALE SAN SALVATORE” PESARO ISTRUZIONE OPERATIVA: “DONAZIONE E PRELIEVO CORNEE”

C. Valenti, E. Berselli, G. Tassinari, C. Serrao, M.S. Giamprini

Direzione Medica di Presidio

PAROLE CHIAVE

Cornee, donazione, banca.

INTRODUZIONE

Lo scopo della Istruzione Operativa (I.O.) “Donazione e Prelievo Cornee” vigente nell’Azienda Ospedaliera di Pesaro è definire il percorso organizzativo delle attività inerenti il processo e sensibilizzare i Sanitari sull’importanza della donazione.

Nel febbraio 2001 è stato elaborato il primo protocollo sulla donazione di cornee dalla Direzione Medica di Presidio (DMP) in collaborazione con i Medici Oculisti e il Coordinatore Locale Trapianti (C.L.T.); negli anni successivi il protocollo è stato convertito in I.O. secondo i criteri della Certificazione di Qualità Aziendale e aggiornato periodicamente.

Nel periodo della promozione della donazione delle cornee nell’Ospedale di Pesaro non esisteva ancora una Banca di riferimento per i tessuti corneali nella Regione Marche, pertanto le cornee prelevate venivano inviate alla Banca degli Occhi del Veneto.

Nel 2002 è stata istituita la Banca degli Occhi di Fabriano, (riferimento per le Marche del Nord Italia Trasplant program, NITp), che ha condiviso e recepito il protocollo aziendale di Pesaro e lo ha reso ufficiale per tutte le realtà ospedaliere delle Marche.

L’adozione del protocollo, ha portato ad ottenere un elevato numero di donazioni di cornee. Negli anni a seguire le donazioni, pur numerose, hanno registrato una diminuzione, rendendo necessari interventi migliorativi da parte della DMP per aumentare l’attenzione dei Sanitari coinvolti nella donazione, che si sono tradotti in un monitoraggio delle attività, un’analisi delle problematiche e nell’adozione di azioni correttive mediante invio agli interessati di comunicazioni esplicative e richiamo all’utilizzo puntuale e corretto della scheda: “Dichiarazione di avvio della procedura per il prelievo di tessuti oculari”.

Le azioni migliorative hanno ottenuto risultati soddisfacenti e sono state intraprese in coerenza con l’obiettivo assegnato dalla Regione Marche ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di incrementare di almeno il 5% le donazioni di cornee sul numero totale dei decessi annui nelle strutture ospedaliere.

CONTENUTI

Preliminarmente all’elaborazione dell’I.O. sono state analizzate le norme di legge vigenti e i documenti aziendali relativi all’argomento.

L’I.O. è stata elaborata considerando prioritari i seguenti aspetti: definizione delle responsabilità, descrizione delle attività, modulistica standardizzata in coerenza con quella della Banca degli Occhi delle Marche, obbligatorietà di impiego della scheda “Dichiarazione di avvio della procedura per il prelievo di tessuti oculari” da parte dei Sanitari per ogni potenziale donatore.

Elemento strategico per il raggiungimento dell’obiettivo è stato affidare il coordinamento del processo donazione e prelievo alla DMP, che interviene direttamente negli adempimenti medico legali e negli aspetti organizzativi del processo medesimo, sotto il profilo operativo, di gestione documentale e di problem solving.

L’I.O. è stata aggiornata nel 2010 ed inserita nel portale aziendale Intranet per un facile accesso a tutti i Sanitari.

CONCLUSIONI

La donazione di tessuto corneale presenta da alcuni anni nelle Marche un trend positivo.

La presenza di una realtà, consolidata nel territorio, come la Banca degli Occhi di Fabriano, ha determinato un più diffuso e capillare approccio al tema della donazione negli Ospedali.

Dal 2001 ad oggi l’Azienda Ospedaliera di Pesaro è sempre stata il primo donatore di cornee nelle Marche ponendosi anche al di sopra della media nazionale delle donazioni.

LEGGE 80/06: PATOLOGIE ONCOLOGICHE ED INVALIDITA' CIVILE NEL D.S.B. 27 ASL NAPOLI 1 CENTRO

Vitale

ASL Napoli 1 Centro

INTRODUZIONE

La legge 80/06 prevede procedure agevolate per la erogazione dei benefici connessi alla invalidità civile a favore dei soggetti affetti da patologie oncologiche; l'applicazione sistematica di tale normativa ha consentito di sperimentare un modello organizzativo che ,tramite la rilevazione dei casi oncologici tra gli utenti sottoposti ad accertamento di invalidità civile, consente di ottenere dati epidemiologici circa la distribuzione e la frequenza delle neoplasie nell'ambito dei quartieri Vomero- Arenella , distinte per sesso, apparato ed ambito di residenza .I quartieri oggetto dello studio sono stati suddivisi in 5 zone: Vomero alto, San Martino, Centro, Vomero Ovest, Camaldoli. Gli organi o apparati sono : cute, emopoietico , fegato , ignoto , intestino , mammella , nervoso , osso , ovaio , pancreas , peritoneo , polmone , prostata , rene , stomaco, tiroide, utero, vescica, vie biliari.

PAROLE CHIAVE

Invalidità civile, neoplasie.

CONTENUTI

Lo studio è iniziato a febbraio 2009: tra gli utenti sottoposti ad accertamento di invalidità civile sono stati estrapolati , fino al 13.4.2010, **543** casi relativi a patologie oncologiche. Si riportano i dati rilevati: **,maschi 208 ,femmine 335. Zona 1- Vomero alto n. 159:** cute 1,emopoietico 19, fegato 2, intestino 21,mammella 47,altro 2,nervoso 2,occhio 2,osso 2,ovaio 3, peritoneo 1, polmone 23, prostata 6, rene 2, stomaco 8, tiroide 1, utero 4, vescica 8, vie biliari 5.**Zona 2 – San Martino n. 21:** polmone 1,intestino1,mammella 8, emopoietico 5,pancreas 1, polmone 1, prostata 2, rene 1, utero 1. **Zona 3- Centro n. 226:**mammella 50, emopoietico 27 , intestino 43, fegato 8, cute 4, altro 4, ignoto 2, laringe 3, nervoso 5, osso 1, ovaio 5,pancreas 5, peritoneo 1, polmone 24,prostata 10, rene 7, stomaco 7, tiroide 4, utero 6, vescica 9.**Zona 4 – V. Ovest n. 122:**cute 3, emopoietico 7, intestino 18, mammella 27, fegato 3, altro 3, laringe 4, nervoso6, vescica 8, ovaio 4, pancreas 6, polmone 18, prostata 3, rene 1, stomaco2, tiroide 4, utero 5. **Zona 5- Camaldoli n. 14:**mammella 3, emopoietico 5, intestino 1, altro 1, polmone 1, prostata 1, vescica 1, vie biliari 1.

CONCLUSIONI

Il modello organizzativo applicativo della legge 80/06, utilizzato dalla U.O.Invalidi civili del D.S. B. 27 A.S.L. Napoli 1 Centro consente la semplificazione degli adempimenti amministrativi per l'accertamento della invalidità civile a favore dei pazienti oncologici, garantendo l'espletamento della visita entro 15 giorni dalla domanda e l'immediato rilascio della certificazione provvisoria utile per il godimento dei benefici socio-assistenziali spettanti .I dati conclusivi circa la prevalenza dei tumori rilevati , distinta per zona e sesso, sono dettagliatamente descritti nel poster illustrativo predisposto.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: L'AZIENDA OSPEDALIERA ORDINE MAURIZIANO DI TORINO VERSO UN NUOVO FUTURO

*Arianna Vitale, *Barbara Mitola, *Iolanda Vigna, *Silvio Falco, §Silvia Torrenco,

@Annalisa Gasco, *Paola Malvasio

*Direzione Sanitaria

§Dipartimento Tecnico Logistico

@SC Farmacia

AO Ordine Mauriziano, Torino

INTRODUZIONE

La Regione Piemonte ha individuato nell'HTA uno strumento di governo clinico che ben supporta le decisioni aziendali e regionali per l'acquisizione di tecnologie sanitarie innovative (D.Lgs 229/99;PSSR2007-2010). L'introduzione dell'HTA in AO è una possibile soluzione alla criticità - odierna e attuale - della limitatezza delle risorse in quanto ne assicura un'opportuna allocazione secondo criteri di appropriatezza e di priorità.

PAROLE CHIAVE

HTA , appropriatezza, piano strategico aziendale acquisti

CONTENUTI

Da luglio 2009, l'AOOM ha predisposto la formazione di una commissione multiprofessionale e multidisciplinare HTA dedicata a valutare le nuove tecnologie sanitarie e l'appropriatezza del loro acquisto e utilizzo. La commissione, collocata in staff alla Direzione Generale nel Piano aziendale strategico di Riqualificazione dell'assistenza e di Riequilibrio economico-finanziario 2007-2010, è costituita da due componenti (D.A.n.210,23/3/2010): decisionale tattico-strategica (Direzione Sanitaria, Provveditorato), clinico tecnica (Clinici, SITRO, Farmacia, Ingegneria clinica, Sistemi informativi, Ufficio tecnico, SPP, Fisica sanitaria). L'obiettivo è valutare secondo criteri scientifici, basati sull'evidenza, in termini di sicurezza ed efficacia la tecnologia sanitaria di nuova acquisizione o innovativa in sostituzione dell'obsoleta. La commissione esaminerà le tecnologie sulla base dell'impatto clinico, organizzativo ed economico (alta tecnologia, dispositivi medici invasivi che richiedono formazione ad hoc degli operatori,...), attenendosi al Regolamento che disciplina l'attività di HTA aziendale, fornendo parere motivato sulle proposte di introduzione di tecnologie sanitarie, onde evitare l'impiego di tecnologie sprovviste di sufficiente evidenza o la duplicazione di attrezzature già esistenti, ma sottoutilizzate.

E' prevista la diffusione e l'implementazione del Regolamento HTA entro giugno 2010.

Il percorso HTA è facilitato dall'utilizzo di moduli allegati al Regolamento:

A: richiesta tecnologia sanitaria

B: valutazione e parere commissione

C: cessione in prova

Il parere tecnico della commissione HTA sarà la base per predisporre un efficace e appropriato piano strategico aziendale acquisti annuale. Le strutture coinvolte nella commissione svolgeranno ruoli differenti, ma complementari, condividendo la responsabilità delle scelte attuate (vedi tabella 1).

L'attività della commissione sarà monitorata da indicatori appositi quali le schede di valutazione contenenti i pareri della commissione, disponibili su Intranet per garantire la trasparenza del processo di valutazione.

CONCLUSIONI

Velocità di innovazione tecnologica, obsolescenza delle tecnologie in uso negli ospedali, conseguente richiesta dei clinici di aggiornare il parco elettromedicali, bisogno espresso dagli utenti di avere apparecchiature diagnostiche e terapeutiche innovative efficaci e sicure hanno creato la necessità per l'AOOM di appropriarsi di un processo di valutazione delle tecnologie sanitarie dinamico e flessibile, rivolto al futuro.

In questo contesto nasce la commissione HTA AOOM come strumento di programmazione e organizzazione per rispondere ai bisogni dell'utenza e alle esigenze degli operatori, basandosi sull'evidenza scientifica quale fondamentale supporto alle scelte operate, alla ricerca del consenso tra diverse professionalità aziendali e al confronto con stakeholder che ormai è imprescindibile coinvolgere nei processi decisionali in sanità: i cittadini.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

36° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

COMUNICAZIONI

PROGETTO P.U.M.A

A. Appicciafuoco* A. Alessandri* S. Brugnoli*; E. Carucci°; S. Naldini*; V. Vinante°

** Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio – ASL 10 Firenze*

° Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva

Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

L'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF) ha deliberato nel 2005 un progetto denominato P.Um.A con l'obiettivo principe di promuovere e favorire l'umanizzazione e l'accoglienza nei percorsi assistenziali dei pazienti-utenti. Nell'ambito di tale progetto sono state affrontate diverse aree tematiche. Oltre al raggiungimento di vari obiettivi è stata riscontrata una decisa partecipazione dei dipendenti soprattutto nel promuovere idee ed iniziative atte a prendersi carico delle aspettative, e non solo dei bisogni, dei singoli utenti.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni nell'ambito sanitario si è assistito ad una accelerazione dei ritmi di cura con erogazione di servizi sempre più efficaci ed efficienti, a cui non è sempre corrisposta un'analoga attenzione agli aspetti relazionali e di socializzazione. Questa nuova condizione porta con sé la necessità di un cambiamento, un riorientamento delle strutture sanitarie in modo da recuperare una visione antropocentrica che in qualche modo vada a bilanciare la visione tecnocentrica. Nei primi mesi del 2005 l'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF) ha avviato un progetto denominato P.Um.A "Umanizzazione ed Accoglienza" con l'obiettivo principale di curare i cittadini-utenti, territorialmente afferenti, facendosi carico delle loro aspettative e non solo dei loro bisogni prettamente assistenziali.

MATERIALI E METODI

Per cambiare uno stato di cose ormai cristallizzato ci vuole un nuovo modo di lavorare, un nuovo modello organizzativo, uno strumento in grado di riorientare il comportamento degli attori interni ed esterni all'organizzazione coinvolti nella realizzazione dei servizi di tutela della salute, di accrescerne il valore e di creare e aumentare il loro senso di appartenenza all'organizzazione stessa. Il Project Management è uno dei modelli utilizzati a tal fine. Questo nuovo sistema gestionale ha come caratteristica fondamentale quella di avvalersi di progetti, intesi come insieme di persone, risorse e fattori organizzativi riuniti temporaneamente per raggiungere obiettivi specifici. E' uno strumento capace di indirizzare lo spirito di una organizzazione verso il "lavoro per progetti", "per processi", "per risultati", privilegiando la cultura del gruppo rispetto a quella del singolo.

La Direzione Generale della ASF ha ufficializzato il progetto P.Um.A con delibera aziendale del 28/04/2005 individuando il Project Leader che a sua volta, assieme al Project Manager, ha istituito un team multiprofessionale caratterizzato da persone provenienti da aree e funzioni aziendali differenti che, al di là dei diversi livelli di collocazione gerarchica, hanno lavorato in modo congiunto al raggiungimento degli obiettivi individuati. In delibera è stato inoltre identificato un periodo di 5 anni come tempo necessario per la re-ingegnerizzazione dei processi primari di produzione.

Il progetto P.Um.A ha lavorato per diverse aree tematiche:

Accoglienza e mediazione culturale

Diversità religiose e culturali

Comunicazione interna ed esterna

Privacy

Monitoraggio qualità percepita

Degenza e comfort fisico

Cura dell'utente

Ospedale senza dolore

Cura del dipendente

Il gruppo P.Um.A ha assunto il compito di formare una nuova cultura fra i dipendenti, un nuovo e diverso approccio al proprio lavoro ed al rapporto medico-paziente. Il gruppo centrale doveva allargare a macchia d'olio permeando di questo nuovo modo di sentire tutte le organizzazioni e le strutture aziendali, anche quelle più periferiche. Sono stati formati referenti di presidio, 486 "facilitatori" dell'accoglienza, cioè operatori sanitari capaci di avvicinare l'organizzazione all'utente e gli utenti all'organizzazione.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI IN OSPEDALE: STRATEGIE DI PREVENZIONE ED INTERVENTI DI DECONTAMINAZIONE

E. Alliata, A. Berri, S. Boni

IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Istituti Scientifici di Veruno (NO) e Pavia

Vengono illustrate le strategie di prevenzione e controllo della legionellosi messe in atto presso l'Istituto Scientifico di Veruno dell'IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri. In particolare vengono evidenziate le esperienze di bonifica della rete idrica tramite modifiche tecniche dell'impianto di riscaldamento dell'acqua.

PAROLE CHIAVE

Legionellosi – bonifica – scambiatori termici

INTRODUZIONE

Lo sviluppo di casi di legionellosi presso le strutture sanitarie rimane una eventualità sempre presente. Per contrastare questo rischio vengono in molti casi attuati processi di disinfezione aggiuntivi.

La scelta di intervenire con un trattamento dell'acqua è stato dimostrato non essere esente da rischi, è stato visto che il trattamento con ioni rame-argento perde di efficacia nel tempo e la disinfezione con cloro a volte determina una pressione selettiva a favore del sierogruppo S1. Gli impianti vecchi sono spesso ricchi di rami morti, o sono scarsamente coibentati o sono costruiti con materiali che non sopportano l'azione ossidativa del cloro: spesso sono presenti sacche dove i mezzi di bonifica possono giungere con difficoltà. Un gran numero di fattori è in grado di influenzare l'esposizione a Legionella in ambiente ospedaliero rendendo spesso difficile la correlazione tra carica batterica ambientale e casi diagnosticati. La mancanza di una chiara correlazione dose-effetto e di una soglia limite definita, unite all'assenza di un mezzo completamente efficace per la bonifica del sistema idrico sono state fino a oggi i punti deboli di ogni strategia di controllo della legionellosi.

Ormai da diversi anni, si sono moltiplicate le esperienze di strutture sanitarie, non solo italiane, che sperimentano sistemi di disinfezione aggiuntivi. Pur sottolineando l'importanza di una corretta manutenzione dell'impianto idrico, diverse Linee Guida dedicano in realtà più spazio alla descrizione dei diversi sistemi di disinfezione aggiuntivi che non a possibili strategie di revisione e gestione degli impianti stessi.

MATERIALI E METODI

L'Istituto Scientifico di Veruno fa parte dell'IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri che conta 17 strutture distribuite su tutto il territorio nazionale. L'Istituto di Veruno ha 315 posti letto suddivisi in riabilitazione cardiologica, pneumologica, neurologica e fisiatria ed effettua circa 5000 ricoveri annui. Sono presenti due aree di assistenza intensiva per pazienti instabili ed un'area protetta per pazienti con grave cerebrolesione acquisita. Presso l'Istituto non sono mai stati diagnosticati casi di legionellosi nosocomiale.

Il primo nucleo della struttura è stato completato nei primi anni settanta e ha subito un ampliamento verso la metà degli anni novanta. L'impianto idrico delle due porzioni della struttura è indipendente e alimentato da due diverse centrali. Le centrali sono collocate in un'area esterna al corpo della struttura distante circa 150 metri. In seguito a campionamenti effettuati in modo sistematico sui punti critici dell'impianto a partire dal 2005, sono stati organizzati incontri periodici tra Direzione Sanitaria, Servizio Prevenzione e Protezione, progettista dell'impianto e manutentori. Alcune caratteristiche dell'impianto, legate all'età della struttura e ai materiali utilizzati nella prima costruzione, sono apparse subito critiche e limitanti sia la possibilità di effettuare interventi di shock termico o chimico sia la possibilità di adottare, con costi sostenibili, sistemi di disinfezione potenzialmente efficaci. E' stato quindi concordato di avviare un piano coordinato di interventi correttivi strutturali sull'impianto stesso. In una prima fase, oltre alla sistematizzazione della manutenzione periodica, sono stati effettuati i seguenti interventi: installazione di filtri terminali per pazienti ad alto rischio, sostituzione dei bollitori con nuovi modelli in acciaio inox, sostituzione delle tubature poste tra le centrali e il corpo della struttura con tubazioni coibentate, sostituzione ai terminali dei lavandini del rompigetto a rete con modelli a crociera.

In una seconda fase è stata realizzata l'installazione di uno scambiatore termico a monte del bollitore di una delle due centrali, per permettere il mantenimento delle temperature nel range necessario. Sono state inoltre avviate le operazioni necessarie a porre in equilibrio le pressioni dei diversi tratti del circuito di ricircolo.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

LA GESTIONE DELLA MORTE IN UNA SOCIETÀ MULTICULTURALE

Roberto ARIONE, Lorenzo TOSELLI, Maria Carmen AZZOLINA

AOU S. Giovanni Battista di Torino

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si assiste ad una presenza nel tessuto sociale locale di un sempre più consistente flusso di cittadini provenienti da altri paesi Europei e soprattutto Extraeuropei; questo implica la necessità di confronto e di integrazione tra diverse religioni ed usanze.

Tale problema è presente anche in ospedale nell'ambito dell'assistenza religiosa e della gestione del decesso. L'evento della morte rappresenta infatti un grande impatto emotivo nel vissuto personale, spesso molto più avvertito dalle popolazioni extraeuropee tradizionalmente legate ad un concetto di nucleo familiare consolidato, in parte ormai mutato nei paesi occidentali.

PAROLE CHIAVE

Morte, società multiculturale, camere mortuarie

MATERIALI E METODI

Nelle camere mortuarie del Presidio Molinette dell'AOU San Giovanni Battista di Torino, il più grande ospedale del Piemonte, vengono ospitate in un anno circa 2.000 salme, di cui il 15% di nazionalità straniera.

Nel 2009 sono stati celebrati 118 riti di altre culture.

Nell'ambito di una riorganizzazione dell'attività svolta in camera mortuaria, finalizzata in particolare ad una più compiuta tutela del dolente, dal 2007 la Direzione sanitaria di presidio ha sviluppato, con la collaborazione degli operatori coinvolti in prima persona nell'attività di gestione operativa, una valutazione di quelle che sono le usanze dei cittadini provenienti da altri Paesi; questo al fine di rispondere meglio ai loro bisogni e rendere più agevole l'integrazione nel tessuto locale, evitando tensioni legate a culture diverse.

Gli operatori delle camere mortuarie sono entrati in contatto con quasi tutte le popolazioni extraeuropee presenti nel contesto e di conseguenza hanno appreso le necessità di molte di loro, per affrontare degnamente nel rispetto del credo religioso la delicata fase che gravita attorno all'evento morte.

In tale ambito un gruppo di lavoro appositamente creato ha approfondito più compiutamente le varie usanze. Si è cercato di capire che cosa si differenziava nel momento della morte per i cittadini delle diverse confessioni religiose: ci si è resi conto che ogni gruppo sociale ha usanze tramandate da sempre, che spesso si discostano da quelle locali.

Ci si è attivati per soddisfare le richieste dei diretti interessati: conoscendo meglio i diversi costumi molte incomprensioni inizialmente emerse sono state superate.

Dal punto di vista strutturale specifici locali sono stati destinati ad accogliere salme di altre confessioni, per permettere a parenti ed amici di portare l'ultimo saluto secondo prassi più consone alle specifiche tradizioni.

RISULTATI

L'AOU San Giovanni Battista dal 2008 attua corsi di formazione su questo tema, aperti a tutto il personale sanitario dipendente e non soltanto agli operatori addetti alle camere mortuarie; ad oggi sono circa 400 i dipendenti che hanno frequentato corsi di formazione specifici sull'argomento.

In particolare il corso dal titolo "Il vissuto della morte e del morire in una società multiculturale" è accreditato ECM, si articola in due giornate per un totale di 16 ore e si concentra in particolare sulla dimensione interculturale e sull'esperienza del "morire altrove" del paziente straniero.

Nel corso vengono discussi i riti funebri, le credenze e le pratiche che circondano la morte nelle principali confessioni religiose e in altre culture, focalizzando l'attenzione su quelle con cui è più frequente il contatto.

Vengono analizzati e discussi casi di pazienti stranieri, proposti dal docente e dai partecipanti, che permettono di evidenziare le particolarità del vissuto degli immigrati di fronte alla morte ed individuare le strategie utili per far fronte nel miglior modo possibile a questo tipo di situazioni, nell'esperienza professionale.

Dal punto di vista organizzativo sono sistematicamente previsti incontri con rappresentanti di altre confessioni: dal confronto emerge un notevole miglioramento dei rapporti e delle collaborazioni ed un incremento della soddisfazione generale degli utenti.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

ANALISI DEI COSTI DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA NELL'AOU SAN GIOVANNI BATTISTA DI TORINO

Azzolina MC, Silvestre C, Minniti D, Chiadò Piat S, De Rosa FG, Gianino MM, Barbaro S.

AOU S. Giovanni Battista di Torino

PAROLE CHIAVE

ICA, degenza media, costi

INTRODUZIONE

Recentemente sono aumentati i pazienti ricoverati in ospedale in condizioni critiche, e pertanto ad elevato rischio di infezioni ospedaliere. Inoltre l'avvento di tecnologie sanitarie innovative, pur garantendo la sopravvivenza di pazienti critici, ha favorito la presenza di microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili.

Obiettivo dello studio è quello di determinare il prolungamento della degenza media e dei relativi costi derivanti dalle infezioni correlate all'assistenza (ICA) nell' AOU San Giovanni Battista di Torino.

MATERIALI E METODI

La prima fase del lavoro è stata dedicata ad un'attenta e critica review della letteratura con particolare riferimento alle metodologie utilizzate per la stima dei costi legati alle ICA. La seconda fase è coincisa con la raccolta dei dati di prevalenza ed economici. Per i primi si sono utilizzati i risultati di uno studio di prevalenza delle infezioni ospedaliere effettuato nell'ottobre 2007, tra i pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario nel Presidio, includendo un campione di reparti per acuti ed escludendo il Day Hospital ed il Pronto Soccorso. Sono state registrate solo le infezioni in atto il giorno dell'indagine utilizzando anche dati di laboratorio/radiologici eseguiti nei giorni precedenti/successivi, purché compatibili con l'infezione in atto. La rilevazione degli altri dati di interesse è stata effettuata basandosi sulle SDO, sulle cartelle cliniche, su altri documenti sanitari, su statistiche DRG e su dati elaborati dal Controllo di Gestione tramite indagini di processo sulle variabili interessate nello studio dei costi.

La terza fase ha previsto la creazione di un data-set appropriato e delle variabili rilevanti utilizzando il supporto di STATA 10.0. La quarta fase è stata incentrata sull'analisi dei dati e la discussione dei risultati.

Sono state calcolate e confrontate le giornate di degenza media nei soggetti infetti e nei soggetti non infetti in modo complessivo, poi stratificate per reparto di provenienza e localizzazione dell'infezione. Si è calcolato il costo delle giornate aggiuntive di ricovero nei soggetti infetti rispetto ai non infetti.

RISULTATI

Durante lo studio di prevalenza sono stati osservati 621 pazienti di cui 70 (pari all'11.27%) con infezione ospedaliere. La maggior parte delle infezioni riscontrate sono state quelle del tratto urinario (35.71%) e del tratto respiratorio (25.71%), mentre solo il 4.29% è stato relativo a batteriemie (Tabella 1).

Relativamente alla valutazione di singole tipologie di reparto, i dati riflettono il trend generale, anche se nelle medicine specialistiche, chirurgie generali e terapie intensive non si sono evidenziate batteriemie. Inoltre nelle chirurgie generali non sono state rilevate infezioni delle basse vie respiratorie. La Tabella 2 riporta invece il prolungamento della degenza media e i costi medi relativi delle ICA rilevate.

CONCLUSIONI

L'applicazione del metodo considerato ha messo in evidenza un prolungamento evidente nella degenza media successiva a infezioni in tutte le tipologie di reparto considerate. Nello specifico, le chirurgie specialistiche e le anestesie/terapie intensive presentano i valori di prolungamento di degenza media più lunghi.

Al prolungamento della degenza corrisponde un aumento considerevole dei costi in tutti i reparti considerati con valori proporzionali al prolungamento della degenza stessa ma anche dipendenti dalla tipologia del reparto e dei suoi costi correlati. Dati particolarmente alti e meritevoli di riflessione sono evidenti nelle anestesie/rianimazioni e nelle chirurgie specialistiche.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

IL MONITORAGGIO DELL'ADESIONE ALL'IGIENE DELLE MANI NEL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA (ICA)

P. Bellocchi*, S. Carini ; Galeano S.*, G. Parisi*, M. Ruffino°, A. Trombetta^, R. Di Stefano□

AOU "Policlinico - Vittorio Emanuele"- Catania

*Direzione Medica Presidio V. Emanuele - ° Chirurgia Pediatrica Presidio V. Emanuele

^ Chirurgia Toracica Presidio V. Emanuele - □ Direzione Medica Presidio S. Bambino

INTRODUZIONE

Nel 2007 l'allora Azienda "V.Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino" ha aderito al progetto "Clean Care is Safer Care", promosso dall'OMS e coordinato a livello nazionale dalla Regione Emilia Romagna, finalizzato ad implementare e diffondere corrette modalità di lavaggio delle mani e l'utilizzo in tale ambito di gel idroalcolici, quale misura efficace per la prevenzione delle ICA. Il progetto è stato implementato nel corso del 2007/2008 presso tre Unità Operative: Ch. Toracica, PO V. Emanuele; Ematologia, PO Ferrarotto; Rianimazione, PO S. Bambino. Incoraggiata dai risultati ottenuti, ha ritenuto estendere l'esperienza alle UU.OO di Ch. d'Urgenza e Rianimazione PO V. Emanuele.

Nell'anno 2010, su proposta del coordinamento nazionale, è stato effettuato un monitoraggio per verificare i livelli di adesione a corrette pratiche di igiene delle mani nel tempo, presso le stesse UU.OO.

PAROLE CHIAVE

Prevenzione ICA, igiene mani, indicatore qualità

MATERIALI E METODI

Il livello di adesione a corrette pratiche di igiene delle mani è stato valutato su circa 200 opportunità di igiene delle mani per U.O., nel corso di sedute di osservazione diretta, della durata di 20 minuti ciascuna., utilizzando schede di rilevazione utili a registrare in maniera oggettiva le modalità di sanificazione delle mani utilizzate dagli operatori sanitari afferenti alle diverse categorie professionali, in riferimento ai momenti assistenziali individuati nelle linee guida dell'OMS:

prima del contatto

prima di un'azione asepsi

dopo contatto con fluido

dopo contatto con il paziente

dopo contatto con ambiente circostante

Le osservazioni sono state condotte prima e dopo un periodo di formazione (tempi 0 e 1) e ripetute in fase di monitoraggio (tempo 2).

I dati registrati sono stati trasferiti ad un data base in EPI- INFO ed elaborati.

CONCLUSIONI

L'adesione complessiva all'igiene delle mani per le 5 UU.OO. nelle fasi 0, 1 e 2 è stata rispettivamente del 30,4%, 61,7% e 57,5%.

Nei grafici che seguono si riportano l'andamento dell'adesione all'igiene delle mani (fig.1) al tempo 0, 1 e 2, per ciascuna U.O. nonché la scelta del metodo di sanificazione adottato (fig.2).

(Segue sul sito www.anmdo.org)

RISTORAZIONE OSPEDALIERA: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO DI CASERTA

P. Boccalone¹, E. Boccalone², R. Capriello¹, 2, M. D'Anna², M. Parillo²

1 U.O.C. Direzione Medica di Presidio, Az. Ospedaliera "Sant' Anna e San Sebastiano" di Caserta

2 U.O.S.D Diabetologia e Mal. Metaboliche, Az. Ospedaliera "Sant' Anna e San Sebastiano" di Caserta

Nell'ambiente ospedaliero la nutrizione adeguata dei pazienti è parte di un più generale percorso di cura e quindi la ristorazione ospedaliera deve soddisfare i bisogni nutrizionali dei soggetti ricoverati.

Dai dati relativi ai questionari circa la ristorazione ospedaliera presso l'Azienda Ospedaliera di Caserta si evince che la percezione del vitto ospedaliero è differente per i degenti del periodo 1997-2000, in cui la modalità di catering era il *cook & serve* e per quelli degli anni 2004-2007, in cui la modalità di catering era il *cook & warm*. Infatti, i risultati riferiti alla prima modalità di catering denotano un grado di soddisfazione medio-alto dei pazienti, quelli riferiti alla seconda mostrano una maggiore insoddisfazione dei degenti.

PAROLE CHIAVE

Ristorazione Ospedaliera; *cook&serve*; *cook&warm*

INTRODUZIONE

Una nutrizione adeguata dei pazienti ospedalizzati è parte di un più generale percorso di cura.

Nell'ambiente ospedaliero si svolgono e si intersecano tra loro molte attività diverse e la ristorazione non può costituire un fatto a sé stante, ma deve integrarsi nel complesso funzionamento di tutta la struttura.

E' di fondamentale importanza, quindi, conciliare le attività organizzative con la necessità di individuare per tempo i bisogni nutrizionali del paziente, trasmettendo alla cucina ospedaliera le diete speciali o eventuali particolari esigenze dietetiche.

MATERIALI E METODI

Scopo dello studio è stato quello di valutare le metodologie di ristorazione in uso presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta.

L'indagine è stata svolta negli anni 1997-2000 e 2004-2007.

E' stato distribuito un questionario anonimo, ritirato dopo tre giorni, a 12504 pazienti. Di questi, 11384 hanno compilato e consegnato il questionario, 1120 si sono rifiutati di rispondere al questionario. Il questionario è stato somministrato a pazienti ricoverati da almeno due giorni, alle sole Unità Operative Complesse (U.O.C.) con degenza ordinaria, alle mamme dei piccoli degenti della U.O.C. Pediatria.

Sono state escluse le U.O.C. di Terapia Intensiva e Rianimazione e le U.O.C. che prevedono solo *Day Hospital*. Il questionario comprendeva domande circa la quantità, il gusto e la temperatura del cibo distribuito, la modalità di distribuzione, la varietà, la possibilità di scelta e l'osservazione di difetti del menu, il giudizio in generale dell'organizzazione e del personale addetto alla distribuzione del vitto e l'utilizzo da parte dei degenti di cibo portato dai familiari da casa. Negli anni 1997-2000 il vitto era servito in piatti in porcellana, in vassoio *temp-rite* e trasportato in carrello neutro (*cook & serve*). Negli anni 2004-2007, invece, in vaschetta monouso sigillata, in vassoio neutro e trasportato in carrello termico (*cook & warm*). I questionari sono stati somministrati in egual numero nei due suddetti periodi.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

IL SECONDO PARERE STRUMENTO DI EQUITÀ PER L'AZIENDA AUSL DI RAVENNA

Bravi Francesca*, Caruso Bianca, Ciotti Emanuele, Bagnoli Marisa, Andrea Neri

**autore che presenterà il lavoro se accettato*

Medico di Direzione Sanitaria AUSL Bologna in comando presso l'AUSL Ravenna

Via De Gasperi 8, 48100 Ravenna

0544/287708 francesca.bravi@ausl.ra.it

Il progetto sul secondo parere attivato presso l'Ausl di Ravenna, si inserisce in una nuova visione di Ospedale, in grado di assicurare la presa in carico delle persone nella loro globalità e complessità nel continuum del percorso assistenziale.

PAROLE CHIAVE

Secondo parere, trasparenza, equità

INTRODUZIONE

È diritto fondamentale di ogni persona capire perché un trattamento è necessario, se lo stesso è scientificamente fondato, quali sono i benefici che possono conseguire, come potrebbe alternativamente evolvere il quadro clinico e con quali probabilità di guarigione, quali sono i rischi e i benefici in rapporto a quanto proposto.

La "second opinion" è già adesso in parte praticata, essendo utilizzata sia dai professionisti che dai pazienti. Nel primo caso sono numerose le esperienze già attuate in oncologia, in chirurgia generale, in anatomia patologica, e questo anche per la crescente attenzione agli errori medici ed alle problematiche derivanti dal contenzioso medico-legale.

Molto spesso però in questi casi l'uso del secondo parere è stato ed è auto-referenziale, condotto quasi sempre dal medico e mai guidato dal paziente, pratica corretta, ma non sufficiente a garantire l'equità della scelta terapeutica, nei confronti delle diverse categorie di cittadini. Quando invece è il paziente a richiedere il secondo parere, lo fa molto spesso a pagamento, frequentemente di nascosto, non comunicandolo al medico che lo ha in carico in quel momento.

MATERIALI E METODI

Chiedere un secondo parere è utile per diverse prestazioni sia diagnostiche che terapeutiche, ma soprattutto per gli interventi chirurgici senza un immediato pericolo di vita.

Sono stati individuati i criteri di scelta delle patologie cioè quando chiedere un secondo parere:

diagnosi importanti ed interventi invasivi, laddove vi sia un impatto importante per la qualità della vita della persona come per la chirurgia (es. chirurgia oncologica), conservativa o meno;

patologie mediche con particolare riferimento alla neurologia, cerebrolesioni, neuropsichiatria infantile (con particolare attenzione alle patologie legate allo sviluppo cognitivo);

interventi chirurgici elettivi (isterectomia, prostatectomia, mastectomia, ernia discale);

casi in cui si evidenziano maggiormente problematiche con contenzioso medico-legale;

condizioni gravi, invasive e menomanti che possono avere una terapia medica sostitutiva, patologie rare come casistica, incerte come prognosi.

Al secondo parere accede l'utente programmato, non si attua generalmente in situazione di emergenza/urgenza per lo stato di necessità dell'evento in sé.

Il secondo parere si attua su richiesta di:

persona malata;

familiari diretti della persona malata;

professionista che ha in cura la persona;

medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE: UN MODELLO ORGANIZZATIVO OSPEDALIERO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Antonella Carcieri, Marilena Avanzato

Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni Bosco – ASLTO2 Torino Nord

La complessità clinico-assistenziale sempre maggiore dei pazienti che giungono in Pronto Soccorso determina spesso un allungamento della degenza ospedaliera. L'individuazione precoce dei bisogni assistenziali dei pazienti permette di anticipare la messa in atto di tutti gli interventi necessari per la continuità assistenziale, ottimizzando i tempi della dimissione.

PAROLE CHIAVE

Dimissione, continuità assistenziale

INTRODUZIONE

L'elevato numero di accessi al Pronto Soccorso, l'aumento della complessità clinico-assistenziale del paziente con conseguente incidenza sulla durata della degenza e la difficoltà a garantire adeguata continuità assistenziale, risultano essere argomenti di grande attualità.

La presenza in ospedale di pazienti cronici, pluripatologici, complessi per la coesistenza di problematiche sanitarie e socio-assistenziali comporta spesso un allungamento dei tempi di degenza soprattutto per la necessità di intervento di servizi esterni all'ospedale. Questi stessi pazienti rappresentano una quota importante di coloro che giungono in Pronto Soccorso, espressione di una difficoltà nella gestione domiciliare sia da parte dei familiari che dei sanitari.

Da qui la necessità di individuare in modo precoce i diversi bisogni clinico-assistenziali attraverso procedure di continuità assistenziale che permettano l'inserimento del paziente in percorsi in cui siano previsti interventi multidisciplinari finalizzati alla modalità di dimissione più appropriata.

MATERIALE E METODI

Nel 2008, all'interno del Presidio Ospedaliero San Giovanni Bosco, sono stati istituiti gruppi di lavoro interdisciplinari e multiprofessionali per l'analisi della tipologia di paziente ricoverato, dei bisogni assistenziali, della modalità di dimissione e del relativo percorso al fine di identificare le criticità degli interventi. Individuati i punti "deboli" del percorso si è cercato di modificare e integrare procedure già presenti al fine di snellire e rendere più efficiente il sistema, ottimizzare i tempi della dimissione, sempre nell'ottica di offrire al paziente un servizio di qualità in termini di appropriatezza.

In questa prima fase, per una semplificazione operativa, il progetto si è focalizzato sui ricoverati residenti nell'ASLTO2, che rappresentano circa il 70% dei pazienti.

RISULTATI

L'analisi delle modalità di dimissione ha portato all'individuazione di cinque macro-categorie: pazienti dimissibili a domicilio senza necessità di supporti/ausili, pazienti dimissibili a domicilio ma con necessità di supporti/ausili (medicazioni, servizio infermieristico domiciliare, assistenza domiciliare programmata, ADI, ecc.), pazienti non dimissibili a domicilio (dimissioni protette, lungodegenza, riabilitazione, ecc.), pazienti non dimissibili per problematiche sociali, pazienti che presentano situazioni miste. Risulta evidente che, fatta eccezione per il primo gruppo, i restanti necessitano dell'intervento di servizi e personale spesso esterni alla struttura ospedaliera, con conseguente allungamento del tempo di degenza oltre quello strettamente necessario alla risoluzione del problema clinico. Concordi sulla necessità di individuare precocemente la probabile modalità di dimissione, al fine di attivare tempestivamente i servizi necessari, è stata ravvisata la necessità di revisionare il pool di strumenti utili a tale individuazione. Per il paziente con necessità di supporto/ausili a domicilio è prevista la segnalazione alla Centrale Operativa per la Continuità Assistenziale (C.O.C.A.), attiva nell'ex ASL4 già dal 2005 in ottemperanza a quanto disposto dalla D.G.R. n. 72-14420 del 20/12/2004. È stata rafforzata la modalità della segnalazione, che deve essere effettuata almeno tre giorni prima della dimissione attraverso l'invio di una scheda specifica contenente informazioni sia cliniche che assistenziali.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

IL PERCORSO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE TRA OSPEDALE E TERRITORIO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

Carbone A*, La Commare F°, Serdoz Ra^, Sesti E, Nasi G°°**

**Direttore Medico di Presidio Ospedale San Paolo ASL Roma F*

°Direttore Sanitario Hospice Villa Speranza U.C.S.C. Roma

^Medico in Formazione Università di Torvergata Roma

***Direttore Sanitario ASL Roma B*

°°Dirigente Medico Direzione Sanitaria Ospedale "Cristo Re" Roma

PAROLE CHIAVE

Percorsi assistenziali, scompenso cardiaco

INTRODUZIONE

I percorsi clinici di cura, noti anche come percorsi critici, mappe di cura e percorsi di cura integrati, sono pensati per essere impiegati in aggiunta ai preesistenti standard terapeutici come strumento per ridurre al minimo la variabilità dei risultati clinici e contenere il percorso terapeutico entro una determinata durata della degenza.

MATERIALI E METODI

Per realizzare un corretto percorso assistenziale occorre che gli operatori sanitari coinvolti condividano obiettivi specifici principali per il conseguimento del risultato finale come impiego corretto, validato e sequenziale, degli strumenti diagnostici; uso appropriato dei farmaci ed utilizzo appropriato dello strumento ospedale. La metodologia deve dirigere verso il raggiungimento di un continuum territorio – ospedale – territorio dove ciascun attore del percorso acquisisce caratteri ben definiti.

Obiettivi a livello Territoriale:

1. Iniziale riconoscimento dello scompenso (precoce individuazione dei sintomi e segni di allarme: dispnea, tosse, affaticamento ed edemi declivi) e prima valutazione di gravità. Nella valutazione della severità dei sintomi, la classificazione NYHA è la più utilizzata
2. Trattamento dello scompenso cardiaco lieve (Classi NYHA I e II)
3. Avvio ad una struttura ospedaliera per stadiazione clinico-strumentale (ecocardiografia) e per eventuale accertamento etiologico, se necessario
4. Avvio all'ospedalizzazione del paziente con diagnosi sospetta o accertata di scompenso cardiaco con appropriato quadro clinico di gravità (classe NYHA III e IV)
5. Controllo d'efficacia, tollerabilità ed effetti collaterali del programma terapeutico
6. Verifica e stimolo all'aderenza del paziente verso la prescrizione terapeutica, farmacologica e non
7. Educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari
8. Prevenzione delle cause di instabilizzazione (scarsa aderenza alla terapia, introito inappropriato di liquidi o sale, PA non controllata, frequenza ventricolare elevata in caso di fibrillazione atriale, inadeguata attività fisica, stress psichico, influenza e malattie respiratorie da raffreddamento, ecc.)
9. Verifica della stabilità clinica (peso, obiettività clinica e sintomi) e precoce riconoscimento di un'instabilizzazione in paziente già noto; riconoscimento del fattore precipitante, se possibile, e suo eventuale trattamento
10. Valutazione dell'opportunità di orientare il malato verso un altro percorso, di tipo diagnostico e/o terapeutico, se evidenza di patologia extra-cardiaca
11. Individuazione dei pazienti con scompenso cardiaco grave e refrattario in cui possa essere utile e preferibile un'assistenza domiciliare integrata con il supporto delle strutture specialistiche cardiologiche.

La disponibilità sul territorio di personale infermieristico formato alle problematiche clinico-assistenziali dello scompenso cardiaco che operi in stretta collaborazione con MMG e in collegamento con la struttura specialistica cardiologica ospedaliera rende più facilmente raggiungibili questi obiettivi con un'importante ricaduta sul tasso di ospedalizzazione e soprattutto di riospedalizzazione.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

STATO DELL'ARTE NELL'APPLICAZIONE DELLA DIRETTIVA EUROPEA 93/42 SUI DISPOSITIVI MEDICI (D.M.)

G. Centineo*, R. Li Donni**, R. Scaini***, S. Zalapì****

* Direttore Sanitario della Casa di Cura Villa Serena di Palermo

** Direttore Sanitario Aziendale dell'ARNAS "Civico – Di Cristina Benfratelli" di Palermo

*** Presidente Associazione "Italian Sterilization and Asepsi Expertise (EASY)" con sede a San Vito sul Tagliamento (Pordenone)

**** Coordinatore Infermieristico Centrale Sterilizzazione dell'Azienda Ospedaliera "Villa Sofia – Cervello" di Palermo

PAROLE CHIAVE

Dispositivi medici - direttiva europea - sterilizzazione

INTRODUZIONE

La Direttiva Europea 93/42 (concernente i dispositivi medici in generale), emanata dal Consiglio delle Comunità Europee il 14 giugno 1993, è stata recepita dallo Stato Italiano con il D. Lgs. n. 46 del 24 febbraio 1997 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 54 del 16 marzo 1997). Recentemente la Direttiva Europea 2007/47, recepita dallo Stato Italiano con il D.Lgs. n. 37 del 25/01/2010 (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 60 del 13 marzo 2010), ha parzialmente modificato la Direttiva Europea 93/42 e l'ha resa ancora più cogente.

MATERIALI E METODI

Il termine "dispositivo medico" è di diffusione abbastanza recente in Italia (anche fra gli operatori sanitari) e tuttora qualcuno utilizza il termine di presidi medici e chirurgici.

Trattasi di un vasto numero di prodotti: in Europa circolano mezzo milione di dispositivi diversi.

La Direttiva fissa i requisiti essenziali di sicurezza dei dispositivi medici (4 classi) e impone la marcatura CE sui prodotti conformi che circolano all'interno dell'Unione Europea.

Secondo la Direttiva anche l'ospedale produce dispositivi medici sterili e quindi è sottoposto al rispetto dei requisiti previsti dalla stessa direttiva.

L'Associazione EASY (Italian Sterilization and Asepsi Expertise) in collaborazione con l'ANMDO - sezione Sicilia

ha diffuso agli ospedali pubblici e privati isolani, nel primo semestre dell'anno 2007, un questionario di autovalutazione, basato sui requisiti minimi prescritti nell'allegato 1 della direttiva europea 93/42 e nel D.P.R. 14/01/1997, allo scopo di evidenziare le difficoltà tecnico organizzative nelle varie fasi che compongono il processo di sterilizzazione permettendo interventi mirati per la risoluzione delle eventuali difficoltà latenti del processo.

Il questionario è costituito da 207 domande con numerose possibilità di risposta di cui solo quella corretta possiede un valore che va da un minimo di 1 punto ad un massimo di 5 punti in base all'importanza della risposta contestualizzata nell'intero processo di sterilizzazione. Le risposte sbagliate non danno alcun punteggio.

I punti a disposizione sono 404 pari al 100% di risposte esatte. Il processo di sterilizzazione viene definito:

sicuro: con una percentuale di risposte esatte che va da 71 al 100%

parzialmente critico: con una percentuale di risposte esatte che va da 51 al 70%

a rischio: con una percentuale di risposte esatte che va da 0 a 50%

L'ANMDO e la Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità (SIAIS), nel secondo semestre 2007, hanno diffuso agli ospedali afferenti alle 3 aree geografiche del territorio nazionale un questionario di autovalutazione basato sui requisiti minimi di accreditamento del processo di sterilizzazione dei dispositivi medici.

Il questionario è costituito da una prima parte relativa alle caratteristiche dell'ospedale ed una seconda parte relativa alle modalità organizzative adottate.

Gli autori hanno effettuato un confronto dei risultati emersi nelle due suddette indagini conoscitive.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

LA FLESSIBILITÀ COME RISORSA AZIENDALE: L'ESEMPIO DELL'ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA DELL'AZIENDA USL DI RAVENNA

Ciotti Emanuele*, Alberto Belluati, Zanotti Gabriele, Tellarini Davide, Caruso Bianca, Andrea Neri, Ivonne Zoffi, Nazzareno Manoni.

** autore che presenterà il lavoro se accettato*

Medico di Direzione Sanitaria presso l'AUSL Ravenna

Via Fiume Abbandonato 134, 48100 Ravenna

0544/286609 349/7813037

ciotti80@libero.it e.ciotti@ausl.ra.it

PAROLE CHIAVE

Flessibilità, efficienza, elezione, urgenza

ABSTRACT

Le Aziende sanitarie oggi più che mai devono essere capaci e pronte a rispondere al cambiamento valorizzando le risorse umane e valutando il contesto in cui si trovano. L'esperienza dell'Ortopedia del Presidio di Ravenna della Ausl di Ravenna ed il suo progetto di miglioramento in due fasi relativamente a tempi, situazioni e modalità differenti ne è un chiaro esempio.

INTRODUZIONE

L'unità ortopedica del presidio ospedaliero di Ravenna ha dall'aprile del 2007 ad oggi attraversato grossi cambiamenti. La revisione delle modalità organizzative e di funzionamento dell'U.O. di Ortopedia e Traumatologia del P.O. di Ravenna ha rappresentato una necessità per la Direzione Generale date le importanti criticità che presentava il suo andamento in termini quali-quantitativi. Gli elementi di importante criticità riguardavano:

La quota di mobilità aziendale passiva

La limitata attività chirurgica ortopedica di elezione svolta nel P.O. di Ravenna

I lunghi tempi di attesa per trattamento chirurgico programmato

L'elevata degenza media pre-intervento per la traumatologia

Furono individuati i seguenti obiettivi:

Sviluppo di modelli organizzativi tesi alla differenziazione tra le linee di attività dedicate all'urgenza (Traumatologia) e quelle riservate alle patologie di elezione (Ortopedia)

Miglioramento dell'attività di ricovero ordinario in termini di appropriatezza organizzativa e gestionale

Miglioramento dell'efficienza d'uso della sala operatoria

Incremento dell'attività di chirurgia protesica con strutturazione di percorsi formativi volti a migliorare lo stato di autonomia professionale

Miglioramento dell'efficienza d'uso dei posti letto, con sviluppo e strutturazione dei percorsi di pre-ricovero, contenimento della durata media della degenza pre-operatoria e riduzione del ricorso al consumo di giornate di degenza

Nella **prima fase** del progetto di miglioramento 2007-2009 si è effettuata una reale separazione dell'unità operativa di Ortopedia e Traumatologia con:

Istituzione di una nuova U.O. di Traumatologia con responsabilità aziendale a valenza di struttura complessa, con il compito di operare il coordinamento aziendale in ambito traumatologico per tutta l'Ausl (38 P.L. di Degenza Ordinaria, 9 Dirigenti Medici DM + 1 Direttore di Struttura Complessa, 9 sedute operatorie/settimanali con anestesista + 2 sedute settimanali in anestesia locale)

Istituzione di una nuova U.O. semplice di Ortopedia, che fa riferimento in termini di responsabilità gestionale e organizzativa all'U.O. complessa del P.O. di Lugo (11 P.L. di degenza Ordinaria, 3 D.M. + 1 DM Responsabile di Str semplice + il supporto tecnico e operativo del Direttore del U.O. di Lugo 3 sedute operatorie settimanali con anestesista + 1 seduta operatoria settimanale in anestesia locale)

(Segue sul sito www.anmdo.org)

PROGETTO PRODU: DOSE UNITARIA VIRTUALE

Romana Coccaglio

Direttore Sanitario ASL Vallecamonica Sebino – Breno (Brescia), Responsabile Gestione Qualità

Claudia Benuzzi

Farmacista Servizio di Farmacia ASL Vallecamonica Sebino – Breno (Brescia)

Angiola Vender

Responsabile Servizio di Farmacia ASL Vallecamonica Sebino – Breno (Brescia)

Gli errori in terapia farmacologica rappresentano una percentuale importante degli errori in medicina e delineano non solo un problema di natura clinica, per quanto riguarda la qualità delle cure, ma anche un problema di natura economica, per quanto riguarda i maggiori costi derivati dalla loro insorgenza.

L'esigenza prioritaria di garantire maggiore sicurezza al paziente e la necessità di agevolare gli operatori sanitari nello svolgimento delle specifiche attività possono trovare risposte efficaci nell'informatizzazione e nell'automazione del processo di gestione del farmaco.

Questo progetto ha valutato la sperimentazione di tecnologie informatiche a supporto degli operatori, dalla prescrizione al letto del paziente fino alla verifica dell'avvenuta somministrazione, in tre Unità Operative (Medicina femminile, Medicina maschile e Otorinolaringoiatria) dell'Ospedale di Esine - ASL Vallecamonica Sebino – Breno (BS).

PAROLE CHIAVE

Errore in terapia, sicurezza del paziente, prescrizione informatizzata.

INTRODUZIONE

E' ampiamente riconosciuto che la sicurezza del paziente e la sua centralità nel processo di cura, siano di interesse per chiunque si occupi di assistenza sanitaria. Il miglior approccio per la riduzione degli errori in terapia è multidisciplinare e vede coinvolti a vario titolo e con varie funzioni medici, infermieri, farmacisti e il paziente stesso.

L'errore può avere origine sia nel comportamento umano sia nel sistema, inteso come insieme di elementi umani, tecnologici e relazionali potendosi manifestare in qualsiasi fase del processo clinico del farmaco: prescrizione, conservazione/allestimento, somministrazione.

L'errore non potendo essere completamente azzerato, può comunque essere fortemente ridotto con l'utilizzo di strumenti tecnologici.

Infatti, studi a livello internazionale dimostrano come l'introduzione di sistemi informatizzati contribuisce a: migliorare la sicurezza del paziente

ridurre gli errori

agevolare gli operatori sanitari nella loro attività

apportare vantaggi economici con riduzione della spesa in medicinali per ridimensionamento delle scorte di reparto, diminuzione degli scaduti e monitoraggio del consumo dei farmaci.

Il progetto ha introdotto il sistema informatizzato in Medicina femminile, Medicina maschile e Otorinolaringoiatria, quali Unità Operative pilota dell'Ospedale di Esine.

MATERIALI E METODI

Il programma scelto per la sperimentazione è Thema della ditta Swisslog. Il medico prescrive direttamente al letto del paziente con un tablet pc (palmare). La prescrizione consente una segnalazione immediata d'interazione tra due o più farmaci prescritti contemporaneamente e/o di eventuali allergie/intolleranze del paziente. L'infermiere identifica il paziente tramite il palmare che legge il codice a barre del braccialetto e quindi procede alla somministrazione informatizzata del farmaco con scansione del codice AIC presente sulla scatola, garantendo la corrispondenza tra quanto prescritto e quanto somministrato. Inoltre, all'atto della somministrazione, il prodotto è scaricato in automatico dall'armadio farmaceutico del reparto.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: ANALISI DEL CONTENZIOSO NELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA VITTORIO EMANUELE – FERRAROTTO – S. BAMBINO DI CATANIA

Coco G.* *Direzione Medica Presidio Vittorio Emanuele

Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S.Bambino di Catania

PAROLE CHIAVE

Infezioni – Assistenza – Contenzioso

INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Vittorio Emanuele – Ferrarotto – S. Bambino di Catania, nell'ambito delle iniziative di risk management per la gestione del rischio clinico da qualche anno ha provveduto a costituire un Osservatorio Medico-Legale dei contenziosi che ha la finalità di conoscere meglio i dati sulla portata dell'errore clinico, della responsabilità medica e sull'andamento giudiziario derivante dai contenziosi intrapresi nei confronti della nostra Azienda.

MATERIALI E METODO

Presso le Direzioni Mediche di Presidio si è proceduto ad esaminare tutto il contenzioso per responsabilità professionale medica attraverso una analisi retrospettiva di tutta la casistica dell'Azienda nel periodo compreso dal 1995 al 2008.

RISULTATI

Su un totale di 379 casi di contenzioso per responsabilità professionale medica si è avuto modo di evidenziare come ben 29 casi, quindi una percentuale compresa tra il 7 e l'8 %, siano da attribuirsi a infezioni correlate all'assistenza. La maggior parte delle richieste di risarcimento per complicanze infettive interessano in maggior misura gli ultimi 5 – 6 anni, a riprova ormai che la complicità infettiva è percepita sempre più da parte dell'utenza non più come inevitabile conseguenza di un intervento chirurgico o di una procedura diagnostico-terapeutica, ma come conseguenza diretta di carenze da attribuire agli operatori sanitari o alla Struttura.

In particolare si è avuto modo di evidenziare come la maggior parte delle infezioni oggetto del contenzioso (24 casi) si è inquadrato nell'ambito delle complicanze che hanno fatto seguito ad un intervento chirurgico e che hanno comportato una infezione superficiale o profonda con esiti invalidanti, in 2 casi sepsi generalizzata con morte del paziente, in 3 casi epatite da HCV non necessariamente legata ad evento trasfusionale. Non sono presenti nella nostra casistica contenziosi per infezioni delle vie urinarie, che sappiamo invece essere presenti ed in gran numero, probabilmente perché che a tale tipologia di infezione raramente seguono esiti invalidanti e la percezione da parte dell'utenza è quindi inferiore.

Si è avuto modo di evidenziare, altresì, come nel caso di tali specifiche richieste di risarcimento la parte attrice ritenga di attribuire la responsabilità dell'evento infezione, con le relative conseguenze, a volte a manovre operatorie o assistenziali scorrette ovvero terapie antibiotiche insufficienti o attuate tardivamente, individuando quindi gli operatori sanitari in maniera precisa; in altri casi ritiene di attribuire invece la responsabilità direttamente alla Struttura per presunte inefficienze dei sistemi di sterilizzazione o altro.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLE SOGLIE REGIONALI DI AMMISSIBILITÀ MASSIMA PER I RICOVERI IN REGIME ORDINARIO (RO) COME STRUMENTO DI APPROPRIATEZZA

Congiu M., Mura I., Azara A., Maida G., Sotgiu G., Castiglia P.

Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, via Padre Manzella 4 - Università degli Studi Sassari

PAROLE CHIAVE

Appropriatezza – Soglie di ammissibilità – DRG

PREMESSE

Il DPCM 29 novembre 2001 ha definito un elenco di 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza (HRI), specificando che fossero le Regioni a stabilire, per ognuno di essi, un valore *soglia* di ammissibilità massima di RO. Successivamente, con il DPCM 23 aprile 2008, il numero degli HRI da associare a soglie regionali è stato quasi triplicato estendendo inoltre l'applicazione di soglie anche al Day Surgery.

OBIETTIVO

Valutazione dell'efficacia delle soglie regionali di ammissibilità massima per i RO come strumento di appropriatezza e definizione di un modello che descriva la risposta all'imposizione di soglie.

METODI

A partire dai dati pubblicati dall'Agenas per gli anni 2001-2004, è stata definita l'*intensità di spinta al cambiamento* (>49% forte; 30-49% molto buona; 20-29% buona; 10-19% moderata; 1-9% scarsa; <1% assente) come la media ponderata della differenza fra la percentuale in RO di ciascuno dei 43 DRG-HRI nel 2001 e la soglia imposta per gli stessi da ogni Regione. È stata quindi valutata l'efficacia della spinta sia qualitativamente, come percentuale di obiettivi x_i centrati ($x \leq$ al valore soglia) per singolo DRG, che quantitativamente, come riduzione percentuale dei RO. Per le misure ripetute è stato applicato il test di McNemar. La differenza tra proporzioni è stata valutata col test z . La relazione tra variabili è stata valutata con un modello di regressione. Per il livello di significatività è stato posto $p < 0,05$.

RISULTATI

Il valore *soglia* medio nazionale, su tutti i 43 DRG-HRI, risulta pari al $43,4\% \pm 25,1\%$ dei ricoveri totali (range 0-277,3%). In Italia, la spinta potenziale al cambiamento è complessivamente definibile come "buona", con una riduzione richiesta dei RO, rispetto ai valori nel 2001, del $26,0\% \pm 34,6\%$; la spinta è forte per la Calabria e le Marche, molto buona per Marche, Lombardia, Sardegna, Puglia e Campania, buona per Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Sicilia e Trento, moderata in Piemonte, Umbria, Molise, scarsa per Basilicata e Veneto, assente nella Provincia Autonoma di Bolzano ed Emilia Romagna, Liguria e Abruzzo (senza soglie).

Le regioni con il maggior numero di obiettivi raggiunti sono state: Basilicata, Veneto e Valle D'Aosta. Per Molise, Sardegna, Lombardia, Marche, Calabria, Friuli Venezia Giulia e Puglia non si è osservato un significativo incremento di obiettivi centrati. In Italia, i RO, riferiti ai 43 DRG HRI, sono diminuiti del 16,2%. Le regioni che hanno mostrato la maggiore riduzione percentuale dei RO sono state: Liguria (senza soglia), Molise, Basilicata, mentre la regione con il più basso miglioramento è stata la Sardegna ($p < 0,05$). Nel complesso la riduzione dei RO è funzione della soglia imposta ($y = 0,247x - 2,34$) (fig.1).

CONCLUSIONI

L'analisi dei valori limite imposti evidenzia una variabilità interregionale assai elevata. Ciò nondimeno si è osservata una significativa riduzione dei RO che è risultata funzione delle soglie imposte. Peraltro si osserva che al crescere della spinta potenziale al cambiamento risulta minore la percentuale degli obiettivi raggiunti, forse per una intrinseca difficoltà di adeguamento al cambiamento richiesto. L'applicazione delle soglie ha avuto dunque una efficacia nel ridurre i RO, anche se in modo meno rilevante rispetto alle attese. Sarà interessante seguire l'evoluzione del fenomeno nei prossimi anni, anche per comprendere se, anche alla luce delle recenti modifiche legislative, seguirà un progressivo miglioramento dell'appropriatezza o un graduale rallentamento dell'evoluzione auspicata.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

EARLY ARTHRITIS CLINIC (EAC): UN MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DELL'ARTRITE REUMATOIDE (AR) ALL'ESORDIO. ESPERIENZA DI PROGETTO DELLA ASL DI LECCE

L.Cosentino

Direttore Medico PO di Copertino Nardò ASL Lecce

B.Diso

Dirigente Medico AO Card.Panico Tricase(Le)

M.Muratore

Direttore UO Reumatologia S.Cesario di Lecce ASL Lecce

Nel contesto della cornice normativa per la rete reumatologica integrata della Regione Puglia, è stato definito un modello organizzativo di struttura specialistica “dedicata”(Early Rheumatoid Arthritis: EAC) nell’ambito della ASL di Lecce. Gli Autori descrivono i criteri scientifici e la metodologia operativa di approccio per la configurazione di un setting di EAC per la popolazione target di riferimento (Pazienti con Artrite Reumatoide all’esordio: Early Rheumatoid Arthritis : ERA).

PAROLE CHIAVE

Early Rheumatoid Arthritis (ERA) ; Early Arthritis Clinic (EAC).

INTRODUZIONE

I nuovi costrutti clinici (evidence-based) della storia naturale dell’ Artrite Reumatoide (AR) (Artrite precoce, Diagnosi precoce, Trattamento aggressivo) hanno modificato profondamente l’approccio alla gestione della malattia. C’è un periodo di tempo, nel percorso evolutivo dell’AR, più responsivo alla terapia (Finestra di opportunità; ACR, 2002) durante il quale l’obiettivo della remissione clinica è realisticamente perseguibile. Intercettare questo lasso temporale e trattare efficacemente l’ERA (Quinn MA e al, 2001), rappresenta la vera sfida nel management efficace dell’AR all’esordio.

MODELLO DI MALATTIA E SETTING ORGANIZZATIVO

Il modello evolutivo dell’AR (Artrite precoce all’esordio, stabilizzazione, progressione/end stage) condiziona il setting organizzativo che deve tener conto ed in qualche modo “adattarsi” (variabilità degli outcomes intermedi) alla storia naturale di malattia e alla popolazione target da intercettare (nuovi casi/casi già diagnosticati).

Ne consegue che, nell’approccio all’assistenza ai pazienti con AR, è necessario distinguere tra:

Management of early arthritis (Moreland e al, 2001;Visser H e al, 2002);

Management established AR.

Occorre quindi adottare differenti strutture organizzative (EAC/Chronic Model of RA) e diverse strategie operative che, tuttavia, si completano e si integrano in un continuum assistenziale che configura il Chronic Care Model of RA e che persegue l’obiettivo globale del “Sistema di cure” per i pazienti affetti da AR.

METODI

Early Arthritis Clinic (EAC)

è una struttura reumatologica dedicata alla diagnosi e al trattamento precoce dell’artrite (Ferraccioli G, Gruppo GISEA, 2006).

Si tratta, quindi, di un centro clinico specialistico (affidato al reumatologo) che, indipendentemente dal sito di erogazione (ospedale/territorio), deve garantire al paziente con artrite il seguente standard organizzativo:

Un accesso facilitato e diretto (entro 3-4 giorni);

Una diagnosi rapida (entro massimo 15-20 giorni);

L’impostazione di una tempestiva ed efficace terapia (obiettivo: remissione clinica);

Un follow-up integrato con il MMG (12 mesi).

(Segue sul sito www.anmdo.org)

STRUMENTI OPERATIVI PER LA SORVEGLIANZA INTEGRATA DELLE INFEZIONI ASSOCIATE ALL'ASSISTENZA IN UN'AZIENDA OSPEDALIERA: L'ESEMPIO DEL REGISTRO DEI GERMI SENTINELLA

V. Crivaro*, S. Cuccurullo**, G. De Sisto*, L. Pagano***, A. Rispo***,
G. Saggiocco*, R. Smeraglia**, R. Utili****, M. Papa*

*Direzione Sanitaria, **U.O.C. Microbiologia e Virologia, ***Direzione Infermieristica,

****U.O.C. Medicina Infettivologica dell'Azienda Ospedaliera "V. Monaldi", Napoli

La sorveglianza dei germi multiresistenti rappresenta una delle attività di comprovata efficacia ai fini del controllo della diffusione di tali microrganismi e dell'individuazione precoce di nuovi spettri di antibioticoresistenza. Nell'Azienda Ospedaliera "V. Monaldi" è stato ideato un modello di sorveglianza che, oltre al monitoraggio epidemiologico, comprende alcuni aspetti di sorveglianza orientata al paziente e di verifica dell'adozione di specifiche procedure assistenziali. Il sistema è basato su flussi informativi ben definiti che convergono in un apposito Registro e prevede il coinvolgimento di diverse figure professionali. L'esistenza del Registro dei germi sentinella rende facilmente disponibili i dati epidemiologici, permette l'individuazione precoce di eventi epidemici all'interno delle singole Unità Operative e dell'ospedale e consente di operare un controllo di qualità sul funzionamento del sistema dei flussi informativi.

PAROLE CHIAVE

Germi sentinella, registro

INTRODUZIONE

L'antibioticoresistenza costituisce un rilevante problema di salute pubblica, non solo in termini di esiti negativi per i pazienti e di consumo di risorse, ma anche di prospettiva futura se si considera che la velocità di sviluppo delle resistenze supera la velocità di sintesi e di impiego clinico dei nuovi farmaci. La sorveglianza, mediante il monitoraggio dei trend di isolamento di germi multiresistenti, rappresenta una delle attività di comprovata efficacia ai fini del controllo della diffusione di tali microrganismi e dell'individuazione precoce di spettri di antibioticoresistenza emergenti.

Nell'Azienda Ospedaliera "V. Monaldi" è attivo un sistema di sorveglianza dei germi sentinella, rappresentati prevalentemente da batteri multiresistenti, esteso a tutte le Unità Operative e gestito dal Laboratorio di Microbiologia e dalla Direzione Medica di Presidio (DMP). Il sistema coniuga il monitoraggio degli isolamenti microbiologici e la sorveglianza della corretta gestione dei pazienti colonizzati o con infezione da germi multiresistenti all'interno delle Unità Operative.

MATERIALI E METODI

Gli elementi costituenti del sistema di sorveglianza dei germi sentinella sono rappresentati da: elenco dei germi sentinella, individuato dal CIO aziendale in base all'epidemiologia locale e ai dati di letteratura;

flusso informativo definito dal CIO aziendale che prevede: a) la segnalazione del primo isolamento del germe sentinella dal Laboratorio di Microbiologia all'Unità Operativa interessata (mediante un referto diverso rispetto a quello standard), alla DMP ed all'infettivologo; b) la trasmissione all'atto della segnalazione dalla DMP all'Unità Operativa interessata di schede per la raccolta dei principali dati clinici relativi ai pazienti coinvolti e il relativo flusso inverso di ritorno;

strumento di gestione dell'evento "isolamento di germe sentinella" rappresentato dalla procedura assistenziale "Gestione del paziente colonizzato o con infezione da germi sentinella", predisposta dal CIO aziendale e diffusa a tutte le Unità Operative prima dell'avvio del sistema di sorveglianza;

strumento di controllo/autocontrollo dell'intero sistema rappresentato dal Registro dei germi sentinella. Il Registro prevede le seguenti voci: Unità Operativa, numero progressivo, nome del paziente, data di ricovero, tipo di germe sentinella, tipo di campione, data di isolamento, data della segnalazione da parte del Laboratorio di Microbiologia, data di trasmissione delle schede per la raccolta dei dati all'Unità Operativa interessata, restituzione delle suddette schede, patogenicità del germe (colonizzazione o infezione), esito del paziente.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

PANDEMIA INFLUENZALE DA VIRUS A H1N1: RISPOSTA LOCALE AD UN ALLARME GLOBALE

F. D'Agostino*, A. Mottola°, M. Rossi#, R. Lanzetta§, P. Ferro^

* Dirigente Medico - Direzione Medica di Presidio - A.O. "G. Rummo" - Benevento

° Coordinatore Infermieristico di dipartimento - A.O. "G. Rummo" - Benevento

Direttore Sanitario - A.O. "G. Rummo" - Benevento

§ Direttore Generale - A.O. "G. Rummo" - Benevento

^ Direttore Medico di Presidio - A.O. "G. Rummo" - Benevento

Ad un problema mondiale le organizzazioni locali possono correre il rischio di collassare sotto la pressione di una richiesta sanitaria aumentata e, talvolta, indotta anche da messaggi mediatici allarmistici. Avrebbe potuto essere il caso recente della pandemia influenzale da Virus A H1N1.

PAROLE CHIAVE

Sicurezza

INTRODUZIONE

Ad un problema mondiale le organizzazioni locali possono correre il rischio di collassare sotto la pressione di una richiesta sanitaria aumentata e, talvolta, indotta anche da messaggi mediatici allarmistici. Avrebbe potuto essere il caso recente della pandemia influenzale da Virus A H1N1.

Trattandosi di una patologia diffusiva il problema organizzativo era variegato:

diagnosticare correttamente i nuovi casi utilizzando criteri non solo clinici, come per una comune influenza, ma anche (almeno inizialmente) epidemiologici e laboratoristici;

offrire un'adeguata risposta ospedaliera e non ai casi diagnosticati;

evitare l'ulteriore diffusione della patologia con particolare protezione anche del personale a cui sarebbe spettata la gestione dei malati.

A seguito della notizia dei primi casi e della percezione di una comune preoccupazione di coloro che provenivano dalle aree colpite e che si recavano anche senza motivo in pronto soccorso, presso l'A.O. "G. Rummo" si è affrontato il problema stilando, alla luce delle prime indicazioni ministeriali, un percorso ospedaliero per la corretta diagnosi e l'appropriato ricovero nei nuovi casi. Data l'elevata affluenza dei primi momenti, ci si è resi subito conto che l'intervento organizzativo non potesse riguardare solo ed esclusivamente l'ambito ospedaliero, ragionevolmente da riservare ai casi più severi, ma che lo stesso dovesse coinvolgere anche tutte le strutture territoriali del bacino geografico di riferimento ed in particolare: la rete emergenziale del 118 e l'ASL BN1 con i suoi presidi ospedalieri, il Servizio di Epidemiologia e Prevenzione, i Medici di Medicina Generale e della Continuità Assistenziale (tutti attori convogliati in un'apposita unità di crisi).

Tutto ciò al fine di

contenere la trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia attraverso la corretta gestione dei casi di nuova influenza da virus A/H1N1;

contribuire a ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari evitando, per quanto possibile, il sovraffollamento ospedaliero;

ricorrere e gestire in maniera idonea l'isolamento domiciliare nei casi in cui fosse indicato;

avviare idonei percorsi di formazione/informazione del personale coinvolto.

MATERIALI E METODI

Il percorso interaziendale, che cronologicamente è stato avviato successivamente alla redazione del piano pandemico aziendale per la gestione dei casi di influenza da Virus A H1N1 afferenti all'A.O. "G. Rummo" di Benevento (Procedura P009/150906/2009), ha previsto:

la creazione di un'unità di crisi interaziendale;

la condivisione e l'adattamento del piano pandemico aziendale alla realtà territoriale;

la diffusione del piano pandemico interaziendale a tutti gli operatori del territorio di competenza (Benevento e Provincia).

(Segue sul sito www.anmdo.org)

IL PERCORSO CLINICO-ORGANIZZATIVO DEL CENTRO DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ DELL'OSPEDALE "CRISTO RE" DI ROMA: PRIMI RISULTATI

D'Urso A°, Meucci T*, Paoloni A*, Nasi G**

°Direttore del Centro Regionale Sangue del Lazio

* Medicina Generale Ospedale "Cristo Re" Roma

**Direzione Sanitaria Ospedale "Cristo Re" Roma

PAROLE CHIAVE

Obesità, terapia educazionale, riabilitazione psico-fisica.

INTRODUZIONE

L'obesità è una condizione patologica cronica ed evolutiva, ad elevata prevalenza e ad eziologia multifattoriale, caratterizzata da eccesso ponderale per accumulo di tessuto adiposo. Tale patologia si accompagna ad un peggioramento della qualità di vita per un aumento di morbidità correlata e ad un'aumentata mortalità. Attualmente riguarda più di un miliardo di persone (1/6 degli abitanti del pianeta), con una tendenza al continuo e persistente aumento di tale patologia.

In accordo con gli obiettivi degli ultimi Piani Sanitari Nazionali e Regionali, su proposta la Direzione Sanitaria, i medici endocrinologi dell'Ospedale Cristo Re hanno promosso l'attivazione di un Centro di Prevenzione e Trattamento dei pazienti obesi.

MATERIALI E METODI

Sono state identificate le figure professionali da coinvolgere: un endocrinologo, uno psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, un dietologo, un infermiere professionale dedicato e vari specialisti (cardiologo, chirurgo, gastroenterologo, broncopneumologo, neurologo, dermatologo, allergologo), che intervengono in collaborazione con il Centro. Sono stati stabiliti i criteri di reclutamento dei pazienti e la valutazione dello stato di rischio, i percorsi assistenziali per accertamenti diagnostici, consulenze specialistiche, terapia educazionale, riabilitazione psico-fisica.

E' stata data indicazione che la valutazione clinica del paziente possa avvenire sia attraverso una visita ambulatoriale, sia come consulenza endocrinologica eseguita in corso di ricovero presso differenti unità operative di degenza (esempio gastroenterologia e malattie respiratorie), sia su indicazione dei medici di medicina generale.

Si è organizzato, quindi, che, avvenuta la presa in carico del paziente, l'attività vera e propria del Centro venga svolta attraverso prestazioni di day service ovvero con l'inserimento dei pazienti più complessi in gruppi trattati in day hospital. In questa sede si è programmato un ciclo di terapia riabilitativa fisica, educazionale e psicologica di tipo cognitivo-comportamentale con cadenza trisettimanale per cinque settimane. Dopo tale trattamento intensivo è stato previsto un iter ambulatoriale dove i pazienti vengono seguiti una volta al mese dall'endocrinologo, dal dietologo e dallo psicoterapeuta.

RISULTATI

Il controllo dei pazienti finora reclutati ambulatorialmente dal 2006 e di quelli seguiti nel day hospital di riabilitazione dal marzo 2008 ha mostrato uno stabile decremento ponderale superiore al 10% in circa il 60% dei pazienti che si è mantenuto nel tempo, il 20% dopo la riduzione ponderale dovuta al trattamento ha recuperato seppure parzialmente il peso, e si è constatato un drop-out di circa il 20%.

CONCLUSIONI

I risultati sono, quindi, incoraggianti ed evidenziano la notevole validità del progetto riabilitativo. La riduzione ponderale già del 10% mantenuta nel tempo previene le complicanze legate all'obesità. La pratica attuazione del Centro si è dimostrata, dunque, un concreto strumento di prevenzione in ambito di salute pubblica anche in termini di bilancio generale tenendo conto che l'obesità è ormai considerata un'importante e grave patologia cronica con un notevole impatto di natura socio-economica.

PROCEDURA GENERALE PER LE VERIFICHE DELLE RSA PRIVATE ACCREDITATE E CONVENZIONATE ASL RM/B

Dott.ssa Tatiana Fabbri *,Ing.re Anna Maria Pasqualone **

**Dirigente medico ASL RM/B*

***Ingegnere IFO*

PAROLE CHIAVE

Verifica, Responsabile GVI, Lista di riscontro, Verbale finale

INTRODUZIONE

Uno dei principali obiettivi attualmente conseguibili per un'azienda che eroga servizi sanitari è l'implementazione di un Sistema di Gestione di qualità, che tenga conto delle diverse dimensioni del processo di cura e dell'interazione degli attori coinvolti.

In ambito sanitario, dove la domanda è ancora indirizzata dalla percezione che il Paziente/Utente ha del servizio, nella sua efficacia terapeutica e nella efficienza, l'approccio alla gestione secondo i modelli della Qualità Totale costituisce una necessità.

Sulla base dell'analisi delle diverse dimensioni della Qualità presenti all'interno di Strutture Sanitarie, si possono individuare l'approccio tecnico-professionale e l'approccio organizzativo gestionale.

In particolare, fa parte di quest'ultimo la metodologia della Certificazione di Qualità, secondo le Norme internazionali UNI EN ISO 9000, applicabili attraverso la realizzazione ed implementazione dei Sistemi di Gestione della Qualità.

Lo sviluppo e la corretta implementazione di tali Sistemi costituisce certamente uno degli strumenti più efficaci da adottare per supportare le Organizzazioni nel loro processo di sviluppo, con il fine ultimo dell'aumento del valore nei confronti dei propri Utenti ed in generale dei Portatori di interessi.

Per questo, è opportuno definire e programmare azioni coordinate, finalizzate alla realizzazione, all'implementazione, al miglioramento continuo dei Sistemi di Gestione, ancorché complessi.

MATERIALI E METODI

Il documento descrive le modalità e gli standard aziendali per la pianificazione e conduzione delle verifiche sulle strutture private RSA accreditate e convenzionate, finalizzata al miglioramento della qualità dell'offerta sanitaria.

Saranno chiarite le modalità procedurali, riservando particolare cura a quanto ha influenza sulla qualità del Servizio erogato. Saranno definite:

le responsabilità;

l'ambito di applicazione;

le singole attività componenti il processo;

la documentazione necessaria per svolgere e per controllare i compiti previsti;

le interazioni con altri processi;

gli elementi di ingresso (input) e di uscita (output).

La Norma UNI EN ISO 19011:2003 definisce la verifica ispettiva della qualità (Audit) come un "processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze dell'audit e valutare con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri dell'audit siano stati soddisfatti". Tale controllo viene effettuato attraverso una check list specifica.

Scopo dell'audit è quello di determinare se le attività svolte per la qualità ed i risultati ottenuti sono in accordo con quanto pianificato e se quanto predisposto viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi.

Le risultanze delle verifiche ispettive interne sono un elemento di valutazione del grado di applicazione della normativa vigente e dell'appropriatezza e quantità/qualità dei servizi erogati dalle strutture RSA accreditate e/o convenzionate da parte della Direzione della ASL Roma B.

Nella Unità Operativa Complessa Valutazione Attività Strutture Accreditate e Convenzionate (VASAC) il processo di gestione delle Verifiche è eseguito secondo le fasi di seguito descritte.

I principali criteri che stanno alla base del Programma delle Verifiche (mod1-VASAC03-10) sono :

(Segue sul sito www.anmdo.org)

PROGETTO “ETHOS”: CONDIVIDERE E DIFFONDERE LA PROSPETTIVA ETICA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Arabella Fontana *Direttore Sanitario A.S.L. NO di Novara;*

Da Grossi *Direttore Sanitario A.S.L. BI di Biella.*

Vincenzo Alastra *Direttore S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;*

Alberto Perett *filosofo e counselor;*

Francesca Menegon *sociologa, S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;*

Leonardo Jon Scotta *psicologo, S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;*

Rosa Introcaso *Coordinatrice Progetti Formativi S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI.*

Direzione Sanitaria A.S.L. BI - Via Marconi 23, 13900, Biella

Telefono: 015 3503410 - Email: segreteria.direzione@aslbi.piemonte.it

La comunicazione descrive l'esperienza delle cinque Aziende Sanitarie del Quadrante Piemonte Nord nell'attuazione di un percorso comune di formazione-intervento sulla tematica dell'etica nelle organizzazioni sanitarie. Dalla raccolta delle esperienze quotidiane degli operatori nasceranno cinque Carte Etiche Aziendali tematiche, raccolte in un'unica Carta Etica di Quadrate che verrà diffusa a tutti gli operatori e agli stakeholder territoriali.

Le Carte rappresenteranno una base da cui partire per la messa in atto di ulteriori possibili azioni che dovranno consolidare il percorso di riflessione-azione etica avviato e che potranno essere realizzate sia a livello aziendale che inter-aziendale.

PAROLE CHIAVE

Etica, formazione-intervento, progetto inter-aziendale.

INTRODUZIONE

Il fine dell'Azienda Sanitaria del futuro, sia essa pubblica o privata, sarà sempre di più quello di promuovere salute anche proponendosi in una prospettiva di comunità, o meglio, per quella comunità che l'Azienda Sanitaria stessa contribuisce a disegnare.

Si parlerà sempre di più di “etica aziendale” in rapporto alla dimensione di sviluppo delle stesse aziende sanitarie (individuazione delle priorità a fronte di risorse limitate, miglioramento delle condizioni di lavoro, ricerca di autentiche forme di partecipazione della cittadinanza, ecc.) e al sistema dei valori (cooperazione e partecipazione dei dipendenti, politiche di coinvolgimento ed inclusione degli stakeholder, valorizzazione delle differenze, disponibilità all'ascolto ai vari livelli organizzativi, coltivazione del senso di appartenenza alla comunità di riferimento, ecc.).

Il progetto Ethos persegue come finalità la coltivazione e il rinforzo di una cultura etica nelle organizzazioni sanitarie che vi partecipano e nelle loro reti di relazione, interessanti stakeholder, enti e comunità locali di riferimento. Il progetto si propone quindi di definire una solida piattaforma etica condivisa dai soggetti coinvolti, a partire dalla quale innestare il processo di definizione ed implementazione di strumenti operativi, con indubbi vantaggi in termini di identità, appartenenza e autentica motivazione all'agire professionale.

Gli obiettivi generali del progetto sono i seguenti:

Attivare laboratori di formazione-intervento capaci di coinvolgere adeguate rappresentanze degli attori organizzativi più significativi per posizione, qualifica, ecc.

Attivare ed incentivare processi di partecipazione e di protagonismo (empowerment degli operatori) all'interno dei contesti organizzativi attraverso l'uso polisemico di codici e linguaggi, attingendo a forme creative di comunicazione e partecipazione.

Favorire le connessioni delle Aziende con i vari stakeholder e interlocutori istituzionali.

Sottoporre a studio e osservazione le pratiche messe in atto all'interno del progetto, intendendo il medesimo come sperimentale, al fine di valutare esportabilità ed espansibilità dell'esperienza, in toto o in parte, in altre realtà regionali e nazionali.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

APPROPRIATEZZA DELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI E CONTENIMENTO DELL'ANTIBIOTICORESISTENZA. INDAGINE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO (A.O.U.P.) "P. GIACCONE" DI PALERMO.

Alberto Firenze, Gisella Lipari, Maria Grazia Laura Marsala, Mariagrazia Morici, Giuseppe Calamusa, Caterina Mammina, Francesco Vitale, Luigi Aprea.
Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (A.O.U.P.) "P. Giaccone" di Palermo

L'antibiotico-resistenza è diventata una problematica prioritaria di Sanità Pubblica a livello mondiale, sia per le importanti implicazioni cliniche: l'aumento della morbidità, letalità, durata della malattia, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie; ma anche per la ricaduta economica delle infezioni da batteri antibiotico-resistenti, dovuta al costo aggiuntivo richiesto per l'impiego di farmaci e di procedure più costose conseguenti all'aumento della Degenza Ospedaliera ed eventuali invalidità. L'obiettivo dell'indagine è stato quello di conoscere la realtà presente nell'A.O.U.P. di Palermo in termini di antibioticotераpia. L'indagine di farmacovigilanza ha avuto lo scopo di valutare la qualità e l'appropriatezza della somministrazione degli antibiotici ai pazienti ricoverati presso le diverse UU.OO. dell'A.O.U.P..

PAROLE CHIAVE

Cartelle cliniche, antibiotici.

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni è emerso un uso poco razionale e a volte inappropriato degli antibiotici sia a livello territoriale che in ambito ospedaliero, portando alla comparsa del fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

I meccanismi mediante i quali un impiego irrazionale degli antibiotici può generare resistenze batteriche sono fondamentalmente due:

- 1) Inappropriatezza dell'indicazione (uso di un antibiotico in assenza di infezione, spesso in presenza di mera colonizzazione batterica);
- 2) Inappropriatezza della somministrazione (utilizzo dell'antibiotico a dosaggi sub-ottimali, o per periodi troppo brevi).

MATERIALI E METODI

L'indagine è stata condotta mediante la consultazione e l'analisi delle cartelle cliniche dei ricoveri effettuati in regime ordinario, durante un periodo complessivo di 30 giorni; sono stati valutati in particolare i ricoveri, la cui data di ingresso rientrava dal 26 gennaio al 9 febbraio 2009 (15 gg) e dal 27 aprile al 11 maggio 2009 (15 gg). Sono stati altresì valutati ed analizzati i ricoveri effettuati nella quasi totalità delle UU.OO. dell'A.O.U.P. ad indirizzo clinico, chirurgico e pediatrico, con l'intento di evidenziare eventuali differenti approcci terapeutici, in termini di tipologia e via di somministrazione farmacologica. L'indagine non è stata condotta in altre UU.OO. come la Rianimazione e la Terapia Intensiva, per problemi organizzativi nonché di compliance e di partecipazione. Le cartelle cliniche sono state accuratamente esaminate al fine di raccogliere informazioni anagrafiche, inerenti il ricovero, inerenti la terapia farmacologica (tipologia di antibiotico, modalità di somministrazione, durata della terapia, valutazioni di eventuali indagini eseguite sia clinico-strumentali che di laboratorio, usi in contemporanea o di più di un antibiotico, reazioni avverse), inerenti l'eventuale isolamento microbiologico (tipo di campione analizzato, microrganismo identificato, data dell'isolamento, sensibilità e resistenza ad antibiotici).

I dati ottenuti, sono stati caricati su foglio excel, mediante l'utilizzo di uno schema anticipatamente preparato, ed elaborati con l'ausilio di software.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

FORMARE ALLA CLINICAL GOVERNANCE.

Arabella Fontana, *Direttore Sanitario A.S.L. NO di Novara.*

Ida Grossi, *Direttore Sanitario A.S.L. BI di Biella;*

Vincenzo Alastra, *Direttore S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;*

Francesca De Marchi, *psicologa, S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;*

Rosa Introcaso, *Coordinatrice Progetti Formativi S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;*

Daniela Costa, *Operatore Area Formazione, A.S.L. NO.*

Direzione Sanitaria A.S.L. NO - Novara

Al fine di un passaggio da una logica di “government” (regole, divieti, autorizzazioni) ad una logica di “governance” (costruzione del consenso per la concreta attuazione delle politiche), risulta particolarmente strategica la valorizzazione del ruolo dei direttori medici, in particolare nel governo clinico. Su questa base le Aziende Sanitarie dell’Area Funzionale Sovrazonale 2 del Piemonte Nord (ASL NO, VCO, VC, BI e AOU Maggiore Carità Novara) hanno organizzato un percorso formativo ad hoc, con l’intenzione di rendere ogni azione (clinica, assistenziale, organizzativa, economico-finanziaria) coerente e finalizzata alla qualità dell’assistenza e mettere in grado l’organizzazione di sviluppare meccanismi di feed-back che favoriscano l’apprendimento organizzativo.

PAROLE CHIAVE

Formazione, Clinical Governance, Apprendimento Organizzativo.

INTRODUZIONE

Il Piano Socio Sanitario 2007-2010 della Regione Piemonte prevede il passaggio da una logica di “government” (regole, divieti, autorizzazioni) ad una logica di “governance” (costruzione del consenso per la concreta attuazione delle politiche).

A tal fine risulta quindi particolarmente strategica la valorizzazione del ruolo dei direttori medici, in particolare nel governo clinico, in quanto la “clinical governance”:

- crea un ambiente che favorisce l’espressione dell’eccellenza clinica;
- mette al centro della propria attenzione l’efficacia e l’appropriatezza clinica delle prestazioni;
- crea le condizioni necessarie per fare in modo che la valutazione della qualità di queste ultime diventi parte integrante dell’attività istituzionale dei servizi;
- considera il processo di condivisione e partecipazione attiva degli operatori e degli utenti una delle condizioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi clinici desiderati.

Coerentemente con tale obiettivo, la Regione Piemonte con DGR n. 8-11624 del 22.6.2009, ha ritenuto opportuno predisporre e realizzare una serie di progetti formativi rivolti all’approfondimento di specifiche tematiche manageriali.

Su questa base le AA.SS.RR. dell’Area Funzionale Sovrazonale 2 del Piemonte Nord (ASL NO, VCO, VC, BI e AOU Maggiore Carità Novara) hanno organizzato un percorso formativo ad hoc, comprendente due iniziative formative: una sulla Gestione delle Risorse Umane, l’altra sulla Clinical Governance, tutte e due rivolte in maniera specifica ai Direttori di Strutture Complesse delle cinque Aziende del Piemonte Nord.

La finalità didattica generale di tali percorsi formativi, ognuno dei quali della durata complessiva di 28 ore, è quella di consolidare e approfondire la conoscenza e la padronanza degli strumenti di management richiesti dalla posizione coperta.

Gli obiettivi generali del percorso formativo sono i seguenti:

1. Fornire indirizzi utili per il consolidamento delle competenze metodologiche ed operative circa la gestione delle risorse umane e lo sviluppo organizzativo.
2. Consolidare ed approfondire la conoscenza e padronanza degli strumenti di management richiesti dalla posizione ricoperta all’interno dell’Azienda Sanitaria.
3. Focalizzare l’attenzione sulle esigenze di maggiore rilevanza dei Direttori di S.C. al fine di sviluppare competenze specifiche di gestione organizzativa e relazionale delle risorse a disposizione.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

IL MIGLIORAMENTO DELLA CODIFICA DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) E DEL SUO LIVELLO DI CONCORDANZA CON LA CARTELLA CLINICA MEDIANTE L'UTILIZZO DI UN PROGRAMMA DI DATA QUALITY EDITOR (DQE) ESPERIENZA PRESSO LA ASL N. 3 DI FOLIGNO – REGIONE UMBRIA

Dr. S. Fratini**, Dr.ssa R. Moraldi**, Dr. A. Laureti**, Sig.ra A. Piccioni**, Dr. L. Saporì***, Dr. F. De Matteis***, Sig. O. Stambuco***, Dr.ssa F. Mancinelli*****, Sig. R. Marcotulli*****, Dr.ssa F. Gori*****, Dr.ssa E. Ricci*****, Dr.ssa P. Petrini*****, Dr.ssa D. Boco*****, Dr.ssa A. Mencarelli*****, Dr.ssa M.G. Rosignoli*.**

** Direttore Generale ASL 3 Umbria - piazza Giacomini n°40, 06034 Foligno (PG)*

*** Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni Battista - via Arcamone, 06034 Foligno (PG)*

**** Direzione Sanitaria Ospedale S. Matteo degli infermi - via Loreto, 06049 Spoleto (PG)*

***** Direttore sanitario ASL 3 Umbria - piazza Giacomini n°40, 06034 Foligno (PG)*

****** Uffici staff ASL 3 Umbria - piazza Giacomini n°40, 06034 Foligno (PG)*

L'Azienda Unità Sanitaria Locale n. 3 dell'Umbria ha sviluppato un progetto sperimentale per l'individuazione ed il controllo dei probabili errori di codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) mediante l'utilizzo del software "PARM" della 3M, stessa casa produttrice del DRG GROUPE. Il software permette di rilevare 58 tipi di probabili errori (Edit). I controlli presuppongono la revisione della cartella clinica cui è correlata la SDO per valutare se l'Edit segnalato è potenziale o reale.

Il gruppo di lavoro individuato comprende uffici di staff e Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri, esso effettua i controlli dovuti (gruppo di codifica), insieme ai facilitatori delle strutture di degenza interessate. Gli errori individuati vengono utilizzati come base per la formazione e per il miglioramento di tutti gli operatori addetti alla codifica.

Le rilevazioni riportate in questo studio riguardano i primi 3 trimestri dell'anno 2009. L'analisi ha evidenziato una riduzione progressiva del numero di Edit, sia nell'Ospedale di Foligno (528 Edit nel I trimestre e 379 Edit nel III trimestre), che nell'Ospedale di Spoleto (220 Edit nel I trimestre e 104 Edit nel III trimestre). La metodica con cui sono stati effettuati i controlli ha indubbiamente sensibilizzato gli operatori ad una codifica più appropriata.

PAROLE CHIAVE

"Scheda Dimissione Ospedaliera", "errore codifica", PARM.

INTRODUZIONE

L'Azienda Unità Sanitaria Locale n. 3 dell'Umbria ha sviluppato un progetto sperimentale per l'individuazione e il controllo dei probabili errori di codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) mediante l'utilizzo del software "PARM" della 3M, stessa casa produttrice del DRG GROUPE, che permette di effettuare in modo automatico controlli sulla compilazione della SDO. L'individuazione di eventuali errori e la possibilità di procedere ad una loro correzione appropriata rappresentano l'avvio del ciclo del miglioramento continuo e della formazione permanente.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

SISTEMA DI TRASPORTO DEL PAZIENTE E SICUREZZA OPERATIVA: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE "S.ANTONIO ABATE" DI TRAPANI

Francesco Giurlanda

Direzione Medica di Presidio, P.O. S. Antonio Abate – ASP di Trapani

INTRODUZIONE

Il sistema di trasporto dei pazienti, sia all'interno delle strutture ospedaliere che in maggior misura in ambito extraospedaliero, rappresenta un elemento di fondamentale importanza nel processo assistenziale, in ragione della tempestività degli interventi richiesti e dell'effettuazione in sicurezza degli stessi. Al fine di implementare un sistema funzionale alla operatività dei reparti afferenti al P.O. dell'ASP di Trapani, sono stati esaminati alcuni aspetti del processo, tra cui, in primis, le principali ragioni del trasferimento di un paziente da un ospedale all'altro e cioè:

manca di posti letto: l'ospedale accettante non è in grado di ricoverare il paziente poiché, pur disponendo delle idonee tecnologie, non ha disponibilità di posti letto.

competenza specialistica: quando il paziente deve essere trasferito in un altro ospedale perché necessita di trattamento specialistico non disponibile nell'ospedale dove è degente

accertamenti diagnostici, consulenze, terapie: il paziente viene trasportato ad un altro ospedale e quindi rientra all'ospedale dove è degente, senza che vi sia un trasferimento.

prosecuzione cure: quando il paziente, terminate le esigenze di cure specialistiche, viene trasferito in un altro ospedale per continuare le cure non specialistiche.

Parole chiavi: trasporti, criteri di classificazione, sicurezza paziente

MATERIALI E METODI

Al fine di attuare strategie idonee atte a ridurre il rischio del paziente durante il trasporto in ambulanza il P.O. S. Antonio Abate ha elaborato una procedura di seguito descritta.

Nei primi tre casi, sopra elencati qualora le condizioni cliniche del paziente fossero instabili, si può configurare il cosiddetto "trasferimento secondario d'emergenza" (o protetto) e richiedere il mantenimento di un'assistenza adeguata durante tutto il periodo del trasporto, dalla presa in carica del paziente fino all'arrivo al centro di destinazione. Fondamentale importanza rivestono la prevenzione delle possibili complicanze e la capacità di affrontare, con in modo appropriato, eventi patologici imprevisti.

Nella letteratura internazionale ci si può riferire alle classi di rischio rispetto al trasporto dei pazienti critici con classificazione di Eherenwerth (come riportato nella Tabella 1).

CONCLUSIONI

L'implementazione di una condivisa procedura per il trasporto dei pazienti costituisce un ulteriore livello di garanzia della sicurezza che, parallelamente ad un adeguato percorso formativo, contribuisce sensibilmente a ridurre o contenere i rischi e le complicanze e ad aumentare quindi anche la qualità delle prestazioni erogate. La formazione e l'addestramento continuo del personale addetto al soccorso e trasporto dei pazienti, nel rappresentare un'attività di rilievo quale momento di prosecuzione assistenziale e di continuazione della "corsia" impongono alle organizzazioni sanitarie un piano di formazione specifica per le diverse figure coinvolte nel trasporto dei pazienti in emergenza e programmato, attraverso anche verifiche periodiche. In detto percorso formativo vanno ricomprese tematiche di priorità quali corsi di Basic Life Support e Defibrillation (BLSD) per tutti gli operatori e corsi di Advanced Life Support (ALS), certificati dall'Amministrazione regionale, per la formazione del personale medico ed infermieristico che opera nel Sistema in emergenza, come previsto dalle specifiche linee guida.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

IL FUTURO NEL PASSATO .LA SS ANNUNZIATA DI NAPOLI: PROSPETTIVE DI UN OSPEDALE STORICO .

Lalla M.*Costa R.*Ciaburro S.* Punzo A.* *Cuzzolino M.L.* De Vivo M.***LangellaL.*** Pecci F.**Guida E.*

*ASL NA1 Centro

** ASL NA2 Nord

***Napoli

L'ospedale SS Annunziata è un presidio dell'azienda territoriale Napoli 1 Centro, unica struttura operante nell'ambito materno-infantile. La sua appartenenza alla Santa Casa dell'Annunziata ha indotto la Direzione Sanitaria presidiale a sostenere la realizzazione di un progetto di recupero finalizzato ad integrare le caratteristiche di una moderna struttura sanitaria con il suo retaggio storico, culturale, artistico ed assistenziale.

Gli interventi realizzati, guidati dal fil rouge dell'umanizzazione, hanno determinato un miglioramento del comfort alberghiero, con la creazione di ambienti "amichevoli nei confronti dei bambini" (child- friendly environments), e del clima lavorativo nonché un ampliamento delle performance presidiali. L'esperienza descritta ha imposto una riflessione sul recupero e valorizzazione degli ospedali storici, che rappresentano elettivi spazi espositivi per il media artistico, nell'ambito delle esperienze di uso virtuoso del marketing in sanità.

PAROLE CHIAVE

Umanizzazione, Marketing

INTRODUZIONE

L'Ospedale della SS. Annunziata, collocato nel centro antico della città, si configura come un Presidio Ospedaliero dell'Azienda territoriale Napoli 1 Centro, unica struttura operante nell'ambito materno-infantile.

La sua appartenenza al complesso monumentale della Santa Casa dell'Annunziata, risalente agli inizi del 1300 e costituito dalla Chiesa, il Conservatorio e la Rota, ha indotto la Direzione Sanitaria presidiale a sostenere la realizzazione di un progetto di recupero finalizzato ad integrare le caratteristiche di una moderna struttura sanitaria con il suo retaggio storico, culturale , artistico ed assistenziale.

MATERIALI E METODI

Numerosi studi di psicologia dello sviluppo evidenziano che la particolare vulnerabilità tipica dell'età infantile risulta accentuata dallo stato di malattia e, ancor più, da un eventuale ricovero con degenza ospedaliera.

Pertanto, in linea con la prospettiva delineata dalla psicologia ambientale ed il concetto di "Therapeutic environment", ci si è posti l'obiettivo di rendere gli ambienti "amichevoli nei confronti dei bambini" (child- friendly environments), assimilando percettivamente la struttura ospedaliera pediatrica al mondo dell'infanzia, con la realizzazione di interventi, quali la ludoteca, che hanno contribuito a rendere più sfumati gli elementi caratterizzanti il luogo di cura, a favore di atmosfere e significati familiari positivi. Il miglioramento del comfort alberghiero si è affiancato a importanti iniziative coordinate dal servizio di psicologia clinica. Attività psico-educative e ludico-ricreative (clown therapy) sono state, infatti, promosse per garantire la continuità scolastica e favorire l'adattamento alla malattia ed all'ospedalizzazione. Nell'uso dei materiali, il ricorso al legno, marmo e pietra lavica, il recupero di arredi sacri, la riproposizione dello stemma contenente il monogramma dell'A.V.G.(Ave Gratia Plena), il saluto dell'angelo alla Vergine, che si legge sulla facciata della basilica vanvitelliana dell'Annunziata, ha rappresentato l'opportunità di valorizzare il patrimonio artistico della Santa Casa, interpretando l'eredità del passato con sensibilità contemporanea. Altresì il rinnovamento tecnologico ha privilegiato l'Area dei Servizi, le cui linee di attività sono state implementate con lo screening per malattie metaboliche e l'esecuzione di esami TC.

RISULTATI

Il progetto di miglioramento avviato nel 2004, e non ancora concluso, ha finora avuto ricadute estremamente positive e, guidato dal fil rouge dell'umanizzazione, ha determinato un miglioramento del comfort alberghiero e del clima lavorativo, confermato dalle indagini conoscitive promosse dalla direzione nelle varie fasi progettuali. Il rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico ed informatico, finalizzato ad una più efficace gestione del rischio clinico, ha consentito anche un ampliamento dell'offerta assistenziale del presidio.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

INFLUENZA A/H1N1 : CREAZIONE DI PERCORSI ORGANIZZATIVI ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE SAN GERARDO DI MONZA E MODALITA' DI INTEGRAZIONE CON L'ASL.

Lanfranco P., Camponovo L., Saporito T., Di Marino O.

DIREZIONE SANITARIA Azienda Ospedaliera S. Gerardo Monza, Via Pergolesi 33, Monza

Nell'inverno 2009 nello scenario relativo alla pandemia influenzale da influenza H1N1 si sono formulati modelli organizzativi relativi all'attuazione del piano pandemico, le procedure per definire i percorsi del paziente con sospetta influenza, dall'accesso al pronto soccorso alla sua dimissione, le indicazioni in merito ai dispositivi di protezione individuale da adottarsi da parte dei pazienti e degli operatori, la vaccinazione di operatori sanitari e delle categorie a rischio, la creazione di nuovi flussi informativi tra ASL e Ospedale.

Al fine di garantire appropriatezza e funzionalità ai percorsi intra ed extraospedalieri nel rispetto delle indicazioni ministeriali e della Regione Lombardia sono state formulate una serie di ipotesi organizzative che si sono concretizzate in documenti condivisi tra i diversi attori del sistema.

I 132 casi ricoverati all'AO S. Gerardo sono stati tutti di origine esterna e non vi sono stati casi secondari tra pazienti ed operatori.

PAROLE CHIAVE

Nuova influenza, percorsi organizzativi

INTRODUZIONE

L'alta contagiosità nella trasmissione interumana del virus influenzale (per via diretta attraverso le goccioline di secrezioni respiratorie e di saliva emesse con tosse e starnuti o per via indiretta attraverso le mani) ha richiesto in un ambito delicato come quello ospedaliero l'implementazione di percorsi dedicati e l'osservanza scrupolosa delle misure di isolamento.

La Circolare del Ministero della Salute del 27/07/2009 ha fornito indicazioni riguardo alle misure di isolamento da attuare nei confronti di pazienti con sospetta influenza.

Presso l'Azienda Ospedaliera S. Gerardo sono state predisposte alcune procedure per definire i percorsi del paziente con sospetta influenza, dall'accesso al pronto soccorso alla sua dimissione e le indicazioni in merito ai dispositivi di protezione individuale da adottarsi da parte dei pazienti e degli operatori.

MATERIALI E METODI

Predisposizione di procedure specifiche per:

donne gravide, che accedono al pronto soccorso ginecologico,

bambini, che accedono al pronto soccorso pediatrico,

utenti, che accedono al pronto soccorso,

personale addetto al trasporto (ambulanze),

operatori, che devono assistere pazienti con influenza A/H1N1

vaccinazione per gli operatori

flussi informativi con ASL

flussi informativi con la Regione per i ricoverati nelle Unità di terapia intensiva

RISULTATI

Elenco procedure

Norme di prevenzione della trasmissione del virus influenzale A/H1N1 per i visitatori

Piano pandemico

Modalità di vaccinazione per gli operatori

Addendum al piano pandemico per paziente con sospetta influenza AH1/N1

Percorso intraospedaliero del paziente

Scheda di sorveglianza ministeriale sui casi di ARDS ricoverati nelle unità di terapia intensiva

(Segue sul sito www.anmdo.org)

PROGETTO G.A.I.A. GESTIONE ASSISTENZIALE INTEGRATA DEGLI ADOLESCENTI

Lazzaro I.*, Romano G.**, Raiola G.°, Giofrè M.V.**, Romagnino M.°, Scopelliti G.^

*Azienda Ospedaliera Universitaria "Mater Domini" - Catanzaro

**Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

°Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" - Catanzaro

°°Autorità di Audit - Presidenza Giunta Regione Calabria

^Presidente Regione Calabria

PAROLE CHIAVE

Adolescente, Ospedale, Territorio

INTRODUZIONE

L'assistenza medica all'adolescente nel nostro Paese è ancora precaria e poco funzionale, innanzitutto perché un'adeguata formazione in medicina dell'adolescenza stenta a realizzarsi nell'ambito della formazione curriculare del medico e, poi, perché l'85% degli Italiani con età maggiore di 14 anni viene ricoverato in reparti per adulti, mentre quelli ricoverati in Area Pediatrica sono assistiti in maniera non idonea ai loro bisogni di privacy e crescita. Sul territorio, a livello nazionale, operano circa 7.400 Pediatri di Libera Scelta che assistono meno del 50% degli adolescenti con età compresa tra gli 11 e i 14 anni. Inoltre, vi è in generale una non appropriata assistenza ai ragazzi con patologia cronica, che spesso vengono inseriti in percorsi assistenziali destinati agli adulti.

Il PSN 2006-2008 nonché le linee di indirizzo della Regione Calabria hanno previsto, tra gli obiettivi da raggiungere, anche la tutela della salute nelle prime fasi di vita, infanzia ed adolescenza. In particolare, prevedono percorsi di riorganizzazione dei Servizi di emergenza-urgenza pediatrica e miglioramento dell'assistenza ai bambini e agli adolescenti affetti da patologie croniche mediante lo sviluppo di modelli integrati tra centri specialistici, ospedali, attività assistenziali territoriali.

Il progetto G.A.I.A. prevede che l'assistenza, sia in termini di diagnosi che di trattamenti, debba essere modulata nel rispetto della fisiologia dell'adolescente, con l'obiettivo di identificare tempestivamente le patologie senza portare lo stesso ad una medicalizzazione indiscriminata e non necessaria.

Il percorso presuppone una gestione assistenziale integrata ospedale/territorio per garantire all'adolescente la migliore assistenza che soddisfi il bisogno medico e quello di crescita psico-sociale.

MATERIALI E METODI

La metodologia progettuale prevede un'articolazione dei compiti suddivisa per livelli, tenendo al centro l'adolescente. Medici ed Operatori sanitari ospedalieri/territoriali adotteranno specifici percorsi, attraverso condivisione di banche dati e tecnologie di comunicazione, che permetteranno di realizzare la presa in carico dell'adolescente in maniera tale da educarlo a condurre uno stile di vita che gli permetta di riconoscere ed evitare i rischi capaci di comprometterne la salute.

Il modello organizzativo assistenziale per gli adolescenti si basa sui seguenti livelli:

Il primo viene identificato con i Pediatri di Libera Scelta ed i Servizi territoriali di Medicina Scolastica, Pediatria di Comunità ed Educazione Sanitaria, con compiti di prevenzione, filtro e trattamento delle condizioni più comuni nella età adolescenziale sia in ambito individuale che collettivo, con particolare attenzione al mondo della scuola. In particolare, un ruolo importante rivestono i Pediatri di Libera Scelta soprattutto nella selezione dei pazienti e nell'assistenza domiciliare postoperatoria. In questa fase saranno stilate linee d'indirizzo per la stesura di bilanci di salute dedicati all'età adolescenziale, anche attraverso modalità di chiamata attiva, il tutto con l'ausilio di un portale web dedicato. Tali bilanci devono sostituire precedenti forme d'intercettazione delle patologie adolescenziali, oggi non più presenti o usualmente tardive. Al fine di svolgere queste funzioni, gli Operatori coinvolti (Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Medicina Scolastica, Infermieri Pediatrici, ecc.) devono possedere specifiche conoscenze e competenze di adolescentologia, accreditate da percorsi ECM o certificati dalle principali Società Scientifiche del settore.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

ETHICAL GOVERNANCE E L'ALTRO

C. Perfetti*, M. Loizzo*, A. Benvenuto*, M.A. Vantaggiato*, O. Perfetti *

*Direzione Sanitaria P.U. Azienda Ospedaliera di Cosenza

**Dottorssa in Teorie della prassi comunicativa e cognitiva

Il riferimento all'etica è presente in gran parte delle organizzazioni umane e la sanità è il campo di applicazione e di sperimentazione di tematiche etiche. Infatti il governo clinico ripensa sempre più ai percorsi da seguire per garantire buone prestazioni, concentrandosi non solo sugli aspetti clinici, organizzativi ed economici, ma anche sulla dimensione morale degli individui. Tale dimensione morale, che ha portato alla definizione di una *Etichal Governance* in campo medico, non si risolve soltanto nella semplificazione sul tema dell'*Umanizzazione dei rapporti*, ma riflette in modo più ampio le problematiche tra il soggetto e l'altro, altro che è insieme di logica e irrazionalità, cioè di *mythos* e *logos*, altro che è estraneo e necessariamente distante dall'io, ma che sorge all'interno di un universo preesistente in cui l'io e l'altro entrano in relazione, relazione che quindi precede i suoi stessi termini. Chi è questo altro che sta di fronte all'io, che l'io può amare, odiare, uccidere o curare?

Queste problematiche costituiscono l'asse portante di numerose speculazioni filosofiche; ad esempio a partire dall'ambito fenomenologico Sartre e Levinas si interrogano sullo stesso problema: nella relazione tra l'io e l'altro è presente la ricerca del fondamento della propria esistenza, ma la vera domanda è: è l'io a dare un fondamento all'altro o è l'altro a dare un fondamento all'io? Come vedremo, la questione viene affrontata in modo diverso da entrambi i filosofi.

PAROLE CHIAVE

Ethical Governance, Empatia, L'Altro

INTRODUZIONE

E' necessario fare un riferimento all'etica nelle organizzazioni umane: la sanità, per le sue peculiarità, risulta essere un luogo privilegiato di applicazione di considerazioni morali; infatti vi è stato un ripensamento della *Clinical Governance* alla luce dell'etica ed è sorta l'esigenza, da parte delle organizzazioni sanitarie più votate all'eccellenza, di dotarsi di un **Codice Etico**. Come vedremo, la tematica dell'etica è correlata sia alla tematica dell'empatia, sia alla relazione tra l'io e l'altro. Da ciò discendono una serie di considerazioni.

MATERIALI E METODI

Che cos'è l'Etichal Governance?

L'Etichal Governance fa riferimento ai comportamenti etici che consentono di determinare standard elevati di prestazioni i termini di azioni, di economia, di efficacia, di efficienza, di qualità, di soddisfazione del cliente.

E' evidente che il problema di una Etichal Governance in sanità non può risolversi soltanto nel problema dell'Umanizzazione: è chiaro che nel campo della salute il rapporto con l'altro diventa centrale: chi è questo altro di cui l'io si prende cura? E' così ovvio e scontato il relazionarsi con l'altro? Al contrario, la necessità etica di un governo clinico nasce proprio dalla difficoltà originaria del rapportarsi all'altro, o anche, citando Husserl, padre della fenomenologia, nasce dalla intricata problematica dell'intersoggettività. Le speculazioni di Sartre e Levinas prendono le mosse dalla filosofia husserliana ma poi se ne allontanano, percorrendo strade diverse. Sartre sostiene che la coscienza umana cerca continuamente un completamento nella realtà dell'altro in diversi modi: lo tocca, lo guarda, lo ama, lo odia, ma ogni tentativo è destinato a rimanere vano. Il dramma è che l'io non riesce a impossessarsi di della libertà dell'altro, il quale rimane trascendente, estraneo, distante; rimane, appunto, altro. Al contrario di Sartre, Levinas sostiene che l'altro è infinitamente altro per cui l'unico modo di relazionarsi dell'io con l'altro è doloroso, è un soffrire: l'altro si manifesta all'io attraverso il volto, che è l'unica cosa che l'io, nel suo processo di identificazione, non riesce ad assimilare. Ma non esiste alcuna biunivocità di rapporto: l'altro mantiene sempre un'eccedenza impossibile da catturare. Il volto è nudità: la persona nuda è massimamente esposta e quindi è più fragile perché non ha coperture; ciò significa che il volto è esposizione di qualcosa che può essere in qualunque momento violato e oltraggiato. Per questo l'altro si rivela all'io e lo costituisce come responsabilità; l'io è responsabile dell'altro perché il volto si manifesta nella sua nudità e nella sua mortalità. Ma l'unico modo in cui l'io può disporre dell'altro è ucciderlo, nel cui caso non si tratta comunque di un disporre perché l'io non disporrebbe dell'altro ma di ciò in cui lo ha trasformato.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

AVVIO DI UN APPROCCIO PER PERCORSI NELLA AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

Lomeo A [^], Corsini A [^], Passerini P [^], Poli A [^], Fabris F [^], Benetollo PP ^{*}

[^] Servizio Miglioramento Qualità Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

^{*} Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

L'avvio di percorsi clinico organizzativi gestionali, che garantiscono una migliore risposta assistenziale e consentono una appropriata erogazione delle singole prestazioni, ha permesso nell' Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona di definire alcuni aspetti di carattere metodologico quali la realizzazione di una Linea Guida Aziendale e di un supporto informatico documentale per la elaborazione dei percorsi stessi.

PAROLA CHIAVE

Percorsi clinico organizzativi gestionali, sistema gestione qualità.

INTRODUZIONE

Al fine di migliorare l'assistenza fornita ai pazienti, si stanno sperimentando nuovi modelli organizzativi basati sul percorso clinico assistenziale del paziente dal momento in cui viene preso in carico fino alla risoluzione e/o miglioramento del problema di salute.

I percorsi garantiscono una migliore risposta assistenziale e consentono una appropriata erogazione delle singole prestazioni necessarie per risolvere o controllare l'evoluzione del problema di salute. Pur essendo numerose le esperienze condotte su questo tema e trattandosi anche di requisiti richiesti per l'Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie, si ritiene che le modalità per l'avvio e l'implementazione dei percorsi nelle singole realtà aziendali non siano molto consolidate.

Nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI) il ri-orientamento da modelli assistenziali e organizzativi tradizionali a nuovi modelli assistenziali e organizzativi ha iniziato a concretizzarsi nel 2008 con il Documento di Programmazione in cui la Direzione Strategica ha individuato tra gli obiettivi strategici l'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici "patient oriented".

MATERIALI E METODI

L'AOUI si articola in 1700 posti letto, organizzati in 98 Unità Operative (UO). L'attività giornaliera media vede ricoverati in regime ordinario 1300 pazienti, di cui 100 sottoposti a interventi chirurgici, con 300 accessi ai DH/DS e 400 al Pronto Soccorso. Sono inoltre presenti numerosi corsi di Laurea e Scuole di Specializzazione.

Dal 2002 è stato avviato un percorso di Certificazione Aziendale secondo la Norma ISO 9001:2008 che ha coinvolto progressivamente le UO. Attualmente risultano certificate complessivamente n. 87 UO complesse di cui 71 di Area Clinico Assistenziale, e sono in corso di certificazione altre 6 UO.

In attuazione a quanto previsto dal Documento di Programmazione, nel 2009 dando avvio alla costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), è emersa l'esigenza di definire alcuni aspetti di carattere metodologico quali:

- una definizione della terminologia da adottare a livello aziendale;
- l'individuazione degli elementi che andranno a costituire i singoli percorsi, le loro articolazione e le modalità di attivazione;
- l'analisi dell'esistente;
- l'integrazione con altri processi di miglioramento avviati;
- le modalità di coinvolgimento dei professionisti.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

LE GESTIONE DEL CICLO DIURNO IN AREA MEDICA DEL P.O. DI PISTOIA

D Mannelli*, E Sensoli*, G Corsini*, F Puggelli, S. Broccardi***, S. Bartolini***, C Lupi***

* U.O. Direzione Sanitaria Ospedaliera – Ospedale “Il Ceppo”, AUSl 3 Pistoia

** Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università agli Studi di Firenze

*** Area Medica – Ospedale “Il Ceppo”, AUSl 3 Pistoia

L'organizzazione dell'assistenza a ciclo diurno rappresenta una sfida innovativa per le Direzioni Ospedaliere. La Direzione Sanitaria del P.O. di Pistoia ha voluto definire, attraverso la stesura di un regolamento e la definizione di criteri organizzativi e di funzionamento delle attività svolte, due modelli assistenziali: il Day Hospital e il Day Service.

La definizione di questi modelli permette di ottimizzare la qualità e l'efficienza del modello di assistenza a ciclo diurno diminuendone i livelli di inappropriatezza.

PAROLE CHIAVE

Assistenza a Ciclo Diurno, Day Hospital, Day Service

INTRODUZIONE

L'assistenza a ciclo diurno si configura sempre più come un modello di assistenza profondamente innovativo, in grado di conciliare efficienza, efficacia e qualità. La degenza breve presenta enormi vantaggi di ordine sociale ed economico, poiché abbrevia la permanenza in ospedale, aumenta il comfort per il paziente, che conserva le proprie abitudini di vita con minor rischio di complicanze legate alla degenza ospedaliera, e contemporaneamente riduce drasticamente i costi dell'ospedalizzazione, determinando una maggiore appropriatezza dei ricoveri, una aumentata disponibilità dei posti letto di degenza ordinaria da riservare alle patologie più severe, ed un più razionale utilizzo del personale.

In tale materia, la Regione Toscana ha esperienza sino dagli anni 80, con primi provvedimenti sulla riorganizzazione della rete ospedaliera fino alla più recente definizione degli standard di distribuzione tra ricovero ordinario, day hospital/day surgery e attività ambulatoriale, per favorire il processo di deospedalizzazione.

La Regione ha inoltre avviato un processo di ottimizzazione del percorso assistenziale indicando, per singolo DRG, lo standard di riferimento delle prestazioni eseguibili in day surgery e day hospital.

Il Day Hospital, pur conservando le caratteristiche proprie di un modello assistenziale innovativo, in grado di conciliare efficienza, efficacia e qualità, può presentare, se non correttamente utilizzato, un elevato rischio di inappropriatezza, soprattutto quando utilizzato a scopo diagnostico, per l'esecuzione di prestazioni clinico-strumentali che allo stato attuale possono trovare una risposta più efficiente in forme erogative diverse, afferenti all'area dell'assistenza ambulatoriale (Day Service e PAC).

Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza dell'assistenza a ciclo diurno, si è ritenuto utile definire, attraverso la stesura di un regolamento, i criteri di accesso, funzionamento ed organizzazione delle attività svolte in regime di Day Hospital e Day Service. Tale regolamento permette una programmazione ed organizzazione delle attività secondo criteri improntati alla qualità ed efficienza e alla riduzione dell'inappropriatezza.

MATERIALI E METODI

La Direzione Ospedaliera e l'Area Medica hanno redatto un regolamento che definisce i principi generali e attuativi di assistenza a ciclo diurno definendo due diversi modelli: Day Hospital e Day Service.

Viene definito Day Hospital (DH) un modello organizzativo ed operativo attuato in ambito ospedaliero e finalizzato al ricovero per l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico (eccezionalmente), terapeutico e riabilitativo. E' caratterizzato da ricoveri della durata inferiore alle 12 ore, con erogazione di prestazioni multiprofessionali o polispecialistiche, che non possono essere eseguite a livello ambulatoriale, richiedendo assistenza medica ed infermieristica protratta nell'arco della giornata, o non possono essere erogate in forma di Day Service per motivi di sicurezza del singolo paziente.

Il DH risponde alle esigenze fondamentali di attivazione di un modello assistenziale di pari efficacia rispetto al ricovero ordinario, di umanizzazione e razionalizzazione dell'assistenza, riducendo il numero di ricoveri ordinari e di facilitazione del percorso assistenziale del paziente con corsie preferenziali per la gestione programmatica di alcune situazioni cliniche.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

RISPOSTA DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA Z.T.9 ALLA PANDEMIA INFLUENZALE DA VIRUS A/H1N1.

L. Marinelli B.M. Gentilozzi, C. Bagalini, G. Scaloni, S. Paolucci, M.R. Mazzocanti; F. Migliozi*,**

** Direttore Servizio Igiene e Sanità Pubblica Z.T.9, ** Dirigente medico Servizio Igiene e Sanità Pubblica Z.T.9
Direzione Medica Ospedaliera, ASUR-Z.T.9 Macerata, Tolentino, Treia*

PAROLE CHIAVE

Pandemia, ricoveri ospedalieri, sinergia

Da quando nell'Aprile 2009 sono emersi i primi dati relativi ai decessi causati dal Virus A H1/N1 il livello di allarme è salito e la Regione Marche, (delibere 1515 del 28 settembre 09) in base anche alle indicazioni dell'OMS ha predisposto un piano pandemico regionale che dettava le linee generali, recepite dal piano pandemico nazionale. Alle singole Zone territoriali ed alle aziende ospedaliere marchigiane veniva lasciato il compito di stendere i piani pandemici locali nelle singole realtà. La zona territoriale 9 ha predisposto un piano pandemico capillare che oltre a prevedere la formazione del personale sanitario attraverso incontri e circoli di lettura, acquisto e distribuzione di soluzioni alcoliche per la detersione delle mani e una campagna di vaccinazione al personale socio sanitario, ha monitorato per oltre un mese tutti con l'invio da parte della DMO dei dati relativi ai ricoveri ospedalieri correlati al virus al centro regionale. Alla fine di tale periodo, nonostante la pandemia sia stata di impatto più lieve di quello preventivato il risultato di tali sinergie ha permesso di valutare la risposta all'emergenza del sistema ospedale come adeguata alla situazione in oggetto

INTRODUZIONE

Per fronteggiare la pandemia influenzale da virus A/H1N1 la Regione Marche ha predisposto un piano pandemico regionale che dettava le linee generali, recepite dal piano pandemico nazionale, e lasciava alle singole zone territoriali ed alle aziende ospedaliere marchigiane il compito di stendere i piani pandemici locali nelle singole realtà. La zona territoriale 9 ha predisposto un piano pandemico che prevede un capitolo sul ruolo dei presidi ospedalieri di polo e di rete.

MATERIALI E METODI

La DMO ha partecipato alla stesura del Piano Pandemico Zonale (PPZ), approvato nell'aprile 2009, e alla sua revisione continua, coordinando, in corso di pandemia, gli interventi attuati nei presidi Ospedalieri di Macerata, Tolentino e Treia. Il PPZ ha previsto l'attivazione di:

Azioni di formazione: incontri con il personale sanitario ospedaliero per la visione del piano pandemico nosocomiale, nel maggio 2009, e ripetuti in Area Vasta 3 (Macerata, Camerino, Civitanova) a settembre 2009;

Azioni di prevenzione:

circoli di lettura con il personale delle unità operative sul lavaggio delle mani;

acquisto e distribuzione di flaconi di soluzioni alcoliche;

vaccinazioni: nei centri vaccinali ospedalieri sono state effettuate n. 440 vaccinazioni, di cui 268 praticate al personale socio-sanitario, 34 al personale dei servizi essenziali, 127 a pazienti a rischio (pazienti con patologie oncologiche, dializzati, positivi per HIV, afferenti al SERT), 11 donne in gravidanza.

Azioni di sorveglianza: sistemi di rilevazione dei dati di assenteismo lavorativo per i dipendenti ospedalieri, accessi al pronto soccorso, ricoveri ospedalieri e mortalità. Per il periodo dal 13 novembre al 21 dicembre 2009 i casi di influenza da virus H1N1 sono stati monitorati con l'invio giornaliero, dalla DMO al centro epidemiologico regionale, dei dati relativi ai ricoveri ospedalieri correlati al nuovo virus influenzale. A partire dal 21 dicembre 2009, con la progressiva diminuzione del fenomeno, la segnalazione dei nuovi casi ospedalizzati è divenuta settimanale, fino alla nuova disposizione, del 17 febbraio 2010, che prevede l'obbligo di invio dei dati solo a fronte di casi positivi.

Azioni per ridurre l'impatto della pandemia: istituzione di una Unità di crisi, composta dai membri del Comitato Infezioni Ospedaliere, allargato ai Responsabili del Dipartimento di Emergenza Urgenza, del Dipartimento Materno Infantile e del Servizio delle Professioni Sanitarie.

L'Unità di crisi ha pianificato le azioni da intraprendere in ambito territoriale e ospedaliero come da schema:

(Segue sul sito www.anmdo.org)

LA LOGISTICA DELLA FILIERA DEL FARMACO IN OSPEDALE DALL'APPROVVIGIONAMENTO AL MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI

Antonia Rosa Marseglia, [^]Pierluigi Tosi, *Teresa Brocca, ** Carmina Cairo***Claudio Marinai

Coordinatore Dipartimenti Ospedalieri, [^]Direttore Sanitario Aziendale, *Direttore Dipartimento del farmaco, **DAI Staff Direzione Sanitaria Aziendale, ***Direttore Logistica Estav Centro

Azienda Sanitaria di Firenze Regione Toscana

PAROLE CHIAVE

Approvvigionamento Magazzino centralizzato KanBan

PREMESSA

La logistica, trova nella filiera del farmaco un esempio di applicazione per flussi continui di personale addetto, materiali e influisce sia sull'organizzazione degli spazi che sulla pianificazione dei flussi stessi. L'organizzazione per funzioni non riesce più a rispondere a esigenze organizzative odierne e viene superato da una organizzazione per processi nell'ottica di offrire al destinatario dell'output un beneficio superiore all'insieme delle risorse impiegate.

OBIETTIVO

Il progetto ha avuto inizio con l'istituzione del Consorzio dell'Area Vasta Centro.(ESTAV) con la finalità di razionalizzare i flussi logistici (supply chain) globalmente intesi con condivisione dell'impiego di risorse, integrazione tra le aziende dell'Area Vasta e possibile contenimento dei costi. Le azioni conseguenti sono state: costruzione di un magazzino dimensionato per esigenze logistiche alle aziende afferenti con tutte le tecnologie necessarie per lo stoccaggio, movimentazione e distribuzione dei farmaci; gestione diretta del magazzino da parte del personale delle aziende trasferti all'ESTAV; gestione unica dei contratti, degli ordini al fornitore, delle scorte e della fatturazione; interfaccia con i sistemi informatici delle aziende; gestione dell'impatto sulle farmacie ospedaliere definendo le competenze delle stesse e quelle della Unità Logistica centralizzata; compatibilità dell'impostazione logistica con l'adozione di sistemi innovativi nell'ambito della distribuzione dei farmaci al fine di tracciare i prodotti (dall'acquisto alla somministrazione al singolo assistito) migliorando la gestione del rischio clinico.

MATERIALI E METODI

Il modello di unificazione andava ad accentrare nel magazzino unico sia i farmaci ad alto costo che i farmaci e il materiale sanitario per il rifornimento dei reparti con tutte le procedure di carico e scarico delle merci. Il magazzino centralizzato doveva provvedere alla movimentazione contabile dei prodotti erogati in modo da affiancare la riduzione delle scorte nei presidi Aziendali alla sostanziale riduzione degli adempimenti amministrativi fornendo farmaci non solo alle farmacie ospedaliere ma anche alle farmacie territoriali per quanto riguarda i farmaci ad erogazione diretta. Il rifornimento è stato accompagnato da un contemporaneo passaggio di magazzino dei prodotti sui centri di consumo compreso anche il materiale in "transito (conto deposito)" e loro tracciabilità; Il sistema informatico proprio del centro logistico si è interfacciato con i sistemi aziendali; sono stati introdotti nei reparti sistemi di gestione dei farmaci "KANBAN".

ORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI LOGISTICI E DISTRIBUZIONE DEL MATERIALE

Sono state previste tre tipologie di richieste dai centri di consumo:

1. richieste ordinarie giornaliere: riguardano tutto il materiale che ha per il centro di consumo una disponibilità limitata e critica rispetto al rifornimento previsto in programmi settimanali o bisettimanali. 2. Richieste in emergenza al bisogno: la consegna avviene con procedura di emergenza attraverso la pronta disponibilità di un operatore. 3. Richieste per erogazione diretta: il servizio di consegna dei farmaci ai presidi che effettuano l'erogazione diretta è strutturato in una consegna giornaliera con la previsione di eventuali urgenze quantificabili nell'ordine del 10% delle consegne totali.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

LESIONI DA PRESSIONE, DALLA FOTOGRAFIA DEL PROBLEMA ALLA PROCEDURA DI PREVENZIONE E CURA.

M.R. Mazzocanti, L. Marinelli, C. Bagalini, M. Sigona°, A. Minnucci*, G. Scaloni, S. Paolucci, C. Carpano G. Mancini****

Direzione Medica Ospedaliera ASUR – zt 9 Macerata – Tolentino – Treia

*° U.O. Dermatologia, *Servizio Farmacia Ospedaliera, **U.O. Geriatria*

Le lesioni da pressione sono un problema sanitario rilevante che induce dolore e costi aggiuntivi a quelli sanitari. Oggi esistono mezzi di prevenzione efficaci, semplici come l'attenzione all'alimentazione e la movimentazione, e tecnologicamente avanzati come i presidi antidecubito specifici. Per un'azione di prevenzione e cura efficaci è necessario conoscere la dimensione del problema nella propria realtà e renderne il personale sanitario cosciente attraverso formazione mirata. Il presente lavoro riporta un'esperienza di indagine di prevalenza e successive azioni correttive presso 3 presidi ospedalieri di rete e di polo.

PAROLE CHIAVE

Lesioni da pressione – prevenzione – prevalenza

INTRODUZIONE

“Le lesioni da decubito determinano sofferenza umana, prolungamento dell'ospedalizzazione, rischio di infezioni, aumento dei costi di degenza, ricoveri ricorrenti con aumento delle giornate di degenza. Prevenirle significa adottare comportamenti e strumenti corretti, talora frutto di avanzate tecnologie”. J. Ovretveit docente di politiche sanitarie e management alla Nordic School of Public Health di Bergen (Svezia)

La lesione da decubito è un evento avverso frequente nel processo assistenziale, ma è prevedibile e prevenibile. Il PSR 2003/2005 all'interno del Macroobiettivo 4 elenca tra le azioni atte a qualificare il sistema dell'offerta: “i sistemi di sicurezza e protezione dei pazienti, le buone pratiche professionali” e mette la prevenzione delle lesioni da decubito tra gli obiettivi prioritari nell'area del Risk management.

MATERIALI E METODI

Nel novembre 2008 la DMO si è fatta promotrice di una rilevazione di prevalenza delle lesioni da decubito presso le unità operative dei presidi ospedalieri della provincia di Macerata (Macerata, Tolentino e Treia) a più alto rischio di lesioni da decubito: Cardiologia-UTIC, Chirurgia, Geriatria, Malattie Infettive, Medicina, Medicina d'Urgenza, Nefrologia, Neurologia, Ortopedia, Pneumologia, Terapia-Subintensiva, Rianimazione, Urologia presso il presidio ospedaliero di Macerata, Medicina e Nefrologia presso il presidio ospedaliero di Tolentino; Lungodegenza e Riabilitazione presso la Casa della salute di Treia. Sono rimaste escluse dall'indagine le unità operative che ospitano pazienti autonomi, non a rischio di contrarre lesioni da decubito quali l'Oculistica, l'Otorinolaringoiatria, l'SPDC. La rilevazione si è svolta in un solo giorno e ha riguardato pazienti adulti consenzienti, in ricovero ordinario. La metodologia prevedeva la osservazione diretta del paziente, esame della documentazione clinica e intervista al coordinatore dell'unità operativa. Le condizioni di rischio del paziente sono state rilevate con l'indice di Norton modificato secondo Stotts; le lesioni sono state valutate con la scala EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) alla quale è stata aggiunta la voce “escara” da utilizzare nel caso in cui la presenza di escara non consentisse la valutazione del grado. Non sono state considerate le lesioni ma il paziente lesionato. In caso di più lesioni sullo stesso paziente è stata considerata la più grave. La rilevazione è stata condotta da un gruppo di 14 infermieri provenienti da diverse unità operative, addestrati da appositi incontri di formazione, rispettando il seguente criterio: i rilevatori hanno operato in unità operative diverse da quella di appartenenza.

RISULTATI

Sono stati valutati 269 pazienti, 138 maschi e 131 femmine, età media 73 anni. Il più giovane di 23 anni il più vecchio 96. I pazienti con età superiore a 65 anni risultati l'81%. Sono risultati a rischio 102 pazienti. I novantenni sono 12, 6 in geriatria, 3 in ortopedia, 1 in lungodegenza 1 in malattie infettive, 1 in medicina d'urgenza. 5 sono risultati a rischio alto, 3 a rischio medio; lo stato mentale in 6 casi era lucido: orientato nel tempo e nello spazio.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'ASSISTENZA IN PRONTO SOCCORSO ALLE VITTIME DI ABUSO SESSUALE

Medaglini S. Risk Manager ASL RM H , **Toppi L.** Medico Dir. Sanitaria Polo H2, **Ruocco P.** Medico Ginecologo P.O. Genzano, **Dal Piaz R.** Medico P.S. P.O. Anzio, **Tombolini L.** Medico Psichiatra DSM ASL RM H, **Mattioli M.T.** Psicologo DSM ASL RMH, **Capogrossi M.** Direttore del D.E.A. ASL RM H, **Cicogna V.A.** Direttore Sanitario ASL RM H
ASL Roma H – Albano Laziale (Rm)

E' stata elaborata una procedura operativa per la gestione dell'assistenza alle persone con sospetto di abuso sessuale o abusate sessualmente che giungono nei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della Asl Roma H. Sono stati definiti i percorsi clinico diagnostici e giuridico-burocratici. E' stato elaborato un modello per valutare la qualità degli interventi , il rischio di errore (Indice di priorità di rischio IPR) e sono stati predisposti degli indicatori di processo e di esito.

PAROLE CHIAVE

Protocollo, violenza sessuale, IPR

INTRODUZIONE

L'abuso sessuale è quella condizione in cui una persona viene coinvolta in attività sessuali dal punto di vista fisico e/o psicologico, non potendo scegliere autonomamente il proprio comportamento. La violenza sessuale: 1. non è un evento raro, 2. non si limita a colpire persone di livello socio-culturale basso, 3. non è necessariamente collegata ad altri comportamenti devianti, 4. non è determinata dall'alcolismo o dalla tossicodipendenza. Al contrario ha una prevalenza elevata nella nostra società ed è diffusa trasversalmente tra tutti gli strati sociali. Il Lazio è al primo posto della drammatica classifica nazionale, con il 38 % rispetto alla media nazionale del 32 % delle donne che nel corso della vita hanno subito una violenza fisica o sessuale. (v.tab.1)

MATERIALI E METODI

Nella ASL Roma H dal 2000 al 2009 i casi di abuso sessuale sono stati 14 di cui 12 di età sup. a 18 aa e 2 inferiore, suddivisi nei vari PP.OO. (v.tab. 2). L'esigua rilevazione del numero di casi di abuso nei P. S. dei PP.OO. della Asl Rm H può essere ricondotto al fatto che gli operatori meno addestrati non utilizzano i codici di dimissione GIPSE specifici per gli abusi sessuali. Pertanto le schede di P.S. vengono chiuse con i codici specifici delle lesioni che vengono obiettivate, per cui risulta poi difficile risalire al numero degli abusi sessuali realmente giunti all'osservazione degli operatori. La procedura elaborata ha lo scopo di concordare, in un unico documento ad uso degli operatori sanitari del Pronto Soccorso e delle Accettazioni Materno-Infantili della ASL Rm H, le azioni da intraprendere nei confronti delle persone con sospetto di abuso o abusate sessualmente. Attraverso modelli operativi suddivisi per sesso ed età dei pazienti (donne, uomini e minori di ambedue i sessi) che si rivolgono al Pronto Soccorso, si vuole raggiungere lo scopo di 1. garantire e coordinare gli atti necessari per le vittime di riferito abuso sessuale definendo il percorso assistenziale di accoglienza, diagnosi, trattamento e cura; 2. assicurare la tutela medico legale ai pazienti, provvedendo ad una corretta esecuzione degli atti diagnostici e un'appropriata raccolta, registrazione, conservazione e trasmissione dei reperti; 3. promuovere negli operatori coinvolti le competenze e le capacità di individuare, accogliere e avviare una relazione di aiuto e rispondere al disagio e al bisogno clinico assistenziale delle vittime di abusi sessuali. Attraverso la stesura di una matrice di responsabilità (v. tab.3) si è cercato di individuare gli attori e le azioni relative al percorso ospedaliero di questi pazienti. Si è sentita, inoltre, la necessità di definire alcune priorità per migliorare il processo interno di valutazione della qualità dei percorsi di accoglienza, clinico-diagnostici e giuridico-burocratici. Le strategie da adottare, per permettere un miglioramento nei percorsi organizzativi, sono da configurarsi nella possibilità di applicazione della HFMEA, (Healthcare Failure Mode and Effects Analysis). Questo è un metodo di analisi per valutare i processi considerati più rischiosi, identificare potenziali vulnerabilità, creare una mappa dei rischi dell'organizzazione e apportare modifiche per diminuirli. Un'analisi delle priorità di rischio può fornire una serie di informazioni rilevanti sugli errori valutati come prioritari.

(Segue sul sito www.anrmdo.org)

L'ATTIVITÀ DELL'UNITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO DELL'ASL TO 5 DI CHIERI (REGIONE PIEMONTE) NEL PERIODO 2007-2010: IDENTIFICAZIONE DELLE AREE A MAGGIOR RISCHIO, DEFINIZIONE DI PRIORITÀ DI INTERVENTO ED AZIONI INTRAPRESE.

Messori Ioli G°, Casassa F°, Bevivino T°, Coppola G°, Lacchio T°, Lasagna R°, Morabito D°, Panarisi P°, Poggio L°, Reale R°, Caruso G°°°

° Componenti Unità di Gestione del Rischio Clinico ASL TO5

°°° Direttore Generale ASL TO5

L'ASLTO5 ha attivato nel marzo 2007, attraverso determina del D.G., una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico, recependo disposizioni nazionali e regionali in materia, nonché il documento messo a punto dall'ANMDO relativo al profilo di attività e competenze del Direttore Sanitario. L'attività si è snodata attraverso 4 anni di lavoro interdisciplinare e 9 riunioni operative, regolarmente verbalizzate al fine di poter disporre di una tracciabilità degli interventi proposti e realizzati dall'Unità di Gestione del Rischio Clinico.

PAROLE CHIAVE

Gestione del rischio clinico, Analisi sinistri

INTRODUZIONE

L'ASLTO5 ha organizzato in modo permanente una funzione dedicata al miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure, deliberando il 26/03/07 la costituzione di un gruppo di professionisti, in recepimento alle disposizioni nazionali in materia (in particolare il **D.M. 05/03/2003 – C.T. Rischio Clinico** e l'**Intesa Conferenza Permanente Stato-Regioni – 20/03/08**, con la quale viene sancito l'impegno delle Regioni a promuovere presso le ASR l'attivazione di una funzione aziendale dedicata alla gestione del Rischio Clinico); la nostra Azienda si è anche attenuta alle disposizioni regionali, quali la **D.G.R. del 27/01/03, n° 68-8310**, la **nota dell'ARESS n° 747 del 6/07/04**, con la quale si comunicava l'avvio del progetto "Risk management" (con l'intento di definire una metodologia finalizzata alla gestione dei rischi legati alle responsabilità degli operatori sanitari), le linee di indirizzo regionali del 2007 ed infine la **D.G.R. del 31/03/08 n° 14-8500**, con la quale vengono fornite indicazioni affinché ogni ASR costituisca un'Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGRC).

Un ulteriore riferimento è stato il **documento costruito dall'ANMDO, relativamente al profilo di attività e competenze del Direttore Sanitario**; è previsto che tale figura diriga i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari, essendo responsabile del governo clinico complessivo dell'azienda e promuova il processo di valutazione del rischio clinico e la sua gestione, attivando le strategie necessarie per la sua riduzione.

MATERIALI E METODI

Il gruppo di U.G.R.C. deliberato risulta attualmente composto dal Direttore Sanitario e dai Direttori delle seguenti Strutture Complesse: Legale, Farmacia, Med. Legale, Com. e Qualità, Serv. Int. di Prevenz e Protezione dai Rischi, Patrimonio, Direttore Medico di P.O., Direttore di Distretto, Resp. uff. infermieristico, Controllo di Gestione.

Il punto di partenza è stato quindi rappresentato dalla mappatura e dall'identificazione dei rischi presenti nella struttura sanitaria e dalla loro valutazione, attraverso quattro fasi principali:

Definizione delle macro-aree di rischio: unità operative

Identificazione/valutazione dei rischi specifici

Individuazione di fattori modificanti

Progettazione e applicazione di un piano operativo di miglioramento

Per l'analisi è stato anche utilizzato il data-base aziendale relativo agli eventi denunciati ed un data-base richiesto specificamente dalla nostra Azienda a MARSH (broker assicurativo), all'interno del quale le richieste risarcimento danni della Regione Piemonte e dell'ASL TO5 erano state disaggregate per una serie di variabili (reparto, tipologia di evento, etc.).

(Segue sul sito www.anmdo.org)

APPROPRIATEZZA E ACCETTABILITÀ DELLA RISTORAZIONE OSPEDALIERA PRESSO L'AOU SAN GIOVANNI BATTISTA "LE MOLINETTE" DI TORINO E IMPATTO SULLA NUTRIZIONE DEL PAZIENTE

Minniti D*, Ceccarelli M**, Capizzi I***, Zozzoli S*, Barbaro S*, Papalia R**, Arione R*, & De Magistris A***

* Direzione Sanitaria – AOU San Giovanni Battista di Torino

** Dipartimento di Sanità Pubblica – Università degli studi di Torino

*** SC Dietetica e Nutrizione Clinica - AOU San Giovanni Battista di Torino

PAROLE CHIAVE

Ristorazione – qualità percepita - malnutrizione

INTRODUZIONE

Il 30% dei ricoverati sono a rischio di malnutrizione, causando un aumento delle giornate di degenza. La ristorazione ospedaliera è una parte della terapia dei pazienti e la sua efficacia va analizzata come altre forme di trattamento. Inoltre essa deve essere valutata sia in termini di costo, sia di efficacia clinica.

CONTENUTI

Obiettivo dello studio è valutare la qualità percepita, l'appropriatezza del sistema di ristorazione dell'Ospedale Molinette e il loro impatto sulla nutrizione del paziente.

Per elaborare i dati si è creato un gruppo di lavoro multidisciplinare (dietisti, infermieri, medici) specificamente formato. Lo studio ha coinvolto utenti di 4 degenze (2 Chirurgie e 2 Medicine) scelte a campione.

Si sono presi 66 pazienti di età media di 66 anni (DS=14,7), con degenza media di 17 giorni (DS=14,5) e, per il 42% di essi, con neoplasie; BMI all'ingresso: 26,8 (DS=5,3).

Sono state effettuate rilevazioni cliniche per valutare tutti i momenti di introito alimentare, registrandoli per tipo e per quantità e per capire i motivi per cui il degente non ha consumato tutto o parte del pasto.

Terminato il follow-up, è stato somministrato ai pazienti un questionario di qualità percepita per indagare l'appropriatezza, l'accessibilità e la soddisfazione della ristorazione.

I valori medi delle variabili continue sono stati confrontati con il test T. Per le variabili categoriche è stato usato il test χ^2 . Sono state inoltre calcolate le relazioni tra variabili con modelli di regressione logistica.

Sono stati valutati gli introiti e gli scarti di 226 pasti. Il 65% di essi erano costituiti dal vitto comune, il 35% da diete terapeutiche. Nel 46% dei pazienti è emerso un rischio nutrizionale; la frequenza aumenta al 64% per età >70 anni vs 36% per età <70 anni ($p<0,02$) e aumenta per le femmine: 56% vs 44% per i maschi. Gli over 70 sono più a rischio di malnutrizione rispetto ai più giovani (OR=3,59; 95% CI=1,16-11,08; $p\text{-value}=0,0265$). Tra gli over 70, l'istruzione più bassa sembra aumentare tale rischio (OR=9,64; 95% CI=1,24-74,73; $p\text{-value}=0,0301$). Lo scarto medio è stato del 36,3% del pasto fornito. I pazienti che hanno malgiudicato la qualità del servizio hanno più probabilità di scartare più del 50% del pasto ($p<0,01$). Se aumenta la qualità percepita diminuisce la probabilità di scarto ($p<0,01$). Non c'è correlazione tra lo scarto con età, sesso, reparto di ricovero.

Altri fattori influenti: prescrizione di dieta terapeutica vs vitto comune ($p<0,01$), assenza di autonomia motoria e di aiuto al consumo del pasto ($p<0,03$), scelta di piatti limitata ($p<0,01$), motivi clinici ($p<0,05$). Non influiscono la patologia di base e l'organizzazione del reparto.

La qualità percepita in una scala da 0 a 10 ha avuto un punteggio medio di 6. Le maggiori criticità sono: scarsa informazione sul servizio, sporadica fornitura degli spuntini previsti, scarsa qualità dei piatti, porzioni abbondanti, scarsa scelta del menù e della sua adeguatezza al proprio stato di salute, bisogno di farsi portare cibo da parenti/visitatori. I giudizi positivi riguardano: orari e tempi dedicati, temperatura dei piatti, personale di servizio, comfort del reparto.

CONCLUSIONI

Integrando le sfere igienistico-preventivo con quelle clinico-nutrizionale, si ottiene un'ampia visione dei problemi della ristorazione ospedaliera. Saranno necessari altri studi miranti agli aspetti organizzativi per migliorare la scelta dei pasti e l'assistenza alle persone non autosufficienti e sull'elaborazione di menù e porzioni adatti alle esigenze dei ricoverati.

IL WEB 2.0 E LA COMUNICAZIONE FUTURA IN SANITA'

Maria Teresa Mucci

*Direzione Medica Ospedaliera, Padiglione 19
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna*

INTRODUZIONE

Strumenti di comunicazione nel modello di rete

Oggi il modello di rete è quello che meglio descrive sia la modalità di approccio alla cura del paziente sia la modalità di lavoro tra gli operatori sanitari. Il modello di rete dovrà garantire una adeguata adeguati circolazione delle informazioni tra tutti i nodi. **Oggi gli strumenti di comunicazione a disposizione sono quelli classici: il passaggio di informazioni può essere telefonico, cartaceo o elettronico oppure interpersonale durante visite, colloqui, meeting, riunioni.**

Le sempre più veloci evoluzioni informatiche, soprattutto del web, offrono innumerevoli applicazioni e strumenti che, se utilizzati adeguatamente, potrebbero agevolare le modalità di comunicazione tra professionisti e pazienti, oltre che tra professionisti e professionisti e tra pazienti e pazienti. E', pertanto, doveroso affrontare il tema della comunicazione anche dal punto di vista tecnologico.

MATERIALI E METODI

Definizione di Web 2.0

Il Web 2.0 è un termine utilizzato per indicare genericamente uno stato di evoluzione di Internet, rispetto alla condizione precedente (Web 1.0). E' l'insieme di tutte quelle applicazioni on-line che permettono uno spiccato livello di interazione sito-utente. Nel contesto precedente del Web 1.0, composto prevalentemente da siti web statici, non vi era alcuna possibilità di interazione con l'utente eccetto la normale navigazione tra le pagine, l'uso delle e-mail e l'uso dei motori di ricerca.

Da un punto di vista strettamente tecnologico, il Web 2.0 è del tutto equivalente al Web 1.0. La differenza, più che altro, sta nell'approccio con il quale gli utenti si rivolgono al Web, che passa fondamentalmente dalla semplice consultazione alla possibilità di contribuire popolandolo e alimentando il Web con propri contenuti. Il Web 2.0 costituisce anzitutto un approccio filosofico alla rete che ne connota la dimensione sociale, la condivisione, l'autorialità rispetto alla precedente mera fruizione.

Pertanto, con il Web 2.0 si aprono nuovi scenari e si determinano nuove possibilità di fruizione del sapere e delle informazioni offerte dalla Rete: vi è compresenza nell'utente di entrambe le possibilità sia quella di fruire sia quella di creare/modificare i contenuti multimediali. In tale contesto, il ruolo dell'utente diviene, a maggior ragione, centrale.

Vengono posti al centro i contenuti, le informazioni ed il filo conduttore è una nuova filosofia all'insegna della collaborazione e dell'interazione sociale realizzata grazie alla tecnologia. I servizi e gli strumenti del Web 2.0 trasformano ogni utente da consumatore a partecipante, da utilizzatore passivo ad autore attivo di contenuti, messi a disposizione di chiunque si affacci su Internet.

Applicazioni del Web 2.0

Le applicazioni più diffuse del Web 2.0 sono i blog, i wiki, i social network, i podcast, i vodcast.

Il fiore all'occhiello del Web 2.0 è senza dubbio il **blog**, vero e proprio luogo di incontro, discussione e condivisione di argomenti e contenuti, disponibili come testo, immagini, audio e video.

L'elemento più innovativo utilizzato dal blog è la tecnologia **RSS** (Really Simple Syndication), grazie alla quale i contenuti dei feed RSS sono fruibili tramite appositi software e rendono visibili le informazioni ivi contenute senza bisogno di navigare nel *blog* o nel sito che li ha prodotti.

La diffusione dell'informazione avviene anche tramite i **podcast** (file audio) e i **vodcast** (file video), leggibili da programmi dedicati.

Altro strumento è il **wiki**, che consente la partecipazione degli utenti a un obiettivo comune, come la realizzazione della più grande enciclopedia mondiale, la "**Wikipedia**". Il metodo di lavoro è in questo caso l'elemento innovatore: chiunque può aggiungere o modificare il contenuto (testo, immagini e video).

Non possiamo non menzionare i **social network**, o reti sociali, che consistono in gruppi di persone, con passioni e interessi comuni, intenzionati a condividere pensieri e conoscenze. Questi gruppi si rivelano spesso una preziosa fonte di informazioni e al contempo divulgatori specializzati in argomenti di nicchia.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

ORGANIZZAZIONE E GESTIONE PER UN CORRETTO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SANITARI IN UNA LOGICA DI SICUREZZA E DI ECONOMICITÀ: ESPERIENZA DI UN PRESIDIO OSPEDALIERO DI BARI

Mundo A °, Dario R, Casciaro T, Di Benedetto A, Fusano S, Lollino A, Leaci A*

Direzione Medica *Direttore Medico

P.O. San Paolo ASL BARI

Con il DPR n° 254 del 15 luglio 2003 è stato approvato il Regolamento recante la disciplina della Gestione dei Rifiuti Sanitari, che ha tra i suoi principi di base, oltre ad una maggiore sicurezza per gli operatori sanitari, una riduzione della produzione degli stessi, anche al fine di contenere la spesa sanitaria. La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero San Paolo della ASL della provincia di Bari nel 2008 ha iniziato un capillare lavoro su tale problematica, costituendo un gruppo di lavoro che ha aggiornato le procedure ed elaborato un Protocollo per la Gestione dei Rifiuti Sanitari per uniformarne lo smaltimento alle disposizioni di Legge più recenti. Tra i risultati derivanti dal nuovo processo organizzativo si è stata osservata la riduzione dei costi di smaltimento, dati dalla minore quantità di rifiuti prodotti ed una più conforme differenziazione per tipologia. Con l'implementazione del protocollo si è perciò osservato che la quantità in peso (Kg) di rifiuti a potenziale rischio infettivo, prodotti in Ospedale, si è ridotta del 27% dal 2008 al 2009.

PAROLE CHIAVE

Rifiuti, Protocollo, Direzione Medica

INTRODUZIONE

La tematica della gestione dei Rifiuti Sanitari richiede particolare attenzione non solo per la complessità degli interventi normativi, ma anche per la rilevanza degli interessi e dei valori, anche costituzionali, che obbligatoriamente presenta. Il Regolamento sulla disciplina della Gestione dei Rifiuti Sanitari è stato aggiornato con il DPR n° 254 del 15 Luglio 2003, già in precedenza normato dal D.Lgs 22/1997 e dal successivo Regolamento attuativo del D.M. 219/2000. Il suddetto Regolamento disciplina la gestione dei Rifiuti *“allo scopo di garantire elevati livelli di tutela dell'ambiente e della salute pubblica con adozione di tutte le iniziative tese a favorire in via prioritaria la riduzione della produzione dei rifiuti stessi”*.

Tale gestione, nella sua integrità, interessa diverse figure professionali con una gradualità delle responsabilità: il primo livello di responsabilità, è legato alla stesura, diffusione ed informazione sulle corrette procedure di gestione dei rifiuti, compito esclusivo della Direzione Medica di Presidio. Il successivo livello è delegato alle funzioni di informazione e di controllo da parte dei Dirigenti Sanitari Responsabili e dei Coordinatori Infermieristici delle rispettive UU.OO. verso il personale loro dipendente, al fine di rispettare le disposizioni impartite dalla Direzione. L'ultimo livello di responsabilità è quello di tutti gli operatori del Presidio in quanto deputati ad applicare il regolamento ed informare gli utenti dell'Ospedale (pazienti degenti ed ambulatoriali, visitatori, ecc), coinvolti anch'essi in una gestione sempre tesa a differenziare e ridurre la quantità dei rifiuti prodotti nella nostra struttura. Si è quindi elaborato un Protocollo che rappresenta un documento la cui applicazione ha lo scopo di adeguare le procedure di confezionamento e di corretto conferimento dei rifiuti ospedalieri alle disposizioni di Legge ed applicare la prevenzione primaria del rischio specifico per la tutela della salute degli operatori sanitari e la sicurezza degli utenti dell'Ospedale.

MATERIALI E METODI

Dal 2008 la Direzione Medica del Presidio Ospedaliero San Paolo ha implementato il Protocollo di corretta prassi per la Gestione dei Rifiuti Sanitari, attivando, nell'anno successivo, un programma di sorveglianza sulla gestione dei rifiuti sanitari. Si è costituito quindi un Gruppo di Lavoro coordinato dalla Direzione Medica, con lo scopo di elaborare, verificare e controllare il raggiungimento di obiettivi legati a norme di buona gestione dei rifiuti sanitari. E' stato redatto un opuscolo divulgativo, costituito da una parte introduttiva e da una serie di Raccomandazioni (Tab.1), seguite da una corretta Procedura di confezionamento dei rifiuti (Tab.2). L'elemento principale di entrambi gli elaborati è stato quello di differenziare ciò che si intende per *Rifiuti Sanitari assimilati ai Rifiuti Urbani* e *Rifiuti Sanitari pericolosi a rischio infettivo* per un più adeguato smaltimento finale.

(Segue sul sito www.anmido.org)

PROGETTO ONCOLOGIA A MISURA DI DONNA: RISULTATI PRELIMINARI DI UN'INDAGINE TRASVERSALE CONDOTTA NEL SUD ITALIA

Nasi G*, Galli P*, De Feo E*, Gualano MR*, Basso D*, de Waure C*, Di Donato G**, Marino M*, Nardella P*, Nobile L*, Venditti A*, Merzagora F**, Ricciardi W*.

* Istituto di Igiene, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma, Italia

** O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, Milano, Italia

PAROLE CHIAVE

Patologia oncologica femminile, strutture sanitarie, Sud Italia

INTRODUZIONE

La patologia oncologica femminile rappresenta un importante problema di sanità pubblica sia per la gestione economico-organizzativa sia per il carico sociale che inevitabilmente comporta. Nel nostro Paese nel 2006 si sono registrati circa 168.000 decessi per cancro, che hanno rappresentato il 30% di tutti i decessi e rappresentano la seconda causa di morte.

Nell'ultimo decennio la mortalità per cancro è diminuita. Secondo le stime del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità si prevede che nel 2010 in Italia si verificheranno circa 122.000 decessi per tumore nella fascia di età 0-84 anni, il 41% dei quali colpirà la popolazione femminile.

Nonostante l'incidenza dei tumori nella popolazione italiana sia in progressivo aumento, sia a causa del prolungamento della vita media, sia a causa delle importanti modifiche degli stili di vita ed abitudini voluttuarie cui abbiamo assistito nell'ultimo ventennio, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di cancro è aumentata dal 33% della fine degli anni '70 al 47% dei primi anni '90. Tutto questo sta determinando un sensibile aumento dei costi legati alla gestione di tale patologia, che andrebbero attentamente valutati ed ottimizzati.

MATERIALI E METODI

Con il progetto di esaminare e valutare in tre anni le realtà clinico-assistenziali che si occupano di patologie oncologiche femminili nel Sud, Centro e Nord Italia, prestando particolare attenzione alla qualità delle Strutture, alla capacità delle stesse di mettere la paziente al centro della cura e di fornire servizi che consentano l'adesione in maniera agevole al percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale loro dedicato, si è partiti dall'analisi delle Strutture del Sud.

La realizzazione del progetto è stata resa possibile grazie al contributo di Fondazione Pfizer in collaborazione con O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna.

Tutte le Strutture Oncologiche femminili elencate nel libro bianco dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica sono state valutate utilizzando un questionario *ad hoc* inviato tramite posta, e-mail e fax alla Direzione Sanitaria di ciascuna Unità censita. Il questionario, costituito da novanta domande chiuse, di cui alcune a risposta multipla, indagava sei macro-aree:

Analisi descrittiva delle Strutture

Organizzazione del lavoro

Servizi disponibili

Attrezzature diagnostiche presenti in Struttura e relativi tempi di attesa

Informazione e partecipazione della paziente

La donna al centro della cura

RISULTATI

Di 114 Strutture contattate, 46 hanno ad oggi risposto (response rate: 40%). Il numero mediano dei posti letto di degenza ordinaria e Day Hospital è di 14 (Min:2-Max:76) e 8 (Min:3-Max:28) rispettivamente.

La maggior parte delle Strutture si configura come Presidio Ospedaliero ASL e la maggioranza dei Direttori di Dipartimento sono medici oncologi. La quasi totalità dei Direttori di Dipartimento (84,09%) è di sesso maschile, mentre la maggior parte dei caposala (73,17%) è di sesso femminile.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

IL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE ISO AL CENTRO DIURNO ALZHEIMER: UN SISTEMA INFORMATIVO PER L'ASSISTENZA ALL'ANZIANO DEMENTE.

N. Nicoletti*, A. Abbaldo*, P. Petrecca*, A. Monzeglio°, M. Morandi°, S. Cabodi*.

* *Dipartimento Salute Anziani DSA - ASL TO 2 reteanziani@aslto2.it*

° *Direzione Sanitaria Comprensorio Ospedaliero Amedeo di Savoia/Birago di Vische - ASL TO2*

ASL TO2 Corso Svizzera 164 10149 TORINO

PAROLE CHIAVE

Alzheimer, Qualità, Salute.

INTRODUZIONE

Il Centro Diurno Alzheimer (CDA) dell'ASL TO2, ha conseguito la Certificazione di Qualità conforme alla norma UNI EN ISO 9002, con N.ro 524 nel 12/03/02. Nel corso degli anni successivi ha sempre mantenuto tale certificazione divenuta conforme alle norme Vision 2000. Il CDA è parte integrante del Dipartimento Salute Anziani, della medesima ASL, è dedicato ad anziani affetti da malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza e propone di offrire ai malati e alle loro famiglie una modalità di cura che risponda alle esigenze di entrambi con notevole validità terapeutica. Il Centro ospita 16 Utenti in regime di semiresidenzialità ed è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 7.30 alle ore 17. L'obiettivo della qualità ha orientato il personale del Centro. Nonostante le difficoltà iniziali ci siamo accorti, valutando la nostra organizzazione, di quanto fosse adattabile e come fosse possibile l'applicazione di una normativa ben codificata ed accettata a livello internazionale. I vantaggi attesi da questa metodologia, che si sono poi concretizzati in corso d'opera, sono stati: aumento dell'importanza del lavoro d'équipe in relazione alle esigenze dell'Utente e dell'équipe stessa, la descrizione delle singole attività, la definizione degli strumenti e delle modalità di registrazione del lavoro svolto, ai fini di un'agile verifica, la "codificazione" delle attività svolte, il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza. Il conseguimento della Certificazione ha permesso di razionalizzare le Risorse aumentando il numero degli Utenti e l'utilizzo dei posti/Utente.

OBIETTIVO

Dimostrare la validità terapeutica del CDA con particolare riferimento allo stato di salute del paziente e le ricadute che questo genera anche sulla salute stessa del caregiver.

METODOLOGIA

Costruzione di apposito questionario sulla qualità percepita in cui, tra i vari items presenti, uno è mirato ad individuare le variazioni comportamentali del paziente al domicilio dopo l'inizio della frequenza al centro e l'altro fornisce indicazioni circa lo stato di salute del familiare. Parallelamente è stata elaborata una tabella nella quale sono riportati gli indicatori di risultato con i relativi standard di riferimento. Gli indicatori, che danno la misura di alcuni fattori dell'assistenza (mantenimento capacità funzionali residue, controllo dei disturbi comportamentali, riduzione dello stress dei caregiver) sono stati individuati tra quelli maggiormente validati in letteratura.

RISULTATI

Somministrazione, nel triennio 2007-2009, di 84 questionari di soddisfazione in cui risulta che il 44% degli Utenti ha migliorato il comportamento a casa, il 52% è invariato e il 4% è peggiorato. Per quanto riguarda la salute del familiare il 52% ritiene migliorato il suo stato di salute, il 44% lo ritiene invariato e il 4% è peggiorato. Tali risultati sono confortati anche dalla positività degli indicatori di efficienza monitorati.

CONCLUSIONI

La metodologia adottata ha portato importanti ricadute sullo stato di salute degli Utenti, in particolare rispetto alla complessiva qualità di vita del Paziente e del Caregiver. Si rileva inoltre un considerevole miglioramento da parte del Caregiver nella coscienza di malattia. L'applicazione della norma ISO, ha guidato il Centro nel percorso della Certificazione, permettendogli così, non solo di raggiungere l'obiettivo, bensì di essere il primo Centro Diurno Alzheimer in Italia ad averla conseguita.

TITOLO:REALIZZAZIONE DI UN PROTOCOLLO OPERATIVO PER GLI INTERVENTI DI TRASPORTO NEONATALE AVANZATO IN EMERGENZA/URGENZA PER TORINO E PROVINCIA (T.A.N.TO.).

**Panarisi P., Rinaldi M., Morabito D., Sinatra M.L., Marra A.,
Di Legami V., Messori Ioli G., Borsotti M., Casassa F.**

Direzione Sanitaria P.O. S.Croce di Moncalieri e S.Lorenzo di Carmagnola. ASLTO5.

L'attivazione del Servizio di Trasporto Neonatale in Emergenza (STEN), costituisce un obiettivo prioritario della programmazione sanitaria nazionale e regionale, per l'ottimale gestione delle criticità neonatali nell'emergenza-urgenza. Su 35.000 nuovi nati in Piemonte l'anno, oltre la metà di loro viene alla luce in punti nascita non attrezzati per la terapia intensiva ed è questa la ragione che obbliga i nati patologici (circa 200 l'anno) al trasferimento nei centri TIN (Terapia Intensiva Neonatale). Si delinea il percorso organizzativo nella costruzione della rete e del protocollo operativo.

PAROLE CHIAVE

Trasporto neonatale, TIN.

INTRODUZIONE

Per una efficace ed efficiente gestione dell'emergenza pediatrica nel nostro territorio, in accordo con le linee di indirizzo elaborate dalla Regione Piemonte, è stato elaborato un protocollo operativo sulla disciplina degli interventi di Trasporto Neonatale Avanzato (TAN) in emergenza/urgenza per la città di Torino e provincia.

MATERIALI E METODI

Il Servizio TANTo è un servizio di trasporto di emergenza neonatale capace di attivare rapidamente già nel centro trasferente, le cure speciali di cui il neonato necessita e di mantenerle durante il trasferimento fino al centro ricovero. È organizzato secondo un modello operativo a "richiesta" e rappresenta la cerniera di collegamento tra i punti nascita territoriali e le strutture di riferimento di III livello, assicurando così percorsi di continuità assistenziale sul territorio regionale. In questa prospettiva le TIN identificate e attualmente operative di riferimento in Torino e provincia sono 4: 2 nel presidio S.Anna dell'A.O. OIRM-S.Anna: SU Neonatologia (TINc) e SC Neonatologia Ospedale (TINo), 1 nell'ASL TO2 (TIN Maria Vittoria) ed 1 nell'ASL TO5 (TIN Moncalieri). L'afferenza dai Punti Nascita ai Centri di III livello (TIN) è organizzata all'interno di bacini di utenza predefiniti in 4 quadranti: - TIN Ospedale S.Anna: ASLTO1, A.O.OIRM/Sant'Anna, A.O.Ordine Mauriziano di Torino, Punti nascita privati; - TIN Ospedale Maria Vittoria: ASL TO2, ASL TO4; - TIN Ospedale Santa Croce Moncalieri: ASL TO3, ASL TO5; - i neonati con patologie chirurgiche accertate, cardiocirurgiche, neurochirurgiche afferiscono all'OIRM-S.Anna dove vengono presi in carico dal DEA. La Centrale operativa di Torino Grugliasco dell'emergenza -urgenza sanitaria territoriale (Servizio 118) assume un ruolo centrale e di collegamento funzionale tra punto nascita e TIN. Ad essa afferiscono le richieste di intervento e spetta la prima gestione relativa ad ogni intervento da adottare, in particolare: - verificare la disponibilità dei posti letto nelle TIN di riferimento (censimento effettuato 2 volte al giorno) e fornire informazioni ai centri invianti; - allertare gli operatori del TAN (medici ed infermieri professionali appartenenti alle 4 TIN torinesi); - inviare il mezzo di trasporto alla base operativa (OIRM-S.ANNA); fornire il supporto logistico nelle diverse fasi operative (viabilità, eventuali variazioni di programma, invio di altro mezzo in caso di avaria etc.); gestisce inoltre la manutenzione del mezzo di trasporto. Al fine di fornire ai piccoli pazienti un elevato livello di assistenza, si è ritenuto indispensabile valorizzare il ruolo dei professionisti delle 4 TIN torinesi coinvolte provvedendo alla loro specifica formazione. Sono già state espletate, fra il 2008 ed il 2009, quattro edizioni dei corsi regionali sul trasporto neonatale con incontri a gruppi ristretti per argomenti teorici ed esercitazioni pratiche con le apparecchiature a disposizione. Gli operatori dell'equipe TANTo si attivano in orario di servizio e sono incentivati da un gettone per il singolo viaggio. Sono responsabili delle procedure operative e dell'assistenza al neonato in gestione dal momento in cui viene accettato sino all'avvenuta "consegna" al centro TIN competente. Sono stati attivati anche quattro corsi per i 480 operatori dei punti nascita coinvolti, al momento in fase di completamento. Fondamentali sono stati i processi di audit sul TAN per revisionare aspetti organizzativi, logistico e clinico con cadenza semestrale.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

SPERIMENTAZIONE DI UNA SCHEDA TERAPEUTICA UNICA: RISULTATI PRELIMINARI

Parrocchia S* Di Nora M° Marrone R° Palombi S¥ Visani Nrr Melis M§

**Direttore Medico di Presidio, PO Centro, AUSL Latina*

°Dirigente Medico di Presidio, PO Centro, AUSL Latina

¥ Dirigente UOS Professioni Sanitarie non Mediche, PO Centro, AUSL Latina

πCoordinatrice TP CL Infermieristica "R" Sapienza Univ.Roma

§Allieva Infermiera CL Infermieristica "R" Sapienza Univ.Roma

INTRODUZIONE

La Scheda Terapeutica Unica (STU) è un documento impiegato contemporaneamente sia dai medici per effettuare la prescrizione, sia dagli infermieri per effettuare la somministrazione, sia dai farmacisti per preparare il farmaco nei processi terapeutici che lo prevedono. Consente di risparmiare tempo ed evitare errori di terapia, cioè quell' evento prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente. Inoltre, permette di tener traccia su un unico documento di tutte le operazioni effettuate, evitando passaggi di trascrizione tra la cartella clinica e quella infermieristica, migliorando i rapporti tra il personale sanitario e instaurando una maggiore responsabilità e attenzione nelle procedure terapeutiche. Per questi motivi e per la consolidata esperienza positiva in numerose strutture in cui è già adottata da tempo, nel PO Centro dell'AUSL Latina abbiamo avviato un progetto che prevede la sperimentazione di questo strumento per il miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza.

MATERIALI E METODI

Il gruppo di lavoro ha coinvolto sia il personale ospedaliero (Direzione Medica di Presidio, Coordinatori, Dirigenti ed Infermieri dell'UUOO coinvolte), sia il Corso di Laurea in Infermieristica "R" (Presidente, Coordinatrice Didattica, Allievi del 3° anno). Nella prima fase sono stati scelti alcuni modelli di scheda, attualmente utilizzati presso tre grandi ospedali del Lazio e della Toscana, poiché contenevano le informazioni necessarie per avere una visione globale del regime terapeutico. I requisiti fondamentali, in grado di garantire sicurezza per l'utente e per il personale sanitario e semplicità nella compilazione, devono essere:

Chiarezza e comprensibilità: specificando il nome chimico/commerciale del farmaco, forma farmaceutica prescritta, dosaggio per singola somministrazione, numero di somministrazioni, via di somministrazione;
Identificabilità del medico prescrittore;
Tracciabilità della somministrazione;
Motivazione della eventuale mancata somministrazione;
Identificabilità dell'esecutore della terapia;
Rilevabilità ed identificabilità della data di sospensione delle terapie ed il medico che le ha sospese;
Presenza di una legenda per simboli utilizzati.

Dopo aver analizzato i modelli li abbiamo sottoposti all'esame del personale sanitario delle UUOO di Medicina e di Chirurgia dell'Ospedale "A. Fiorini" di Terracina e di Pediatria dell'Ospedale "San Giovanni di Dio" di Fondi. È stato deciso un referente per ogni UO il quale alla fine della valutazione ci ha esposto le criticità, i punti di forza per ciascuna scheda e se mancavano alcuni requisiti. La valutazione è durata un mese. Le informazioni ricevute riguardavano:

La programmazione giornaliera e l'aumento degli orari di somministrazione;
Il formato del foglio e quante facciate utilizzare;
L'aggiunta di altri tipi di terapia (al bisogno, continue, domiciliari);
L'aggiunta di due colonne, una per la sospensione in modo da rendere più visibili i farmaci da non somministrare e una per specificare l'orario in cui i farmaci devono essere somministrati.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

IL NUOVO OSPEDALE DI BIELLA: UN'ESPERIENZA DI MEDIAZIONE TRA MODELLI ORGANIZZATIVI ED ARCHITETTONICI

A. Penna, I. Grossi, B. Bragante, F. D'Aloia, A. Tedesco, P. Trevisan, C. Becchi, S. Miola, A. Petti, P. Brusori
Azienda Sanitaria Locale Biella

PAROLE CHIAVE

Ospedale, architettura, modello organizzativo

INTRODUZIONE

Il progetto originario del nuovo ospedale di Biella risale alla fine degli anni 90 e dal punto di vista organizzativo si muoveva in una logica di riproposizione del vecchio ospedale degli Infermi di Biella.

Negli anni successivi la stessa organizzazione dell'ospedale degli Infermi ha conosciuto un'evoluzione organizzativa importante e le varianti al progetto originario che si susseguirono tra il 2002-04 risolsero solo in parte le criticità del progetto senza tuttavia.

Con l'approvazione dell'atto aziendale (delibera n° 565 del 25 settembre 2008) l'Azienda ha declinato gli indirizzi programmatori regionali e aziendali in un nuovo modello organizzativo, caratterizzato dalla riorganizzazione dei dipartimenti ospedalieri, attraverso:

l'istituzione di 5 dipartimenti strutturali ospedalieri: Medicina, Chirurgia, Servizi diagnostici, Emergenza, Materno-infantile;

l'istituzione di due dipartimenti strutturali trasversali: Integrazione Territorio Ospedale e Salute mentale;

l'istituzione di due dipartimenti funzionali: Oncologia e Rene e vie urinarie;

la distinzione tra la linea della responsabilità clinica e la linea delle responsabilità assistenziale;

l'istituzione di strutture semplici dipartimentali quali elementi organizzativi forti attraverso i quali dare piena attuazione al processo di dipartimentalizzazione e al governo clinico (per es. week hospital chirurgico, day hospital di area medica, area semiintensiva, neonatologia).

Nel frattempo, nel biennio 2006-2008, il nuovo ospedale è stato oggetto di uno specifico processo di valutazione delle criticità progettuali e di cantiere e di un conseguente percorso di revisione progettuale, che ha portato nel marzo 2008 all'approvazione di una perizia di variante (V6) come applicazione operativa della nuova programmazione ed organizzazione aziendale.

METODI DI LAVORO

Relativamente ai **principi generali** di riferimento per la **organizzazione** delle **attività** e dei **servizi sanitari** (oltre a rimandare ai principi espressi nel rapporto del Ministero della Salute *"Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza"* che sono: umanizzazione, urbanità e socialità, organizzazione dipartimentale, interattività verso il territorio, appropriatezza, affidabilità e sicurezza, innovazione, ricerca e formazione) sono stati individuati i seguenti:

la garanzia che l'ospedale si presenti garantendo **standard omogenei di qualità** (ambientale, alberghiera, prestazionale) in tutte le sue articolazioni, evitando che ogni funzione dell'ospedale si presenti in modo autonomo; lo sviluppo **dell'organizzazione dipartimentale**, considerando che i nuovi spazi consentiranno di individuare ulteriori articolazioni comuni quali: l'ampliamento della degenza per **intensità di cura** (degenza ordinaria, intensiva semiintensiva, recovery room e postacuzie), l'individuazione di servizi di supporto comuni (segreteria, accettazione, ecc.), la centralizzazione degli ambulatori, day hospital e degli studi medici, la collocazione in specifiche aree tecnologiche di attrezzature sanitarie, dedicate prevalentemente ai pazienti esterni, che potranno essere utilizzate da più strutture anche di dipartimenti diversi (per es. ecografia);

la distinzione tra la **linea clinica** e la **linea assistenziale**: già dal 2009 l'Azienda intende sperimentare tale modello. Questa sperimentazione si svilupperà nel triennio. Peraltro quando l'ospedale verrà attivato potrà ospitare strutture di degenza (quale quella collocata a Bioglio) o altre che si renderanno necessarie, che potranno essere assegnate ad una conduzione infermieristica;

la distinzione degli spazi destinati alla funzione clinica assistenziale da quelli destinati a funzioni sanitarie accessorie (studi medici, spogliatoi, luoghi di riunione, ecc.);

la distinzione dei percorsi dedicati agli **utenti interni** (degenti) da quelli dedicati agli **esterni** (ambulatoriali) e ai visitatori.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

L'ANALISI DEI DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA OSPEDALE PEDIATRICO "GIOVANNI XXIII" DI BARI: COMPARAZIONE TRIENNIO 2007/2008/2009

Petitti G, D'Amelio M G, Campagna G, Trisorio Liuzzi M.P*, Dattoli V**

Direzione Medica Osp. Pediatrico "G. XXIII"- A.O. Policlinico Consorziale- Giovanni XXIII di Bari

**Direttore Sanitario A.O. Policlinico Consorziale- Giovanni XXIII di Bari*

***Direttore Generale A.O. Policlinico Consorziale- Giovanni XXIII di Bari*

PAROLE CHIAVE

DRg inappropriati, management, modello MAAP

INTRODUZIONE

L'analisi dei DRG come strumento efficace per la gestione organizzativa degli Ospedali in possesso delle Direzioni Sanitarie. Nel ns studio, iniziato nel 2007, si è cercato di capire il fenomeno dei Drg inappropriati in ambito pediatrico, con analisi particolareggiata delle tipologie più rappresentative, al fine di :

modificare i modelli organizzativi interni e codificati delle UUOO dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII", tramite gli obiettivi di budget annuali, al fine di renderli maggiormente "virtuosi"

inoltrare motivata richiesta agli organi regionali competenti al fine di una revisione, o loro parziale modifica, dei criteri di inclusione nell'elenco dei drg definiti inappropriati.

E' stato condotto uno studio sui DRG definiti inappropriati, in questo Ospedale Pediatrico, iniziato nel 2007 e proseguito nel 2008 e 2009 . I dati sono stati tratti dal S.I.S.R. (sistema informativo sanitario regionale) ed elaborati con office 2000, ambiente Access.

MODELLO "MAAP"

La regione Puglia con DGR n. 834/08 ha approvato il "*modello di analisi organizzativo dei ricoveri ospedalieri per elenchi normativi di procedure*" (MAAP) e l'associato elenco dei DRGs a rischio di inappropriatezza che modificava quello della legge regionale n. 1 del 07/2004 emanato in applicazione del DPCM del 29/11/01. Tale nuovo elenco, derivante dalle indicazioni fornite dal modello MAAP, modifica sia il numero dei Drgs, aumentandoli a 96 invece di 43, che le percentuali di ammissibilità per ciascun di essi.

In particolare è possibile verificare che le soglie dei DRG 184, 301, 467 sono state modificate, accogliendo quindi parte delle nostre richieste avanzate già a seguito di nostro precedente studio.

Ovvero:

SOGLIE

DRG	Soglia 2007-08	Soglia MAAP 2009
Drg 184	38%	60 % aumento
Drg 301	5%	18% aumento
Drg 467	13%	39% aumento
Drg 163	34 %	30% diminuzione

IL MODELLO MAAP prevede, al fine della rivalutazione dei Drgs, l'applicazione di filtri di esclusione, opportunamente stabiliti, per singolo DRG, tra cui l'età 0-14 ed il ricovero urgente. Dall'applicazione di tali filtri otterremo, prevedibilmente dal 2010, una riduzione dei DRGs decurtati rispetto ai precedenti anni, con un notevole vantaggio economico.

In questo studio si è voluto analizzare i DRGs: 163,184,301 rappresentanti più del 80 % del totale dei drg inappropriati in questo Ospedale.

(Segue sul sito www.anmido.org)

NUOVE METODOLOGIE PER LA VALUTAZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI. ERGONOMIA E USABILITÀ PER PREVENIRE L'ERRORE UMANO.

F. Ranzani, *Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente, Regione Toscana, Firenze*

E. Magnelli, *AOU Careggi, Firenze*

L'ergonomia e in particolar modo lo studio dell'usabilità si avvalgono di tecniche e di metodologie di analisi che mettono in evidenza le problematiche legate al fattore umano, cioè alle criticità rilevate nell'utilizzo degli apparecchi da parte degli operatori sanitari.

Il Centro Gestione Rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana in collaborazione con l'AOU Careggi ha iniziato un percorso virtuoso che mira ad inserire nuovi requisiti di tipo ergonomico nelle gare per l'acquisizione di dispositivi e presidi.

PAROLE CHIAVE

Ergonomia, usabilità, dispositivi medici.

INTRODUZIONE

Ogni anno negli USA circa 100000 morti o incidenti che provocano gravi danni ai pazienti coinvolgono dispositivi medici mentre l'NPSA inglese dichiara che le apparecchiature sono coinvolte nel 3% delle segnalazioni, questa sembra evidentemente una percentuale molto bassa rispetto ai valori americani ed è alla base di una scarsa consapevolezza dei professionisti rispetto ai temi dell'usabilità.

Attualmente la cattiva progettazione dei dispositivi e delle interfacce può essere considerata una delle maggiori cause di errore umano in medicina.

MATERIALI E METODI

Gli strumenti presi in considerazione sono 5 misuratori di pressione non invasiva.

La valutazione dei dispositivi è stata programmata secondo il seguente schema:

Prima sessione di test: pre formazione

Seconda sessione di test: post formazione

Sessione di test conclusiva a fine sperimentazione

Non è stato possibile eseguire la seconda sessione di test in quanto la formazione è stata fatta in modo non sistematico solo dalla ditta produttrice dello strumento 5.

Le sessioni di test hanno coinvolto n.7 infermieri (3 con un'esperienza maggiore di 5 anni e 4 inferiore).

Durante l'esecuzione dei compiti gli utenti sono stati cronometrati e sono stati raccolti il numero di incertezze, di errori commessi e di aiuti dati al fine del completamento del compito.

La valutazione di usabilità è stata suddivisa in 2 parti:

- Valutazione esperta
- Valutazione oggettiva tempistiche ed errori

(Segue sul sito www.anmdo.org)

IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE “TUMORE DEL COLON RETTO” COME MODELLO PER IL GOVERNO CLINICO NELL’ASL TORINO 4

Franco Ripa, Maria Cristina Bosco, Giuseppe De Filippis, Nadia Marelo,
Raffaele Rubino, Alessandro Girardi, Franca Ozzello, Massimo Uberti
ASL Torino 4 - Regione Piemonte

INTRODUZIONE

Con la D.G.R. n. 60-2595 del 10 aprile 2006, l’Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte ha identificato l’obiettivo di ridefinire le procedure di accreditamento delle strutture sanitarie mediante la realizzazione di “percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali” (PDTA) per alcune patologie di riferimento. Il percorso “Tumore del colon retto” è stato individuato come oggetto di accreditamento regionale nel corso del 2010.

PAROLE CHIAVE

Percorso, tumore con retto, accreditamento

MATERIALI E METODI

L’ASL TO 4 è azienda sanitaria territoriale con circa 515.000 abitanti.

L’attività ospedaliera viene effettuata nei 6 Ospedali aggregati in 3 presidi riuniti per acuti: Chivasso, Ciriè-Lanzo, Ivrea-Cuorgnè-Castellamonte.

La contestualizzazione nell’ASL TO 4 del percorso di riferimento regionale è avvenuta utilizzando come orientamento il “Manuale metodologico per lo sviluppo dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali”, formulato dalla S.C. Programmazione e Controllo di Gestione (ultima versione novembre 2009).

Il PDTA locale percorso “Tumore del colon retto” nell’ASL TO 4 ha avuto lo scopo di:

- illustrare le modalità con cui avviene la gestione del paziente affetto da tumore del colon retto
- creare un modello uniforme per la diagnosi, la prognosi, il trattamento e l’assistenza
- prevenire la variabilità nelle più comuni prassi operative.

Per la formulazione del PDTA nell’ASL TO 4 si sono utilizzate le linee guida e gli altri riferimenti bibliografici di seguito illustrati:

- Commissione Oncologica Regionale. Assessorato alla Sanità, Regione Piemonte. Tumori del colon-retto. Documento conclusivo del gruppo di lavoro della COR. 2001
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Linee guida su Screening, diagnosi precoce e trattamento multidisciplinare del cancro del colon retto. 2002
- Linee Guida AIOM. Tumori del Colon-Retto. 2006
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Colon Cancer. 2009
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Rectal Cancer. 2009
- ESMO (European Society of Medical Oncology) Clinical Recommendations 2007

Ogni linea guida è stata sottoposta a valutazione di qualità, attraverso la check list interna che traduce in forma sintetica il metodo AGREE.

RISULTATI

Coerentemente il percorso è stato sviluppato in forma scritta da un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale dell’ASL TO 4 e riporta i contenuti di riferimento dei PDTA (criteri di inclusione dei pazienti, traguardi assistenziali, check list, fasi e snodi decisionali, indicatori di valutazione...); quindi il PDTA è stato implementato e sottoposto alle specifiche attività di valutazione di performance ed audit.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

DALLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE AI COMITATI DI BIOETICA: UNA RIFLESSIONE ETICA

Rinaldi M., Panarisi P., Tripodi E., Morabito D., Di Legami V.,
Messori Ioli G., Sinatra M.L., Borsotti M., Casassa F.

Direzione Sanitaria P.O. S.Croce di Moncalieri e S.Lorenzo di Carmagnola. ASL TO5

Il Metodo scientifico delle sperimentazioni cliniche ha reso e rende possibile la scienza e la tecnologia che hanno trasformato e trasformano il mondo. Tuttavia né validità scientifica, né valore sono sufficienti a garantire l'eticità di una sperimentazione. La legislazione in campo nazionale ed internazionale intende garantire la salvaguardia dei soggetti sottoposti alla sperimentazione tramite standard di requisiti che rassicurino correttezza ed eticità degli studi clinici. Si intende pertanto delineare i valori e principi fondamentali da cui derivano le indicazioni etiche.

PAROLE CHIAVE

Sperimentazioni cliniche, Etica.

INTRODUZIONE

Considerate la vostra semenza: Fatti non foste a viver come bruti, ma per seguir virtute e conoscenza. Dante. Alla base di ogni sperimentazione c'è il desiderio di Sapere. Il metodo scientifico ha reso e rende possibile la scienza e la tecnologia che hanno trasformato e trasformano il mondo, poggia su dati empirici ottenuti tramite osservazione e sperimentazione. Gli studi clinici o trial rappresentano le PROVE attraverso le quali comitati di esperti possono definire le "linee guida" per la cura di più patologie e più è chiara la prova, più è forte la raccomandazione di una scelta curativa. Il metodo sperimentale poggia su determinati principi, che devono sempre sussistere affinché la sperimentazione possa essere valida (Ipotesi da valutare; Unità sperimentali e numero delle stesse, Disegno sperimentale; Uniformità dei due gruppi). Tuttavia, né validità scientifica, né valore sono sufficienti a garantire l'eticità di una sperimentazione: "*good science*" non equivale sempre a "*good ethics*". Testimonianze ne sono stati i gravi crimini denunciati con il processo di Norimberga. Il bisogno di arginare i pericoli di un indiscriminato progresso scientifico, portò Potter nel 1970 a coniare il termine di Bioetica "nuova disciplina che combinasse la conoscenza biologica con la conoscenza del sistema dei valori umani". Si rese quindi necessaria la nascita di una legislazione in campo nazionale ed internazionale per garantire la salvaguardia dei soggetti sottoposti alle sperimentazioni tramite *standard di requisiti* che rassicurassero *correttezza ed eticità agli studi clinici*.

CONTENUTI

Aristotele identificava la brama di Sapere come uno dei vettori più potenti dello spirito umano, eppure non ha mai inserito la conoscenza nel novero delle virtù, perché intendeva che non fosse la conoscenza in sé a rendere l'uomo virtuoso, bensì sono il modo attraverso il quale si raggiunge il Sapere e gli scopi per i quali si intende utilizzare la conoscenza che conferiscono alle azioni una valenza etica. Perché ci sia un'etica della sperimentazione è necessario che ci sia un'etica del metodo, in quanto l'eticità delle azioni umane è data dal fine prefissato, dai mezzi usati, dalla metodologia applicata, dalle circostanze e tutti questi elementi insieme devono essere eticamente ineccepibili. I principali documenti internazionali e nazionali a salvaguardia dei soggetti sottoposti a sperimentazione (il Codice di Norimberga, la Dichiarazione di Helsinki, le Linee-guida Etiche Internazionali per la ricerca biomedica che coinvolge soggetti umani: Good Clinical Practice) esprimono *Valori e Principi Fondamentali*: - la intangibilità e non disponibilità della persona. (Il primato della persona è il cardine primo dell'etica, di tutta l'etica); - la legittimità del principio terapeutico (principio del rischio proporzionato); - la correttezza strutturale, progettuale e procedurale della sperimentazione clinica.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

LA RADIOLOGIA DOMICILIARE: QUALITÀ PERCEPITA DAI PAZIENTI

Roberto Sacco⁴, Davide Minniti², Marco Grosso³, Mario Caserta³, Cinzia Di Novi⁴, Stefano Murotto⁵ Alessandro Beux⁶, Rosanna Cerri³.

1 Direzione Sanitaria – ASLTO3 – Regione Piemonte

2 Direzione Sanitaria – AOU San Giovanni Battista di Torino

3 Ufficio Comunicazione e Relazioni con il pubblico – Settore Qualità Percepita e Partecipata – AOU San Giovanni Battista – Torino

4 Dipartimento di Politiche Sociali ed Economiche – Università del Piemonte Orientale

5 TSRM consulente – AOU San Giovanni Battista di Torino

6 Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari della Regione Piemonte (A.Re.S.S.)

PAROLE CHIAVE

Qualità percepita, qualità assistenziale, radiologia domiciliare.

INTRODUZIONE

Da anni stiamo assistendo alla delocalizzazione dell'assistenza sanitaria dagli ospedali al territorio; a tal fine l'AOU San Giovanni Battista di Torino ha attivato da giugno 2008 il "Progetto Sperimentale di Radiologia Domiciliare" il cui scopo è quello di garantire assistenza radiologica pubblica a domicilio a persone anziane, disabili o comunque in condizioni tali per cui il trasporto in ospedale sarebbe difficoltoso sia per i pazienti sia per gli operatori.

Al fine di testare la soddisfazione e l'impatto sociale che il servizio di radiologia domiciliare ha rispetto alla riduzione dello stress di pazienti e caregivers è stato creato un apposito questionario seguendo le linee di due famosi e consolidati sistemi di indagine sanitaria: il "Behavioral Risk Factor Surveillance System" (BRFSS) e il "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (SHARE).

CONTENUTI

Sono state effettuate 25 interviste, con notevoli difficoltà a causa dell'avvenuto decesso di numerosi pazienti. Le interviste sono state condotte da operatori esperti e da un membro del tribunale per i diritti del malato. L'età media degli intervistati è di 82 anni (con un range che va da 43 a 101 anni). Circa il 75% dei pazienti sono donne. Circa il 50% degli intervistati riceve un supporto economico come un assegno mensile di assistenza, o la pensione d'inabilità, o un'indennità di accompagnamento. Il 9% del campione ha diritto ad assistenza e utilizza tale diritto sulla base della "legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone portatrici di handicap". Per quanto riguarda i comportamenti a rischio il 13% degli intervistati fuma, il 26% presenta un indice di massa corporea superiore a 25 quindi è a rischio di obesità. Il 70% degli intervistati è vedovo ma ha in media 2 figli tra i potenziali caregivers. La valutazione dello stress di queste figure (RSS scale) indica la presenza di una situazione grave nel 16,7% dei casi. Il servizio di radiologia domiciliare è stato apprezzato perché ritenuto più riservato, più comodo e perché evita spostamenti a volte dolorosi. Le risposte agli item del questionario specifico indicano come solo il 13% delle persone si siano spaventate nel vedere l'apparecchiatura e solo una persona ritiene che le radiazioni utilizzate a casa siano maggiormente pericolose rispetto a quelle usate in ospedale. Il giorno e l'orario dell'appuntamento sono stati rispettati nella maggior parte dei casi (70%) ed i giorni di attesa sono ritenuti accettabili (max 4gg). Solo il 4,3% delle persone non si è sentito in mani sicure e raramente sono subentrati problemi logistici per l'esecuzione dei radiogrammi. L'esecuzione della radiografia al domicilio non ha, nel 71% dei casi, aumentato il dolore fisico dei pazienti. Il linguaggio degli operatori è stato chiaro e non tecnico (82,6%) ed è emersa un'elevata capacità di ascolto.

CONCLUSIONI

In base alle considerazioni precedenti è possibile affermare che il grado di soddisfazione generale dei pazienti sottoposti ad indagine radiologica domiciliare è risultato essere molto elevato. Questo studio corrobora i dati che dimostrano la sostenibilità economica, clinica e diagnostica della sperimentazione.

PROCEDURA AZIENDALE PER L'INTRODUZIONE DI NUOVI DISPOSITIVI MEDICI

G. Sagliocco*, E. Bamonte*, G. Capone**, A. Cristinziano**, V. Crivaro*, F. Pecci***, A. Rispo****, D.M.T. Saracino*, M. Papa*

*Direzione Sanitaria, **U.O.C. Farmacia e ****Direzione Infermieristica dell'Azienda Ospedaliera "V. Monaldi", Napoli,

***Direzione Sanitaria del P.O. San Giuliano, ASL NA2 NORD

L'introduzione di nuovi Dispositivi Medici (DM) nel Repertorio Aziendale dell'A.O. "V. Monaldi" è disciplinata da un'apposita procedura, fortemente ispirata alla logica ed alla metodologia dell'Health Technology Assessment (HTA). La procedura prevede obbligatoriamente una prima fase di esperienza d'uso, propedeutica alla valutazione del DM da parte di un Tavolo Tecnico ed alla successiva verifica da parte della Commissione Aziendale DM. L'effettuazione dell'esperienza d'uso risponde alla necessità di valutare il DM nel contesto specifico; inoltre, il relativo modulo di richiesta, che prevede la presentazione dei dati relativi all'efficacia, alla sicurezza ed ai vantaggi offerti dal DM, mira a diffondere tra i clinici un approccio più razionale rispetto all'acquisizione di nuovi DM. La regolamentazione della fase di esperienza d'uso costituisce un efficace strumento di controllo dei nuovi DM utilizzati in prova in Azienda, a garanzia della sicurezza di pazienti ed operatori. L'implementazione della procedura evidenzia poca propensione dei clinici a produrre la necessaria documentazione per l'introduzione in uso dei DM, evidenziando il bisogno di incrementare la diffusione di una cultura orientata all'HTA tra i diretti utilizzatori delle tecnologie sanitarie.

PAROLE CHIAVE

HTA, esperienza d'uso

INTRODUZIONE

Il crescente decentramento delle attività di HTA dal livello del decisore politico (macro) al livello delle aziende sanitarie (meso) e la conseguente affermazione di strumenti di valutazione delle tecnologie derivati dall'HTA (Hospital-based HTA, mini-HTA) appaiono riconducibili a molteplici fattori, tra cui l'ingresso a pieno titolo della gestione del patrimonio tecnologico nell'ambito del management aziendale e la grande eterogeneità di risorse e di competenze delle singole Aziende. Quest'ultimo elemento, in particolare, sottolinea la necessità di valutare se l'efficacia, l'appropriatezza ed i vantaggi di una data tecnologia dimostrati al livello macro risultano trasferibili anche al livello meso. L'esigenza della contestualizzazione risulta centrale nella procedura per l'introduzione di nuovi DM in uso nell'Azienda Ospedaliera "V. Monaldi", che prevede obbligatoriamente una prima fase di esperienza d'uso, propedeutica alla valutazione della richiesta di acquisizione del DM da parte di un Tavolo Tecnico ed alla successiva verifica da parte della Commissione Aziendale DM.

MATERIALI E METODI

La procedura è articolata nelle seguenti fasi:

Richiesta di esperienza d'uso mediante specifica modulistica a cui allegare i risultati di studi clinici controllati riportati nella letteratura nazionale ed internazionale, i dati di efficacia e sicurezza per il paziente e l'operatore, le caratteristiche dei materiali che consentano una maggiore durata e sicurezza d'uso, i dati relativi ai vantaggi di metodiche d'uso/impianto rispetto a trattamenti alternativi esistenti e la motivazione per la quale si richiede l'esperienza d'uso del DM. La richiesta viene presentata dal Direttore dell'Unità Operativa previo parere favorevole del Direttore del Dipartimento di appartenenza.

Autorizzazione dell'esperienza d'uso da parte del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore di Farmacia in base alla correttezza ed alla completezza della compilazione del modulo di richiesta, alla presenza di tutti gli allegati previsti, ed alla possibile utilità del nuovo DM in Azienda.

Relazione al Tavolo Tecnico sull'esperienza d'uso condotta, i cui contenuti minimi sono rappresentati dai risultati dell'esperienza d'uso effettuata, dalla valutazione dei costi e dei benefici e dalla previsione del numero di pazienti potenzialmente trattabili con il nuovo DM. La relazione, elaborata dal richiedente e verificata dal Direttore del Dipartimento di appartenenza, deve essere trasmessa anche se l'esperienza d'uso ha avuto esito negativo e non si intende procedere con la richiesta di acquisto.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

COMPARAZIONE DELL'ATTIVITÀ BIOCIDA DI MOP IN MICROFIBRA CON IONI ARGENTO E MOP IN MICROFIBRA SPERIMENTALMENTE CONTAMINATI

Salvatorelli Germano¹, De Lorenzi Sonia¹, Romanini Letizia¹

¹ Dipartimento di Biologia ed Evoluzione - Sezione Anatomia Comparata, Università di Ferrara

The purpose of this research was to compare the residual microbial charge of microfiber mops with silver ions versus common microfiber mop without silver ions experimentally contaminated with 200 ml of a suspension of 10⁵ *Staphylococcus aureus* ATCC 6538.

The results showed that microfiber mops containing silver ions are more efficient to reduce on experimentally contamination compared to usual microfiber mops.

PAROLE CHIAVE

Ioni argento, decontaminazione

INTRODUZIONE

Uno dei problemi nell'utilizzo dei mop per le pulizie delle superfici ed in particolar modo dei pavimenti, data l'alta carica microbica solitamente presente, è la possibilità di disperdere microrganismi da panni che risultino inquinati proprio durante le operazioni di pulizia. Questo può succedere ad esempio se il lavaggio di un panno sporco con una carica microbica elevata non è stato efficace e quando lo si riutilizzerà il panno spargerà la sua carica sulle superfici.

Recentemente il gruppo Magris (Magris S.p.a., Seriate, Bergamo, Italy) ha messo in commercio un nuovo carrello per le pulizie (Solo System) composto da contenitori per la raccolta e il dosaggio del detergente/disinfettante da usare durante le operazioni di pulizia stampato in materiale plastico con filamenti d'argento e da mop in microfibra anch'essi contenenti argento.

Nelle normali procedure di pulizia i mop, dopo il lavaggio, vengono impregnati del prodotto detergente/disinfettante in una vasca e trasportati così pronti all'uso, mentre con il Sistema Solo i mop vengono impregnati con una dose prestabilita solo al momento dell'utilizzo.

I mop in microfibra con ioni argento dovrebbero evitare i problemi di mantenimento della contaminazione del panno garantendo la sua completa decontaminazione dopo un normale ciclo di lavaggio e i contenitori in materiale plastico e argento dovrebbero ovviare ai problemi del possibile inquinamento del prodotto detergente/disinfettante durante le operazioni di pulizia, garantendo quindi nel complesso, un elevato grado di sanificazione delle superfici.

Lo scopo della ricerca è stato quello di comparare la carica residua di mop in microfibra Solo System con ioni d'argento e quella di un normale mop in microfibra (senza ioni argento) al fine di dimostrare se i mop con ioni argento sono più efficaci nel prevenire la proliferazione batterica e la dispersione di microrganismi durante le normali operazioni di pulizia. È stata inoltre valutata la carica presente in aliquote del prodotto detergente/disinfettante all'interno dei contenitori con argento durante la durata della sperimentazione per verificare l'efficacia dell'intero sistema.

MATERIALI E METODI

Dopo impregnazione con 200 ml di una sospensione 10⁵ di *Staphylococcus aureus* ATCC 6538 dei mop in microfibra e in microfibra con ioni argento, si è proceduto alla verifica della carica iniziale e della carica residua dopo lavaggio e dopo differenti tempi di impregnazione con un prodotto detergente/disinfettante secondo le norme UNI EN 1174-1-2-3.

Sono stati inoltre prelevati 20 ml di residuo della soluzione detergente nella camera di impregnazione dei mop con ioni argento Solo System e dalla vasca di impregnazione in materiale plastico del mop in microfibra senza ioni argento ai differenti tempi di impregnazione per valutare l'eventuale inquinamento del detergente. Infine, sono stati testati, con analogo procedimento di filtrazione, 100 ml della soluzione acqua/detergente dalla vasca serbatoio Solo System per la valutazione dell'eventuale carica batterica sviluppata alla fine della sperimentazione.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

L'HOSPICE TRA STRUTTURA ED ESITO ASSISTENZIALE. IPOTESI ORGANIZZATIVA DELLA FUNZIONE ASSISTENZIALE INTEGRATA CON LE REALTÀ ONCOLOGICHE OSPEDALIERE NELLA ASL NAPOLI 2 NORD.

C. Sarnataro*, M.R. Cerasuolo*, F. Pecci, P. Belfiore x, A. Punzo°, V. Grossi°, A. Iovino°, C. Fago^**

**Direzione Sanitaria P.O. S.M. delle Grazie*

***Direzione Sanitaria P.O. San Giuliano*

°Direttore Sanitario P.O. San Giuliano

°°Direttore Sanitario P.O. A. Rizzoli

°°°Direttore Sanitario P.O. S. Giovanni di Dio

^ Coordinatore Direzioni Mediche Ospedaliere

x Università Partenope di Napoli

PAROLE CHIAVE

Hospice, Rete oncologica

Viene definito un modello organizzativo gestionale dell'assistenza residenziale al malato oncologico terminale nell'ambito della ASL Napoli 2 partendo dall'attuale organizzazione delle UU.OO. di Oncologia e delle modalità di ricovero in essa attuate per poi considerare, in un'ottica di rete reale, le "opportunità operative fattibili" per integrare l'assistenza, sulla scorta della domanda specifica, con funzioni ed attività centrate al malato terminale che completino le funzioni territoriali di assistenza domiciliare integrata per pazienti oncologici attualmente strutturate nell'ambito aziendale. L'articolazione di tale modello organizzativo gestionale prevede l'attivazione dell'Hospice aziendale subordinato alla funzione ospedaliera e viene definita attraverso l'impiego di risorse preesistenti e l'impegno di risorse ulteriori che prevedono nuovi luoghi di lavoro, l'integrazione collaborativa di diverse figure professionali a provenienza mista ospedaliera e territoriale, la condivisione di protocolli operativi funzionali all'ottimale gestione delle risorse disponibili compresa una proposta per l'identificazione delle modalità di accesso all'Hospice.

INTRODUZIONE

In Italia sono 117 gli hospice attivi (85% al Nord e al Centro) e 71 quelli in fase di progettazione, nella ASL NA 2 è a termine dei lavori un Hospice con 8 posti letto. Da un punto di vista logistico, la maggior parte degli hospice è collocata all'interno di una struttura ospedaliera "per acuti": ospedale, presidio, casa di cura (44,8%). In minor misura essi risultano situati in strutture autonome e dedicate (27,1%) inserite nella rete regionale sanitaria oppure in quella socio-sanitaria. Nel 17,7% operano all'interno di una struttura socio-sanitaria e socio-assistenziale e nel 10% in un centro polifunzionale non ospedaliero, sanitario e socio-sanitario. Attualmente si va sempre più optando (oltre il 60% degli hospice) per la tipologia di gestione pubblica e diretta dall'ospedale, che difatti garantisce una sinergia assistenziale integrata ed efficace nell'ottica della rete clinica. Partendo dall'analisi dell'assistenza oncologica attualmente offerta nell'ambito del territorio dell'ASL NA 2, si sono rilevate fattibili le potenzialità ed i presupposti per definire diversi livelli di integrazione di un hospice socio-sanitario "in rete", attraverso la qualificazione di una vera e propria "area vasta dell'assistenza oncologica".

MATERIALE E METODI

La ASL NA 2 Nord si estende su un territorio di 411,43 Kmq con una popolazione di 1.040.492 abitanti ed abbraccia comuni a nord di Napoli caratterizzati dalla presenza delle isole di Ischia e Procida. Dei 32 comuni compresi, 25 sono situati lungo la costa flegrea e nell'interno, altri 7 sono situati sulle isole. L'analisi parte dall'assetto organizzativo attuale che si contestualizza in attività di ricovero ed ambulatoriali oltre che di attività domiciliari garantite dal "Coordinamento Aziendale di Cure Domiciliari ed Ospedalizzazione a Domicilio" con funzioni di: Assistenza Domiciliare Integrata, Nutrizione Artificiale Domiciliare, Ospedalizzazione Domiciliare. Un punto cruciale per evitare che si crei una dis-sinergia operativa tra il sottosistema territoriale domiciliare e quello dell'hospice insiste sulla necessità di creare una Unità di Cure Palliative che sia organismo di "regia organizzativo-gestionale locale" della rete.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

PROPOSTA DI UN MODELLO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE ULCERE DA PRESSIONE NELL'AZIENDA USL 9 DI GROSSETO

P. Sodano*, F. Martelli*, M. Baldari**, G. Franci**, C. Pieri***

*Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero, **Gestione Rischio Clinico, ***Direzione Infermieristica

INTRODUZIONE

A seguito dell'adozione del Piano Sanitario Regionale 2008/2010, sono state implementate nella Regione Toscana numerose attività di prevenzione e gestione del rischio clinico.

Sono state dunque negli ultimi anni definite, mediante DD.GG.RR., numerose

“buone pratiche per la sicurezza del paziente”, condivise o sperimentate nel servizio sanitario regionale, tra le ultime e tra le più complesse è da annoverarsi la buona pratica sulla prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione. Le Aziende Sanitarie della Regione Toscana di recente sono state invitate ad attivarsi, affinché tale pratica sia realmente applicata all'interno delle strutture interessate e a deliberare un osservatorio per la rilevazione del fenomeno.

PAROLE CHIAVE

Buona pratica, wound care, ulcera da pressione (udp).

CONTENUTI

Nasce da tale contesto la seguente proposta condivisa da parte dell'ufficio Gestione del Rischio Clinico, della Direzione di Presidio del P.O. Misericordia e della Direzione Infermieristica aziendale al fine di supportare ed incoraggiare l'applicazione della buona pratica assistenziale. Gli step da percorrere previsti sono i seguenti:

costituzione di un gruppo di lavoro – Osservatorio Permanente delle UDP- per la prevenzione delle udp composto da diverse figure: Infermieri specialisti in wound care, Operatori della Gestione del Rischio Clinico, Personale della Direzione Sanitaria medica ed infermieristica, Farmacista, Nutrizionista, preposto alla progettazione e determinazione operativa:

di una fase formativa rivolta al personale infermieristico

della definizione e adozione di un linguaggio comune da parte della rete di operatori coinvolti

dei criteri per definire le udp, meritevoli di essere trattate come ferite difficili e dunque da gestirsi con personale appositamente formato

dei criteri precisi che determinino la necessità di procedere ad una valutazione del livello di rischio secondo la scala di Braden

di un sistema di monitoraggio periodico per la valutazione di impatto di interventi di miglioramento, attraverso l'azione di Facilitatori della Gestione del Rischio Clinico opportunamente individuati nelle diverse Unità Operative ospedaliere e territoriali

delle aree maggiormente critiche per la qualità dell'assistenza e la complessità dei pazienti ricoverati e/o assistiti

dei Referenti ospedalieri e territoriali (dell'Hospice, dell'U.O. Assistenza domiciliare, dell'Ospedale di Comunità ecc.) che contribuiranno, di volta in volta, a collaborare alla buona riuscita della promozione della buona pratica assistenziale. rilevazione, obbligatoria delle udp, all'atto della visita infermieristica d'ingresso del pz. in reparto e conseguente registrazione in cartella infermieristica o clinica delle eventuali udp già presenti al momento del ricovero segnalazione ai facilitatori GRC di eventuali udp di nuova comparsa nel corso del ricovero, al fine di organizzare audit “ad hoc”

segnalazione tempestiva dei casi di udp particolarmente gravi, da trattarsi mediante personale idoneamente formato per la cura di ferite difficili, attraverso la richiesta di consulenze “ad hoc”

coordinamento, mediante l'ufficio infermieristico, delle richieste di consulenze per UDP e la fornitura a noleggio di materassi anti-decubito

sorveglianza da parte della Direzione Medica ed Infermieristica di Presidio sulla correttezza del processo, mediante verifica in reparto della corretta rilevazione e segnalazione delle udp, nonché la rilevazione dell'organizzazione di audit a seguito di segnalazioni ed il controllo della corretta allocazione e gestione dei materassi anti-decubito

(Segue sul sito www.anmdo.org)

ATTIVAZIONE DEL “DAY SERVICE” NEI PRESIDI OSPEDALIERI DELL’ASL DI AVELLINO - PRIMO MODELLO ASSISTENZIALE A VALENZA REGIONALE

Emilia Anna Vozzella*, Albino D’Ascoli**

*Responsabile U.O.D Igiene Ospedaliera ASL AV

**Commissario Straordinario ASL AV

La specialistica ambulatoriale rappresenta la modalità assistenziale più appropriata per la gran parte delle prestazioni attualmente erogate in *day hospital medico diagnostico*. Nei Presidi Ospedalieri dell’ASL AV è stato attivato il primo modello assistenziale del day service ambulatoriale in Regione Campania con nove *Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)*.

PAROLE CHIAVE

Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC), day service, day hospital medico diagnostico.

INTRODUZIONE

La Regione Campania con il piano di rientro dal disavanzo è tenuta, tra l’altro, a perseguire anche la riduzione del tasso di ospedalizzazione per acuti che dovrà raggiungere il valore del 180/1000 ab senza che venga meno la capacità del SSR di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie. La DGRC 546/2007 ha individuato, quale azione essenziale per il raggiungimento di questo obiettivo, il trasferimento di quote significative di ricoveri inappropriati verso modelli assistenziali di minore intensività, a parità di efficacia, con un utilizzo più appropriato ed efficiente delle risorse. Ciò presuppone il trasferimento di tali ricoveri dal regime ordinario verso il DH e dal regime di ricovero ordinario e di DH verso l’assistenza ambulatoriale, e vale in particolare per i ricoveri di tipo *medico diagnostico* che attualmente fanno registrare un’elevata quota di inappropriatezza soprattutto in DH. La specialistica ambulatoriale rappresenta la modalità assistenziale più appropriata per la gran parte delle prestazioni attualmente erogate in *day hospital medico diagnostico*. Nell’ASL AV è stato attivato il primo modello assistenziale del **day service ambulatoriale** in Regione Campania.

MATERIALI E METODI

Nel Day Service vengono erogate prestazioni incluse in predefiniti ***Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)*** che sono costituiti da liste ragionate di prestazioni ambulatoriali del nomenclatore regionale. Le prestazioni del Day Service rispettano le stesse indicazioni previste dal “Piano Attuativo Aziendale liste di attesa (PACTA)”. La richiesta del medico curante è obbligatoria per la prenotazione a cui fa seguito l’iscrizione nella “agenda di prenotazione” del CUP. Il medico specialista ospedaliero, in qualità di medico referente per il day service della U.O., al quale tramite CUP è stata attribuita la gestione del paziente, nel giorno della prenotazione, provvederà a sottoporre a visita l’assistito. La richiesta di attivazione del PACC da parte del MMG o PLS assume la duplice valenza di proposta e/o richiesta di consulenza sulla erogazione di prestazioni in regime di Day Service allo specialista ospedaliero e, nel contempo, di richiesta di visita specialistica in una delle discipline di riferimento del PACC. Lo specialista ospedaliero è quindi titolare del giudizio sull’appropriatezza del Day Service; qualora lo specialista che effettua la visita valuti necessaria l’attivazione del Day Service, essendo il medico referente del PACC, provvederà a registrare l’attivazione del Day Service **nella stessa giornata**, previo il pagamento del **ticket di 50 euro** o comunque previa conferma dell’avvenuta **registrazione all’ufficio ticket**, se esente dal pagamento, secondo le procedure aziendali. In caso di non concordanza con la richiesta di attivazione del PACC del MMG o PLS, lo specialista oltre ad indicare anche il livello di assistenza appropriato per il caso clinico in esame deve far seguire l’iter amministrativo previsto per la visita specialistica effettuata con la registrazione al ticket se esente o pagamento di 18.59 euro di ticket se non esente (**cod. 89.7**). Per la **misurazione della lista di attesa** è misurato e valutato il tempo intercorrente tra la data dell’inserimento del paziente nell’agenda di prenotazione presso il CUP e la data di attivazione del day service con la registrazione del primo accesso. Il **case manager** con il supporto dell’infermiere addetto provvede alla presa in carico del paziente e compila l’apposita **scheda clinica di day service**. L’Ufficio Accettazione del Presidio Ospedaliero attribuisce il numero nosografico invoco progressivo per ogni Day Service attivato. Il registro accettazione Day Service è equivalente, nelle informazioni, al registro di accettazione dei ricoveri ospedalieri.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

36° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

PROGETTI PREMIO AMBIENTE

IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI NELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

D.ssa Paola M. Antonioli

Responsabile Struttura Dipartimentale Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

Gruppo di Progetto: Paola M. Antonioli °, M. Chiara Manzalini°, Valentina Dalpozzo°,

Laura Alvonì°, Monia Rubi°, Katia Montanari*

°Struttura Dipartimentale Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

**Medico in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - UNIFE*

INTRODUZIONE

“Lo sviluppo sostenibile è lo sviluppo in grado di soddisfare i bisogni della generazione presente, senza compromettere la possibilità che le generazioni future riescano a soddisfare i propri”.

Per il Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna significa un'evoluzione del sistema il più possibile rispettosa dell'ambiente, che riduca al minimo gli impatti delle attività sanitarie sull'ambiente e quindi sulla salute. Per questo motivo, con DGR 686/2007 e s.m.i., è stato avviato nel 2007 il Programma regionale “Il SSR per uno sviluppo sostenibile” che si articola in due progetti fra loro coordinati:

qualificazione dei consumi energetici ed innovazione tecnologica

miglioramento continuo del processo di gestione ambientale, in particolare in materia di trattamento dei rifiuti sanitari con riduzione delle quantità prodotte,

sviluppati da due gruppi di lavoro permanenti, “Gruppo regionale energia” e “Gruppo regionale gestione ambientale”.

Per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (AOUFE) “sviluppo sostenibile” significa gestione di processi e strutture orientata al miglioramento continuo delle prestazioni ambientali, applicazione di criteri ambientali nella progettazione di nuove strutture/attività e nell'acquisizione di beni e servizi, comunicazione sociale e promozione di comportamenti virtuosi.

CONTENUTI

Nell'AOUFE, la gestione dei rifiuti sanitari nel corso degli ultimi 5 anni ha assunto valenza pluridimensionale: si inserisce nell'ambito dell'**Area “Sicurezza e Gestione del Rischio”**, è parte integrante della politica aziendale di tutela ambientale definita nel Progetto aziendale **“A MINORE IMPATTO”, implementazione di un Sistema Gestione Ambientale** in AOUFE (in linea con il Programma della Regione Emilia-Romagna “Il SSR per uno sviluppo sostenibile”), e rappresenta uno dei temi fondamentali sostenuti dall'Azienda nell'ambito della **Rete “HPH”** degli Ospedali e dei Servizi Sanitari che promuovono la salute. A partire dal 2005, applicando il modello fondamentale per il miglioramento continuo PDCA, sono stati avviati specifici progetti di intervento relativi alla gestione dei rifiuti sanitari, finalizzati al mantenimento del livello di prestazione e al suo costante miglioramento attraverso lo sviluppo della capacità di valutare la realtà presente e le tendenze di miglioramento implementate e ancora in atto. Sono stati identificati i seguenti obiettivi di miglioramento:

- conformità alla normativa vigente;
- miglioramento della sicurezza del processo di gestione dei rifiuti sanitari (per operatori aziendali, operatori ditte appaltatrici del servizio, pazienti, visitatori, comunità tutta, ambiente);
- diminuzione dell'utilizzo di sostanze pericolose e diminuzione della produzione di rifiuti sanitari pericolosi;
- incremento della raccolta differenziata e dei rifiuti inviati a recupero;
- sorveglianza della produzione e dei costi (Osservatorio aziendale sulla gestione dei rifiuti), con restituzione di feedback e rinforzo delle relazioni con gli stakeholders e shareholders;
- marketing e comunicazione sociale sul tema dei rifiuti nei confronti di operatori sanitari, pazienti, visitatori, e comunità tutta.

La dichiarazione degli annuali obiettivi di miglioramento, lo sviluppo degli specifici progetti e delle strategie di intervento è garantita dalla Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali, integrata dal Gruppo Gestione Ambientale e Sviluppo Sostenibile (GGA-SS) AOUFE istituito con Delibera n. 250/2008 quale strumento organizzativo per elaborare le proprie procedure gestionali sulla base delle linee guida regionali e delle priorità aziendali. Il GGA-SS AOUFE, coordinato dal responsabile Igiene Ospedaliera in qualità di Referente aziendale Gestione Ambientale, è composto dai rappresentanti di tutte le direzioni/strutture ritenute determinanti (Prevenzione Protezione, Direzione Attività Tecniche, Direzione Attività Economiche, Mobility Manager).

Segue sul sito www.anmdo.org

PIANO DI AZIONE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SOSTENIBILITÀ ENERGETICA NELL'AZIENDA USL DI RIMINI

Ing. Paolo Bianco *Energy Manager dell'Azienda USL di Rimini*; **Ing. Francesco Versari** *Referente per l'UO Attività Tecniche*; **Arch. Enrico Sabatini** *Referente per la Direzione Sanitaria*; **Dott.ssa Angela Perna**

Il Piano nasce per dare sistematicità a temi fino ad oggi trattati all'interno dell'Azienda USL di Rimini soprattutto tramite azioni individuali, in modo da inquadrare le iniziative intraprese in un'ottica di periodo più lungo (almeno biennale), ed in una struttura pianificata ad ampio spettro capace di sostenerne ed ampliarne l'effetto grazie alle sinergie possibili tra i vari settori dell'azienda, non limitandosi ai servizi tecnici, ma coinvolgendovi per quanto possibile tutto il personale, tramite operazioni mirate da coordinare e promuovere all'interno dell'Ente. Con i suoi 6.000 TEP di energia consumata e le oltre 15.000 tonnellate di CO₂ emesse in atmosfera, l'AUSL ha un potenziale di risparmio energetico, nonché di riduzione delle emissioni molto grande, che però può estrinsecarsi solo grazie ad un programma di azione coordinato, che operi tramite l'intervento di tutti gli attori (ufficio tecnico, direzione sanitaria, sppa, ingegneria clinica, e naturalmente, tutto il personale). Il Piano di Sostenibilità energetica si articola dunque in una serie di linee di intervento distinte, e tuttavia convergenti sul tema principale in modo da poterne sfruttare adeguatamente le relative sinergie: – Interventi sull'efficienza energetica degli impianti termici e degli impianti elettrici; – Recupero delle agevolazioni fiscali; – Impiego delle fonti rinnovabili di energia, risparmio idrico e riduzione dei rifiuti prodotti; – Applicazione dei principi del Green Procurement; – Formazione e informazione agli operatori e presso la cittadinanza.

EFFICIENZA ENERGETICA DEGLI IMPIANTI TERMICI

TRATTAMENTO DEI CIRCUITI DELLE CALDAIE A VAPORE Ottimizzando l'osmosi e installando sistemi di spurgo automatici sulle caldaie a vapore dell'Ospedale di Rimini (15 MW di potenza installata), si è passati da 45 a 5 m³ a settimana di consumo di acqua osmotizzata. In questo modo si sono ottenuti risparmi su base annua pari a oltre 4.000 m³ di acqua, 45.000 m³ di gas e quasi 100 tonnellate di CO₂ in atmosfera. Tramite una gara tra i fornitori di fiducia, aggiudicata con il criterio del massimo risparmio economico complessivo, si sono ottenuti ulteriori benefici economici sui prodotti chimici impiegati.

SOSTITUZIONE DI CALDAIE TRADIZIONALI CON MODELLI A CONDENSAZIONE Questo tipo di tecnologia è dotata di forti agevolazioni fiscali (detrazione del 55% fino a 30.000 euro): si è deciso di realizzare un primo passo sostituendo le caldaie tradizionali della centrale termica del padiglione Ovidio (presso l'Ospedale Infermi di Rimini), che è dotato di impianto di riscaldamento a pannello radiante a pavimento. Nel corso del prosieguo dell'anno è in programma l'intervento su numerose altre centrali termiche (casa protetta Montescudo, Poliambulatorio di Rimini, Distretto di Bellaria, e alcune sedi periferiche di piccole dimensioni).

PROGRAMMA 412 (IMPIANTI DI RISCALDAMENTO) Gli spessori di isolanti delle tubazioni di acqua calda e riscaldamento sono stati opportunamente ottimizzati tramite l'uso di un tool di simulazione software appositamente realizzato; anche in considerazione dello stato piuttosto malridotto delle coibentazioni dei tubi di numerose centrali e sottocentrali termiche, si è stanziata una quota di investimenti per i ripristini delle suddette coibentazioni, impiegando come base il disciplinare tecnico per le nuove realizzazioni. Finita la stagione invernale si procederà anche all'installazione di valvole termostatiche per la regolazione del calore emesso dai radiatori.

RIQUALIFICAZIONE ENERGETICA DEGLI INVOLUCRI EDILIZI L'intervento sull'involucro edilizio, per la presenza dell'agevolazione fiscale del 55% è in tutte quelle situazioni dove le facciate degli edifici abbisognino di restauri e/o ripristini dovuti alle ingiurie del tempo. Attualmente alcune strutture dell'Azienda (sede centrale di via Coriano, Padiglione Flaminio e Padiglione Ovidio dell'Ospedale Infermi di Rimini) si trovano appunto in questa situazione, ragione per cui si è previsto in sede di formazione del bilancio di destinare una quota aggiuntiva di fondi alla realizzazione di cappotti esterni, oltre al semplice ripristino estetico delle facciate.

I maggiori oneri vengono quasi totalmente abbattuti dalla detrazione IRES (che si applica anche alle opere provvisorie comunque da realizzare, come le impalcature).

SOSTITUZIONE DEGLI IMPIANTI OBSOLETI A COMBUSTIBILI LIQUIDI Nei presidi ospedalieri non è possibile prescindere dalla presenza di una riserva di gasolio, per garantire la funzionalità in caso di guasto della rete di distribuzione; in tutti gli altri casi è imperativo passare ovunque possibile all'impiego del gas metano. Attualmente, l'Azienda esercisce oramai un'unica struttura a gasolio (cosiddetta "I Tigli"), per la quale nel corso dell'anno è programmata la sostituzione con impianto a gas a condensazione.

Segue sul sito www.anmdo.org

L'APPROCCIO AI PROCESSI DI ENERGY MANAGEMENT: L'ESPERIENZA DELL'A.O.R.N. "A. CARDARELLI" DI NAPOLI

Renato Campo*, Giovanni Improta**, **Ciro Verdoliva*****

* Componente gruppo di lavoro dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli";

** Dottorando di Ricerca in "Economia e Management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie;

*** Direttore della U.O.S.C. G.A.T.P.I. (Gestione delle Attività Tecniche, Patrimonio Immobiliare ed Inventario) dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli".

Gli autori affrontano il tema dello sviluppo energetico e della relativa efficienza nell'ambito dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli: le strategie intraprese per razionalizzare i consumi energetici al fine di perseguire vantaggi di carattere economico, benefici ambientali e positivi risvolti sociali. Tra gli obiettivi posti si considera anche la finalità strategica di migliorare l'innovazione energetica razionalizzando gli usi finali dell'energia, migliorare l'efficienza energetica del patrimonio edilizio ed impiantistico, ridurre la domanda (risparmio energetico) e la sua soddisfazione attraverso la progressiva sostituzione delle fonti tradizionali (ovvero ad alto potenziale inquinante) con le fonti rinnovabili (solare, biomasse, eolico, geotermico, ecc.). Si descrivono poi le attività e le linee d'azione intraprese, come ad esempio l'implementazione di un sistema di monitoraggio, archiviazione ed elaborazione dei dati di consumo; la valutazione dello stato manutentivo dei fabbricati ovvero del sistema edificio/impianto) nonché le condizioni ambientali al contorno; il tutto finalizzato alla predisposizione dell'Analisi e della successiva Certificazione Energetica.

INTRODUZIONE

L'ospedale è un sistema energeticamente complesso. Tale complessità è legata alle caratteristiche intrinseche delle attività che in esso si svolgono, al suo funzionamento come "semplice" edificio ed allo stretto legame che esso presenta nei confronti del territorio in cui è inserito sia dal punto di vista sociale sia ambientale. Le differenti prestazioni sanitarie devono essere garantite con un elevato grado di affidabilità, in modo ininterrotto (24 ore al giorno per tutto l'anno) e nelle migliori condizioni ambientali ed umane possibili. Ciò determina la necessità di un continuo aggiornamento tecnologico delle apparecchiature, una sempre crescente efficienza impiantistica ed un'adeguatezza funzionale/manutentiva degli ambienti. Da tali considerazioni si evince come l'energia, nel contesto di un struttura ospedaliera, giochi un ruolo determinante, ad essa è strettamente legata la qualità del servizio erogato. Per un simile sistema energivoro, l'attuale esistenza di fattori esterni legati ad aspetti economici (aumento dei prezzi dei combustibili e dell'energia elettrica, rischi di black out, esaurimento delle fonti energetiche fossili, ecc.), ambientali (anomali mutamenti climatici, diverse forme di inquinamento, ecc) e sociali (attenzione dell'opinione pubblica) rendono improrogabile affrontare il problema della gestione energetica.

L'A.O.R.N. "ANTONIO CARDARELLI" DI NAPOLI

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Antonio Cardarelli" di Napoli è una grande azienda erogatrice di servizi sanitari, cui competono funzioni e responsabilità rilevanti, nell'esercizio di assicurare l'assistenza sanitaria su un ampio territorio, il quale abbraccia un bacino di utenza esteso, oltre alla città, anche alla provincia ed alla Campania, e rappresenta un punto di riferimento per altre regioni d'Italia, in particolar modo del Meridione. L'Ospedale "Cardarelli" svolge un ruolo di primo piano per quanto riguarda l'assistenza sanitaria di urgenza: è infatti sede di Dipartimento di Emergenza-Accettazione di secondo livello, assicurando prestazioni di pronto soccorso in molteplici specialità. E' fra l'altro sede del Centro Grandi Ustionati, del Centro Antiveleni e del Centro per i Trapianti Epatici, (Centri di Emergenza Regionali); è presente altresì il Centro di Terapia Iperbarica, di recente istituzione. Presso tale dipartimento è ubicata inoltre la Centrale Operativa "118". L'attività assistenziale produce un elevato numero di ricoveri annui ordinari ed in day-hospital, mediamente superiori a 90.000, nonché di prestazioni erogate in regime ambulatoriale nell'ambito delle diverse specialità. L'ospedale "A. Cardarelli", situato nel cuore della zona ospedaliera, possiede una struttura "a padiglioni" che occupa nel complesso una superficie di 250.000 metri quadrati. Di questi, 50.000 metri quadri sono rappresentati da edifici, ed i restanti 200.000 da viali alberati e pinete che di fatto costituiscono un vero e proprio "polmone verde". Dei 21 padiglioni esistenti, costruiti in diverse epoche a partire dal 1927 fino al 1990, quattordici sono destinati alle attività di diagnosi e cura, ed i restanti sette ai servizi tecnici.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

PROPOSTA DI REALIZZAZIONE DI UN IMPIANTO FOTOVOLTAICO SU PENSILINA PER PARCHEGGIO AUTO

Ceratti Eugenio*; Ventura Spagnolo Elvira**

**Direttore Sanitario Azienda Ospedali Riuniti Papardo-Piemonte Messina*

***Dipartimento di Protezione Ambientale Sanitaria ed Industriale - Università degli Studi di Messina*

INTRODUZIONE

In questi ultimi anni, la Regione Sicilia, recependo alcune direttive ed iniziative nazionali, si è concentrata molto sui temi dell'uso razionale dell'energia e del risparmio energetico, promuovendo una cultura del risparmio energetico, considerato alla stregua di una vera fonte rinnovabile a disposizione dei cittadini. Non si può, d'altronde, non tenere in considerazione lo stretto connubio esistente tra sviluppo e promozione delle fonti rinnovabili a carico di imprese e istituzioni, non da meno le strutture ospedaliere.

L'energia è l'elemento essenziale per la funzionalità delle strutture sanitarie e per questo dovrebbe essere costantemente misurata e tenuta sotto controllo nei suoi aspetti tecnici, manutentivi, economico-finanziari, tariffari ed amministrativi. Gli ospedali e le strutture sanitarie in genere sono veri e propri laboratori energetici nei quali le fonti di energia si intersecano ed interagiscono tra loro e con l'utenza per offrire un servizio il più possibile sicuro affidabile e continuo. Le strutture sanitarie devono assicurare le prestazioni medico-assistenziali agli utenti, offrire un alto livello di comfort e garantire la salubrità degli ambienti.

Queste strutture sono molto "energivore" e pertanto è fondamentale eseguire accurati controlli sul livello delle emissioni, sui rifiuti e soprattutto avere particolare attenzione agli sprechi energetici. Per queste strutture è necessario concentrare l'attenzione per migliorare l'efficienza energetica ma è altresì importante promuovere le fonti rinnovabili come opportunità per le strutture sanitarie di autoprodurre energia, di favorire il risparmio energetico e contribuire alla riduzione dei gas serra in atmosfera.

Non si può infatti non tenere presente che i settori terziario e residenziale assorbono un quarto del fabbisogno energetico nazionale. L'80% di tali consumi è riconducibile al riscaldamento domestico, mentre la restante quota è dovuta, nell'ordine, alla preparazione dell'acqua calda sanitaria, ai consumi degli elettrodomestici e all'illuminazione.

Diminuire i consumi dei settori terziario e residenziale, oltre a contribuire al raggiungimento degli obiettivi nazionali di riduzione delle emissioni inquinanti, climalteranti, e di sicurezza dell'approvvigionamento energetico, comporta vantaggi immediati in termini di diminuzione della spesa energetica e di miglioramento del comfort. Le buone abitudini quotidiane che possono essere messe in atto per evitare gli sprechi sono numerosissime. Gli interventi che hanno la possibilità di incidere in maniera sostanziale sulla diminuzione dei consumi sono quelli strutturali che riducono il fabbisogno di energia degli edifici misurato dai cosiddetti indici di prestazione energetica. Tali interventi sono di svariata natura, ad esempio: isolamento di pareti esterne, coperture, solai, serramenti, cassonetti, superfici vetrate, sostituzione delle caldaie o della rete di distribuzione del calore con sistemi a più alta efficienza, montaggio di sistemi di regolazione della temperatura interna, installazione di sistemi solari termici per la produzione di acqua calda sanitaria, etc. Molti di questi interventi sono indispensabili per raggiungere gli standard di prestazione energetica degli edifici richiesti dalla normativa. Si tratta peraltro di interventi che, anche in assenza di incentivi, hanno tempi medi di ritorno economico brevi e che in particolare risulta molto conveniente prevedere sin dalla fase di progettazione o eseguire in occasione di lavori di ristrutturazione o manutenzione. Tutti questi interventi, potendo ridurre l'indice di prestazione energetica degli edifici, sono potenzialmente idonei a maturare l'opportunità della messa in atto di impianti fotovoltaici. Di non poco rilievo, inoltre, quanto previsto dalla legge finanziaria 2007 (L. 296/2006) che ha introdotto delle forme di agevolazione degli interventi di efficientamento del settore terziario e residenziale (peraltro cumulabili con le tariffe del conto energia) che li rendono ulteriormente convenienti. In particolare è prevista una detrazione fiscale del 55% delle spese sostenute per la riduzione delle dispersioni termiche degli edifici, l'installazione di pannelli solari per la produzione di acqua calda, l'installazione di caldaie a condensazione e gli interventi realizzati a ottenere un'alta efficienza energetica nei nuovi edifici. La potenza di picco di un impianto fotovoltaico si esprime in kWp (chilowatt di picco), cioè la potenza teorica massima che esso può produrre nelle condizioni standard di insolazione e temperatura dei moduli (1000 W/m² e 25°C).

(Segue sul sito www.anmido.org)

GREEN PUBLIC PROCUREMENT & SANITÀ: IL PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO E IL PROGETTO A.P.E. DI TORINO

D. Griffa, D. Bongiovanni, V. Canaletta, S. Cena, M. Rocco, A. Sozza

PREMESSA

Crescita economica e tecnologica associate all'incremento demografico possono influenzare l'equilibrio ambientale con potenziali conseguenze sul clima, sulla salute, sulla biodiversità, ormai sempre più oggetto di attenzione da parte delle istituzioni e del mondo accademico. A livello nazionale, secondo quanto citato nel testo unico ambientale aggiornato al Decreto legislativo n.4 del 16 gennaio 2008, l'art 4-quater sul principio dello sviluppo sostenibile indica che: *"ogni attività umana giuridicamente rilevante ai sensi del presente codice deve conformarsi al principio dello sviluppo sostenibile, al fine di garantire che il soddisfacimento dei bisogni delle generazioni attuali non possa compromettere la qualità della vita e le possibilità delle generazioni future"*.

Fin dalla propria nascita, l'Ospedale Gradenigo ha sempre promosso una politica fondata sul rispetto dell'essere umano, sia esso sano o malato, ed ha sempre tenuto in considerazione il profondo valore della vita e della dignità umana chiedendo ai propri operatori di esprimere costantemente accoglienza e calore. Nell'ottica di attenzione per l'ambiente, dove l'essere umano compie il suo cammino, è stato predisposto il presente progetto volto ad orientare le scelte aziendali in funzione di un maggiore rispetto per l'ambiente, attraverso una serie di iniziative volte alla minimizzazione del consumo di risorse e produzione dei rifiuti. Il Gradenigo con una scelta non semplice è stato il primo Ospedale in Italia ad aver elaborato una politica di acquisti sostenibili, sopportando un rilevante impegno organizzativo, strutturale e anche finanziario. E' un impegno che in qualche modo coinvolge anche il paziente, il quale, in questa fase di evoluzione, diventa anche egli indirettamente attore di rinnovamento e progresso.

DESCRIZIONE DELLA STRUTTURA

Il Presidio Sanitario Gradenigo è una struttura sanitaria, ubicata all'interno del territorio della ASL TO2, di proprietà della Congregazione delle Figlie della Carità di San Vincenzo De Paoli, riconosciuta come Presidio ex art. 43 legge 833/78 nel 1985. E' una struttura polispecialistica dotata di 208 posti letto (tra ordinari e day hospital) ed è sede di un Pronto Soccorso aperto 24 su 24 (più di 40.000 passaggi/anno). Complessivamente nel Presidio vengono effettuati circa 10.000 ricoveri all'anno, tra ordinari e day hospital, sia di tipo medico (in prevalenza in supporto al Pronto Soccorso), sia di tipo chirurgico (sia da Pronto Soccorso che in elezione). L'ospedale conta circa 651 dipendenti, come personale di reparto e servizio. Le spese di gestione dell'ospedale ammontano a circa 59 milioni di euro nel 2008, ripartite secondo le seguenti percentuali: materie prime 18 % -servizi 15 % -personale 60 % -ammortamenti 4% -altri oneri 3%.

La missione dell'Ospedale Gradenigo viene chiaramente espressa nelle seguenti parole tratte dallo Statuto della Congregazione delle Figlie della Carità di San Vincenzo de Paoli: *".....scopo dell'ospedale è quello di assistere quanti si trovino in condizioni di povertà, di bisogno, di sofferenza.....sempre senza fini di lucro"*. La mission si traduce quindi nella volontà di fornire assistenza ai cittadini, venendo incontro al loro bisogno e al loro desiderio di salute, lavorando in un sistema integrato con altri ospedali del territorio.

GLOSSARIO

Progetto A.P.E. (Acquisti Pubblici Ecologici)

Progetto avviato nel 2003 dalla Provincia di Torino con il supporto tecnico di ARPA Piemonte, con l'obiettivo di sensibilizzare i funzionari degli uffici acquisti e ambiente provinciali e di numerosi enti del territorio, e di supportarli nella definizione e integrazione di criteri ambientali nelle procedure di acquisto di alcune tipologie di prodotti e servizi e di linee guida per l'organizzazione di eventi a basso impatto ambientale. Sito WEB:

Protocollo d'Intesa per la promozione degli Acquisti Pubblici Ecologici

Protocollo promosso dalla Provincia di Torino che racchiude la politica degli acquisti verdi, condivisa dai partner del Progetto APE e che impegna all'introduzione nei propri acquisti dei criteri (suddivisi in specifiche tecniche di minima e per la valutazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa) identificati negli allegati al protocollo. A febbraio 2009 i soggetti aderenti all'accordo risultavano 35.

(Segue sul sito www.anmdo.org)

PROGETTO “DONARE E’ SALUTE”

P. Monti*, E. Bonadeo, M. Marinelli, E. Montagna, A. Archili, R. Lodi, M. Bosio, P. Caltagirone.

INTRODUZIONE

Nella Gazzetta Ufficiale n. 150 del 1° luglio 2003 viene pubblicata la legge 155/03, nota, anche, come legge del “buon samaritano” che entrerà in vigore il 16/07/2003. Tale provvedimento prevede la distribuzione dei prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale e consente a tutte le organizzazioni, che operano a fini di solidarietà sociale, di recuperare gli alimenti rimasti invenduti nel circuito della ristorazione per donarli alle famiglie in stato di bisogno. Anche la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo aderisce tramite il progetto “Donare è salute” basato sul concetto della condivisione e del dono: lo slogan vuole sintetizzare il benessere spirituale da parte dell’individuo donatore ed il benessere fisico per chi riceve.

SCOPO

Lo scopo del progetto, come si legge nel testo definitivo della legge approvato, è quello di “promuovere e sostenere politiche finalizzate ad attenuare le condizioni di disagio delle persone e delle famiglie attraverso la raccolta e la distribuzione di piatti finiti”. Le organizzazioni preposte, incentivando la beneficenza senza scopo di lucro ci danno, quindi, la possibilità di distribuire le quantità di cibo inutilizzato (denominati “esuberanti alimentari”), con una distribuzione gratuita, ai consumatori identificati bisognosi. Sono considerati “esuberanti alimentari” i prodotti provenienti dalla preparazione degli alimenti e gli alimenti non consumati che, per le attuali caratteristiche della rete distributiva e per fattori endogeni al ciclo di distribuzione, non riescono ad essere consumati senza, però, perdere le caratteristiche di “alimento” e vengono quindi destinati allo smaltimento pur essendo perfettamente commestibili. Più specificatamente il presente progetto vuole raggiungere degli obiettivi che possiamo così sintetizzare:

fare emergere la dimensione eco-solidale della lotta allo “spreco alimentare” e le implicazioni sociali che da essa derivano;

sostenere concretamente le tante realtà del volontariato cittadino e delle istituzioni impegnate nella lotta alla povertà e al disagio sociale;

ridurre gli sprechi alimentari attraverso il recupero degli alimenti non più commercializzabili ma perfettamente commestibili;

Inoltre il progetto considera aspetti:

ambientali, in quanto favorisce un minor impatto ambientale e un maggiore livello di prevenzione nella produzione dei rifiuti;

sociali, in quanto sostiene gli enti non profit che assistono i bisognosi favorendo l’incremento del livello di sicurezza alimentare e di soddisfazione del fabbisogno nutrizionale dei poveri;

politico-istituzionali, in quanto il progetto costituisce un concreto esempio di sussidiarietà orizzontale nonché di partnership Profit-Non Profit-Pubblica Amministrazione.

METODO

Il progetto viene programmato in modo da identificare le procedure più idonee al mantenimento della qualità del prodotto per garantirne, quindi “la sicurezza alimentare” secondo il D.lgs 193/2007. Le procedure sono imposte in modo chiaro, semplice e sono di immediata applicazione per assicurare sia l’integrità durante la raccolta del cibo che l’appetibilità dello stesso. Partendo dal presupposto che il Servizio di Ristorazione provvede nel fornire pasti adeguati alle esigenze nutrizionali di ogni tipologia di degente, in coerenza con le indicazioni fornite dai LARN (Livelli di Assunzione Raccomandata in Nutrienti dell’Istituto Nazionale della Nutrizione) e con le Nuove Linee Guida per una sana alimentazione italiana dell’Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, le possibilità giornaliere del recupero degli “esuberanti alimentari” possono ruotare su una rosa di tipologia di piatti come di seguito riportati:

(Segue sul sito www.anmido.org)

LA SOSTENIBILITA' AMBIENTALE IN AMBITO OSPEDALIERO: LE PULIZIE "VERDI"

Dott. Ing. Daniele Nepa

PREMESSA

Negli ultimi decenni le scienze naturali, umane e sociali, come anche l'opinione pubblica, sono passate da una visione dell'ambiente come dato imm modificabile e semplice "magazzino infinito" di risorse per la vita e le attività umane, ad una visione in cui le attività umane hanno un forte impatto su di esso modificandolo. La ricerca di un rapporto equilibrato tra attività umane e ambiente ha dato vita al concetto di sviluppo sostenibile.

Il termine "sostenibile" si riferisce all'idea che l'espansione delle attività umane (economiche, sociali, ecc..) non deve procedere ad un ritmo tale da modificare o addirittura da esaurire, le risorse ambientali. La scoperta della dimensione ambientale dello sviluppo è il risultato della crescente sensibilità di scienziati naturali e sociali e dell'opinione pubblica per gli effetti ambientali dell'industrializzazione. L'ecologia è un bene di "lusso", vale a dire che l'opinione pubblica chiede qualità ambientale solo dopo aver soddisfatto altri bisogni più elementari.

Oggi questo concetto è totalmente rovesciato e la qualità ambientale è sviluppata e gestita parallelamente e con la stessa vitalità di tutte le altre attività e sempre più organizzazioni, sia pubbliche che private, predispongono al loro interno dei piani per la qualità ambientale avendo come riferimento il quadro normativo e le ISO 14000¹ e votati sempre più ai cosiddetti "acquisti verdi"² soprattutto nelle pubbliche amministrazioni. Uno degli strumenti principalmente utilizzati nelle Pubbliche amministrazioni (PA) per promuovere lo sviluppo ambientale e gravare sempre meno sull'ambiente è quello del Green Public Procurement, meglio conosciuto come acquisti verdi.

Per Green Public Procurement (o Acquisti Verdi della Pubblica Amministrazione) s'intende l'approccio secondo il quale le PA integrano nei loro processi di acquisto criteri ambientali. Acquistare verde significa preferire quei prodotti e servizi che hanno un minore effetto sulla salute umana e sull'ambiente rispetto ad altri prodotti e servizi utilizzati allo stesso scopo.

Tali scelte devono essere basate sull'analisi degli impatti determinati da un prodotto in tutte le fasi del suo ciclo di vita: progettazione, produzione, distribuzione, consumo e smaltimento. Questo vuol dire prendere in considerazione gli aspetti del prodotto legati all'energia e alle materie prime utilizzate, alle sostanze emesse durante i processi produttivi e le fasi di trasporto, alla produzione di rifiuti, alla sua durata, facilità nello smontaggio, riciclabilità, efficienza energetica, etc.

LE FINALITÀ

Il concetto di sostenibilità ambientale, all'interno delle strutture sanitarie, può essere esploso sotto diversi punti di vista (energetico, produzione di rifiuti, idrico, mobilità, inquinamento dell'aria, ecc..).

Il lavoro che di seguito sarà proposto è un progetto di ricerca che vuole mettere in luce come, nell'ambito delle pulizie e sanificazione ospedaliere, sia possibile perseguire obiettivi di risultato, garantendo i giusti livelli d'igiene, e allo stesso tempo di sostenibilità ambientale.

Nel caso specifico si è indagato su due fattori fondamentali:

Il risparmio di acqua nelle procedure di pulizia dei pavimenti e nel ricondizionamento dei moppini in lavatrice. La riduzione dei rifiuti di natura plastica e dei cartoni per gli imballi derivanti da attività di pulizia delle superfici piane.

LA SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE IN AMBITO OSPEDALIERO.

Quando si pensa alla sostenibilità ambientale in ambito sanitario ci si focalizza subito a come risparmiare energia attraverso opportune politiche energetiche o attraverso ricorso ad energie rinnovabili pensando sempre a livello di "struttura" e quasi mai di processo di servizi a supporto dell'attività della struttura.

Infatti, negli ambienti ospedalieri oltre alle normali attività cliniche, core business dell'azienda, s'integrano anche altre attività (ad esempio le pulizie) che, come le prime, producono rifiuti e utilizzano risorse ambientali (acqua).

(Segue sul sito www.anmdo.org)



Spesso le cose migliori sono quelle più vicino a noi



La qualità della sterilizzazione italiana nel mondo



www.cisagroup.it

PULITO. SICURO. EFFICIENTE.



LA TUTELA DELLA SALUTE DEI PAZIENTI ATTRAVERSO LA PREVENZIONE DEI RISCHI D'INFEZIONE



Dove: tutti i pavimenti, le superfici e gli arredi in ospedale



Chi: 5.000 clienti in Europa



Come: abbattimento del 79% della carica batterica



Sistema Healthguard®

Sistema integrato di procedure di pulizia e disinfezione basato su un metodo esclusivo Ecolab e certificato da una primaria Università italiana.

Pulito - garantire un ambiente pulito e disinfettato che dia tranquillità a pazienti ed operatori

Sicuro - minimizzare il rischio di infezioni grazie a prodotti e sistemi particolarmente efficaci

Efficiente - conseguire elevatissimi livelli di produttività con l'utilizzo del Sistema HealthGuard



**PULITORI
& AFFINI**

www.pulitori.it | info@pulitori.it



Leader nel cleaning ospedaliero

SERVIZI PROFESSIONALI PER IL VOSTRO AMBIENTE DI LAVORO

PULIZIE E SANIFICAZIONI AMBIENTALI PULIZIE MICROBIOLOGICHE DISINFESTAZIONI
RISTORAZIONE OSPEDALIERA, PER ENTI E COMUNITÀ

LAVANDERIA INDUSTRIALE SMALTIMENTO RIFIUTI OSPEDALIERI

MANUTENZIONI GESTIONE DEL VERDE GESTIONE INTEGRATA IMMOBILI





Finito di stampare nel mese di maggio 2010
dalla Litografia Solari - Peschiera Borromeo (MI)

È vietata la riproduzione anche parziale della presente pubblicazione
senza preventiva autorizzazione di EDICOM srl

Edito da:

Via A. Corti - Milano
Tel. 0270633694
Fax 0270633429
info@gsanews.it
www.gsanews.it