

4 Ottobre-Dicembre 2013

L'OSPEDALE

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

**Analisi organizzativa dell'Ufficio
Logistica, Epidemiologia e
Sicurezza nell'ambito della
Direzione Medica di Presidio**

**Progetto di Bed Management in
Ospedale regionale di Aosta;
risultati a un anno di follow-up**

**L'esperienza della Direzione
Medica dell'Ulss 10 "Veneto
Orientale" nella stesura e
nell'applicazione di una
linea guida aziendale
sull'antibiotico profilassi
perioperatoria**

**Come formulazioni
farmaceutiche innovative
per i biologici possono aiutare
lo sviluppo di nuovi modelli
organizzativi in oncologia**

**Poster 39° Congresso Nazionale
ANMDO**

ORIZZONTI



Analisi organizzativa dell'Ufficio Logistica, Epidemiologia e Sicurezza nell'ambito della Direzione Medica di Presidio

*D'Alessandro R., Brandani S., Lattanzi G., Serafini D., Turchi P., Manzi P., Briani S.,
Basagni C., Barbini E., De Marco F., Grasso A., Lenzi D.*

4

Progetto di Bed Management in Ospedale regionale di Aosta; risultati a un anno di follow-up

*Roberto Novati, Chiara Galotto, Adriano Gorraz, Gianluca del Vescovo,
Larry Colliard, Pamela Lale-Demoz, Francesco Arnoletti*

12

L'esperienza della Direzione Medica dell'Usls 10 "Veneto Orientale" nella stesura e nell'applicazione di una linea guida aziendale sull'antibiotico profilassi perioperatoria

Rita Finotto, S. Marta Abiad, Alessandra Cappelletto, Cecilia Tonelli

20

Come formulazioni farmaceutiche innovative per i biologici possono aiutare lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi in oncologia

Giancarlo Bizzarri, Monica Canciani, Massimo Farina, Clemente Ponzetti

24

Poster 39° Congresso Nazionale ANMDO

34

ORIZZONTI

50

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici
Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 66 - Numero 4 - ottobre-dicembre 2013

**Direzione, Amministrazione, Redazione
e Pubblicità**

EDICOM s.r.l.

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

Sede operativa:

Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano
tel. 02 70 63 36 94 - 70 60 21 06
fax 02 70 63 34 29

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

Direttore responsabile: G. Serrano

Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: U.L. Aparo

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

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

Abbonamenti

italia annuo € 31,00

europa

paesi extra europei € 103,00

Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

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

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

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

CSST
CERTIFICAZIONE
EDITORIA
SPECIALIZZATA E TECNICA

Testata volontariamente sottoposta a
certificazione di tiratura e diffusione in
conformità al Regolamento CSST
Certificazione Editoria Specializzata e Tecnica
Per il periodo 1/1/2011-31/12/2011
Periodicità: TRIMESTRALE
Tiratura media: 5.000
Diffusione media: 4.859
Certificato CSST n. 2011-2225 del 27/02/12
Società di Revisione: METODO

associato a:

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

 CONFERMA

Analisi organizzativa dell'Ufficio Logistica, Epidemiologia e Sicurezza nell'ambito della Direzione Medica di Presidio

Riassunto

Nell'ambito della organizzazione dei servizi sanitari possono trovare applicazione numerose teorie derivate da discipline specifiche. Le strutture sanitarie sono sistemi complessi che possono essere efficacemente governati soltanto a condizione che se ne conosca bene il funzionamento, perciò si rende indispensabile una buona analisi organizzativa. Nel presente lavoro si valutano criticamente le modalità organizzative di uno specifico settore della Direzione Medica di Presidio alla luce delle teorie di Mintzberg.

D'Alessandro R.*, **Brandani S.***, **Lattanzi G.***, **Serafini D.***, **Turchi P.***, **Manzi P.****, **Briani S.*****, **Basagni C.******, **Barbini E.******, **De Marco F.******, **Grasso A.******, **Lenzi D.******

* Ufficio LES

** Direttore Medico di Presidio

*** Direttore Sanitario

****Dirigenti Medici DMO

PAROLE CHIAVE:

Organizzazione, logistica, epidemiologia, sicurezza

INTRODUZIONE

L'analisi organizzativa è uno strumento che prende in considerazione tutti i fattori in gioco, ed è utile per evidenziare le carenze e le incongruenze e per orientare gli interventi di riprogettazione, è uno strumento di registrazione delle situazioni organizzative.¹

L'Ufficio LES (Logistica, Epidemiologia e Sicurezza) svolge funzioni molto importanti sia per il funzionamento della Direzione Medica di Presidio sia di tutta l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese; il presente lavoro è volto ad analizzare criticamente l'organizzazione di questo ufficio, utilizzando le teorie dell'organizzazione che fanno riferimento ad Henry Mintzberg. L'Azienda Ospedaliera Universitaria

“Le Scotte” ha un bacino di utenza di 17 Comuni della zona Senese con circa 120.000 abitanti e per quanto riguarda l'attività specialistica un bacino di 36 Comuni della Provincia di Siena con circa 254.000 abitanti². L'ospedale possiede 730 posti letto ordinari oltre ai 75 per la gestione dei day-hospital dei quali 10 riservati a day-surgery e 36 tra Osservazione e Medicina d'Urgenza. Inoltre l'Azienda conta circa 3.000 dipendenti tra ospedalieri ed universitari ed accoglie ogni giorno circa 5.000 persone tra personale, pazienti, visitatori, studenti, fornitori e volontari³.

Nelle sezioni seguenti viene descritta l'organizzazione dell'Ufficio suddetto nelle sue articolazioni ed interconnessioni con le più complesse attività della Direzione Medica di Presidio.

Il presente articolo viene pubblicato in concomitanza con la pubblicazione del decreto-legge 6 Luglio 2012 n. 95 e convertito in Legge n.135/2012 Art. 15 comm.13 lettera f) che prevede un'unica figura tra Direttore Sanitario Aziendale e Direttore Medico di Presidio. Ci inseriamo nell'ambito di dibattito culturale con l'auspicio di fornire una proficua discussione in questo settore.

MATERIALE E METODI

L'Ufficio LES (Logistica, Epidemiologia e Sicurezza) è situato nel piano 2/S del Polo Didattico dell'AOUS. Le attività dell'Ufficio sono varie e svolte da un team di: un infermiere professionale, un'infermiera epidemiologa e due infermiere coordinatrici. L'equipe svolge la sua attività a partire dalle ore 7:30 alle ore 15:30 con rientri pomeridiani programmati. In sintesi questo servizio si occupa di:

- Gestione degli infortuni con e senza esposizione a materiale biologico;
- Gestione dei presidi antidecubito;
- Gestione dei rifiuti e tenuta del registro del carico e scarico dei formulari;
- Sorveglianza infezioni e controllo delle procedure;
- Trasmissione di notifiche di malattie infettive accertate o sospette diagnosticate all'interno dell'Azienda;
- Gestione del sistema di segnalazione degli Alert Microorganism;
- Controlli igienico – sanitari: controllo dell'ambiente (legionella, pseudomonas e sulle acque di dialisi), collaborazione per il con-

trollo igienico delle cucine, controlli pulizie;

- Gestione dei contratti di Disinfe-stazione e derattizzazione.

ORGANIGRAMMA E FUNZIONIGRAMMA DELL'UFFICIO LES

Per avere una visione organica dell'Ufficio LES inserito all'interno della Direzione Medica di Presidio (DiMP), di seguito, si è provveduto a realizzare un Organigramma ed i rispettivi Funzionigramma per favorire la comprensione dei rapporti che intercorrono tra il personale coinvolto (Fig.1, Tab.1, Fig. 2).

La struttura dell'Ufficio è di tipo funzionale; al vertice troviamo il Direttore Medico di Presidio collegato tramite un rapporto di "line" con gli Uffici operativi della DiMP, contrassegnato da una linea blu, con un Team di medici, con l'Ufficio Accreditamento e Qualità dei Processi Assistenziali, con l'Ufficio LES e con l'Ufficio Cartelle Cliniche. La segreteria è collegata con una linea blu tratteggiata perché il rapporto in questo caso è di tipo funzionale amministrativo. Questo tipo di rapporto lavorativo è di tipo gerarchico e il direttore medico di presidio svolge funzioni di gestione e coordinamento del personale delle varie U.O. La linea rossa tra i vari uffici va a significare che il rapporto funzionale tra di loro è di staff. Con questo tipo di rapporto i vari uffici sono allo stesso livello funzionale e collaborano insieme.

ANALISI DEI PROCESSI

L'Ufficio LES si occupa di vari compiti tra di loro indipendenti. E' per questo che non è stato descritto un solo macroprocesso. Ogni dipendente all'interno dell'Ufficio ha un proprio compito e proprie responsabilità, ma tutto il personale collabora per una migliore fruizione del servizio in assenza dei componenti. Grazie ad una rete "Intranet" l'ufficio collabora con

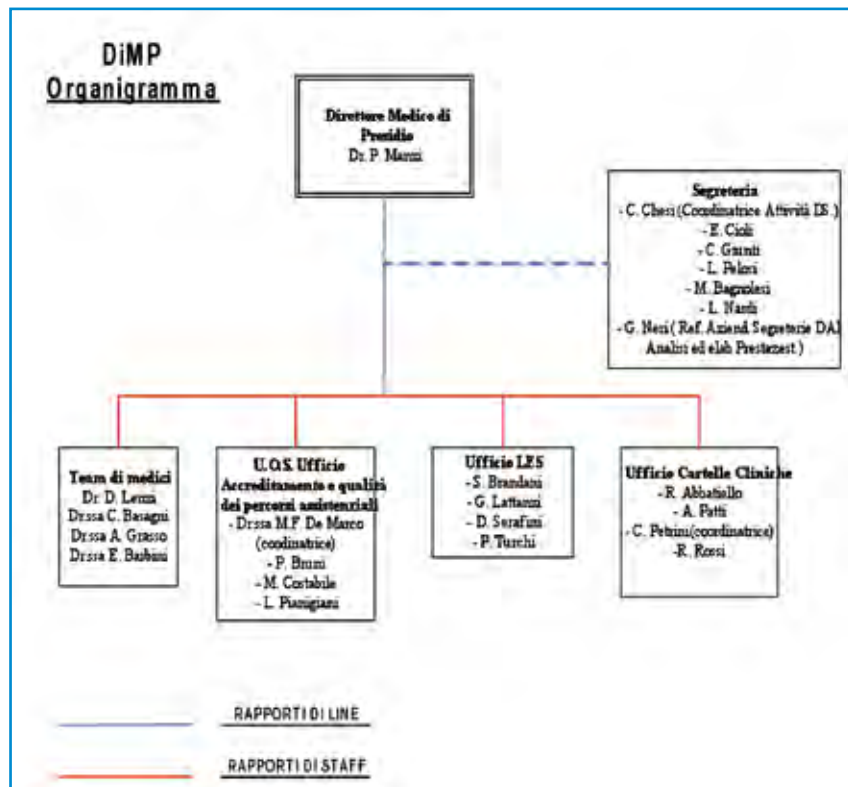


Fig. 1. Organigramma DiMP

i reparti e con le aziende produttrici/smaltatrici per la buona e veloce efficienza del servizio. Per ogni servizio della DiMP, inoltre, è stato individuato un "Circolo della Qualità Verticale" la cui Mission è quella di promuovere la stesura delle relative procedure organizzative, di procedere ad una periodica revisione delle stesse, di effettuare a tale scopo processo di audit interno, di identificare e raccogliere

i dati necessari alla analisi di attività e di effettuare analisi di settore⁴. Di seguito vengono riportate le flow-chart dei processi lavorativi con le differenti divisioni di compiti. Questo tipo di rappresentazione dell'attività rende più facile la comprensione dei processi che possono risultare a volte molto complicati e servono anche per un miglioramento continuo. Grazie a questo metodo, inoltre, si ha una

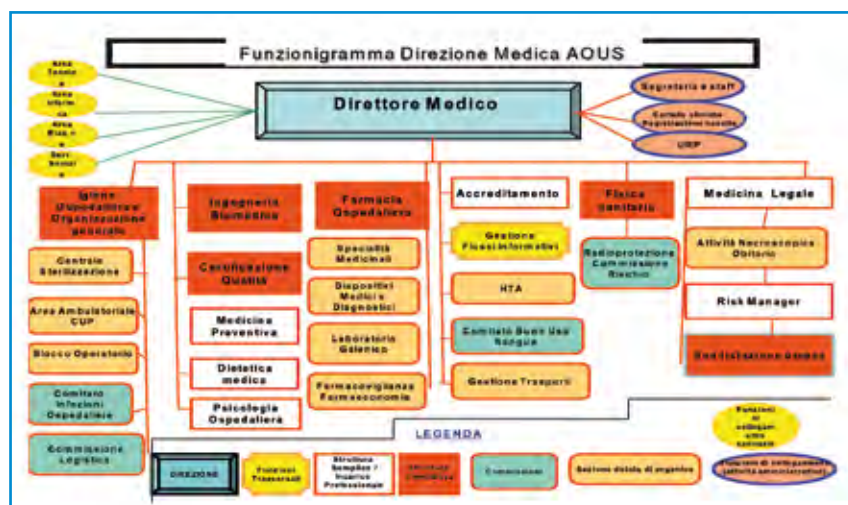


Fig. 2

Direttore Medico di Presidio	Negozia il budget, assicura il funzionamento del dipartimento e promuove visite periodiche della qualità. Rappresenta il dipartimento nei rapporti con il direttore generale, sanitario ed amministrativo e con organismi esterni, gestisce e delega le risorse del dipartimento e svolge compiti previsti da regolamento aziendale
Ufficio LES	
Infermiere 1-2	In collaborazione con il team di medici, gestisce le notifiche di malattie infettive, l'eliminazione consapevole dei rifiuti, il controllo dei microrganismi alert nell'Azienda, i controlli igienico-sanitari tra i quali la derattizzazione e la disinfestazione, le richieste di materassini anti-decubito da assegnare ai reparti richiedenti.
Infermiere 3	In collaborazione con il team di medici, gestisce la continuità assistenziale di pazienti ricoverati all'interno dell'Azienda e gestisce i posti letto all'interno dei reparti
Infermiere 4	In collaborazione con il team di medici, si occupa delle visite della radioprotezione dei dipendenti che lavorano in zone a rischio radiologico.
Team di Medici	
Dr. 1	Gestisce le attività riferite al Dipartimento Oncologico su delega del Dir. Medico di Presidio, all'attività ambulatoriale e all'organizzazione del CUP aziendale. E' referente della Direzione Sanitaria per la Sala Operatoria; attiva nuove degenze in ortopedia. E' componente della commissione diagnostica di laboratorio
Dr. 2	Gestisce le attività riferite al Dipartimento Cardiotoracico, Vascolare, di Emergenza- Urgenza, Servizi Diagnostici, Scienze Neurologiche e Neurosensoriali su delega del Dir. Medico di Presidio, alla sterilizzazione, alle vaccinazioni, all'igiene ospedaliera applicata all'assistenza. E' componente del Comitato per le Infezioni Ospedaliere (CIO). Coordina l'attività di trasporto intraospedaliero e interaziendale.
Dr. 3	Gestisce le attività riferite al Dipartimento Materno- Infantile e Interaziendale Salute Mentale su delega del Dir. Medico di Presidio e alle tecnologie sanitarie. Gestisce i reclami. E' componente dei servizi ispettivi AOUS (Del Aziendale 74 del 25/02/2010)
Dr. 4	Gestisce le attività riferite al Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica, dell'igiene Ospedaliera Generale su delega del Dir. Medico di Presidio. Collabora con i fornitori dei materassi antidecubito e con le ditte di pulizie e del lavoletto
U.O.S. Ufficio Accreditamento e qualità dei percorsi assistenziali	
Dr. 5	Gestisce le attività riferite al Dipartimento di Medicina Interna e Specialistica su delega del Dir. Medico di Presidio. E' responsabile UOS Accreditamento e qualità dei percorsi assistenziali. Gestisce il Bad Management. E' componente del Comitato Ospedale senza Dolore. E' componente della Commissione Stress Lavoro- Correlato. E' nominato sostituto del Direttore Medico di Presidio in caso di assenza o di impedimento
Coordinatore	Svolge attività di collegamento con il vertice strategico. Svolge attività amministrativa e organizzativa. Programma le attività degli infermieri e garantisce il buon funzionamento dell'ufficio
Infermieri	Svolgono supporto nei percorsi di accreditamento e per i requisiti di esercizio (redazione del manuale della qualità)
Ufficio Cartelle Cliniche	
Coordinatore	Svolge attività di collegamento con il vertice strategico. Svolge attività amministrativa e organizzativa. Programma le attività del personale amministrativo e garantisce il buon funzionamento dell'ufficio
Amministrativi	Erogano servizi al cittadino che richiede la cartella clinica facendo attenzione a valutare se le copie coincidano con l'originale, provvedono a controllare ogni parte della cartella clinica consegnandola al Direttore Sanitario che provvederà a firmarla
Segreteria	
Coordinatore	Svolge attività di collegamento costante con il vertice strategico, svolge attività amministrativa e organizzativa. Programma le attività degli altri amministrativi e garantisce il buon funzionamento dell'ufficio
Amministrativi	Hanno un rapporto di staff con il Direttore Medico di Presidio e si occupano di prendere prenotazioni. Sono addetti al protocollo, organizzano riunioni, gestiscono i verbali e archiviano la posta in entrata e in uscita

Tab. 1. Funzionigramma DiMP

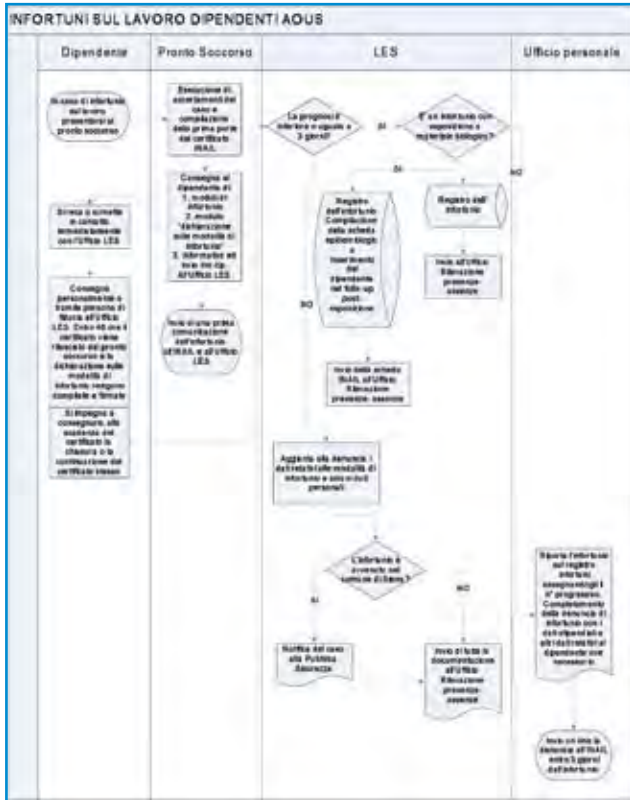


Fig. 3

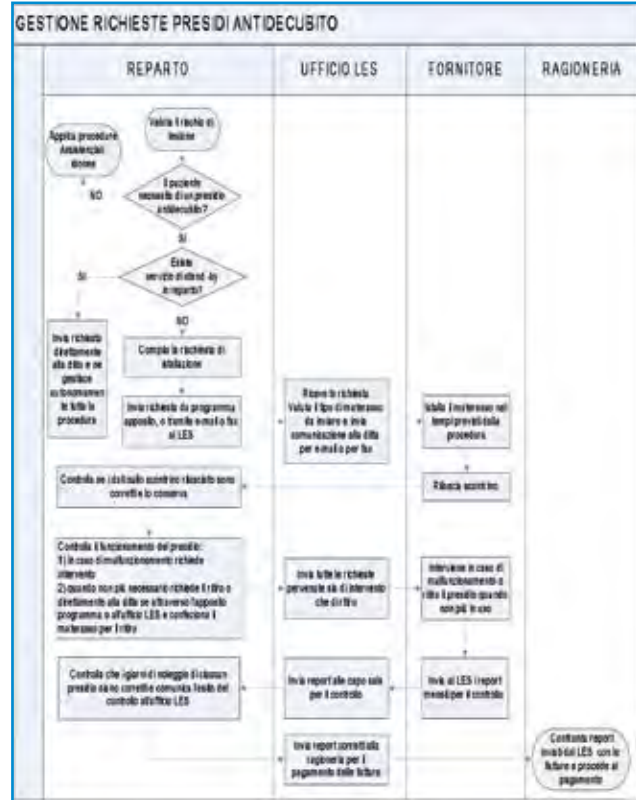


Fig. 4

consapevolezza maggiore di quelli che sono i propri compiti e quali di responsabilità altrui. E' molto utile anche per migliorare continuamente tali processi in rapporto con gli altri uffici della DiMP. Sono riportati di seguito i diagrammi di flusso che esplicitano le sequenze operative delle principali linee di attività dell'Ufficio. Ogni processo rappresentato precedentemente descrive quali sono gli input, quali gli output e quali i processi che servono per raggiungere tali output. Non descrive però quali sono le responsabilità che ciascun attore coinvolto svolge in tale processo. E' per questo motivo che si ha bisogno delle LRC (Linear Responsibility Chart) ovvero Mappe delle interfacce. A titolo esemplificativo viene riportato un esempio di LRC, che di fatto viene attuato per ogni singolo processo svolto all'interno dell'Ufficio LES. Nella tabella si può notare che ad ogni operatore è stata assegnata una lettera:

■ R: l'operatore che fa l'azione è responsabile in quel momento di quell'azione;

■ I: l'operatore in quella fase del processo è informato. A destra della tabella, sono stati rappresentati i simboli che si riferiscono all'uso di documentazione cartacea o informatica utilizzati durante le fasi del processo.

L'ANALISI ORGANIZZATIVA SECONDO H. MINTZBERG: LA PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA

Un'organizzazione può essere definita come un "complesso delle modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro in compiti distinti e quindi viene realizzato il coordinamento fra tali compiti". Inizialmente si definiva un'organizzazione adeguata quando si fondava su regole e su una rigida gerarchia di autorità con ampiezza di controllo non superiore a sei persone. H. Mintzberg invece afferma che un'organizzazione è composta da elementi che debbono essere scelti in modo da raggiungere un'armonia o una

coerenza interna e nel contempo anche una coerenza di fondo con la situazione dell'azienda⁵. Fare un'analisi dell'organizzazione ci è utile anche per la ricerca di un problema che può sorgere all'interno dell'organizzazione stessa. Il problema nasce da uno stato di insoddisfazione e conseguentemente si individueranno le risorse che tenderanno a ridurre o ad annullare questo stato. La ricerca dei problemi organizzativi non è di facile intuizione. Di norma, infatti, è più facile risolvere che trovare un problema perché nella prima attività le nostre funzioni intellettuali devono "reagire" a qualcosa; nella seconda dobbiamo invece "generare" questo qualcosa. Nella risoluzione del problema noi analizziamo e selezioniamo le informazioni; nella ricerca del problema dobbiamo generare le informazioni e creare il contesto in cui operare⁶. H. Simon (1969) afferma che l'essenza del management, come anche delle altre professioni, è caratterizzata dalla *progettazione*, cioè la capacità di modificare un sistema. Nel

SMALTIMENTO RIFIUTI PERICOLOSI				
	PERSONALE U.O.	DITTA MOVIMENTAZIONE RIFIUTI	LES	DITTA SMALTITRICE
MEDICINALI CITOTOSSICI E CITODIVIDICI E ANTIBIOTICI	<p>Chiusura dei contenitori</p> <p>Controllare della etichetta</p> <p>Etichettare con etichetta di rischio (se necessario)</p>	<p>Prelevare e trasportare il deposito temporaneo (deposito presso la U.O. o presso LES)</p> <p>Temperatura costante presso il capiente d'appalto</p>	<p>Controllare Etichetta</p> <p>Controllare il peso del contenitore (per la dose contenuta nel contenitore)</p>	<p>Prelevare dal deposito e trasportare verso il capiente d'appalto</p>
	<p>Evacuare opportunamente i rifiuti liquidi negli appositi contenitori</p> <p>Controllare periodicamente il livello dei contenitori e avvisare nel contenitore con etichetta di rischio</p> <p>1. Chiusura dei contenitori</p> <p>2. Apporre la etichetta predeterminata</p> <p>3. Avvisare il personale di rischio</p>	<p>Prelevare e trasportare il deposito temporaneo (deposito presso la U.O. o presso LES)</p> <p>Temperatura costante presso il capiente</p>		<p>Prelevare dal deposito e trasportare verso il capiente d'appalto</p>
ASPIRE TAGLIANTI CER 100100	<p>Chiusura dei contenitori</p> <p>2. Apporre la etichetta predeterminata</p> <p>3. Avvisare il personale di rischio</p>			
	<p>Chiusura dei contenitori</p> <p>2. Apporre la etichetta predeterminata</p> <p>3. Avvisare il personale di rischio</p>			
LIQUIDI DI FISSAGGIO E SVILUPPO CER 081010 E 081011	<p>Chiusura dei contenitori</p> <p>2. Apporre la etichetta predeterminata</p> <p>3. Avvisare il personale di rischio</p>		<p>1. Controllare periodicamente il livello dei contenitori</p> <p>2. Controllare il peso del contenitore</p>	<p>Prelevare dal deposito e trasportare verso il capiente d'appalto</p>
	<p>Chiusura dei contenitori</p> <p>2. Apporre la etichetta predeterminata</p> <p>3. Avvisare il personale di rischio</p>		<p>1. Controllare periodicamente il livello dei contenitori</p> <p>2. Controllare il peso del contenitore</p>	<p>Prelevare dal deposito e trasportare verso il capiente d'appalto</p>
FILTRI CAFFE ASPIRANTI CER 071011	<p>Chiusura dei contenitori</p> <p>2. Apporre la etichetta predeterminata</p> <p>3. Avvisare il personale di rischio</p>		<p>1. Controllare periodicamente il livello dei contenitori</p> <p>2. Controllare il peso del contenitore</p>	<p>Prelevare dal deposito e trasportare verso il capiente d'appalto</p>
	<p>Chiusura dei contenitori</p> <p>2. Apporre la etichetta predeterminata</p> <p>3. Avvisare il personale di rischio</p>		<p>1. Controllare periodicamente il livello dei contenitori</p> <p>2. Controllare il peso del contenitore</p>	<p>Prelevare dal deposito e trasportare verso il capiente d'appalto</p>

Fig. 5

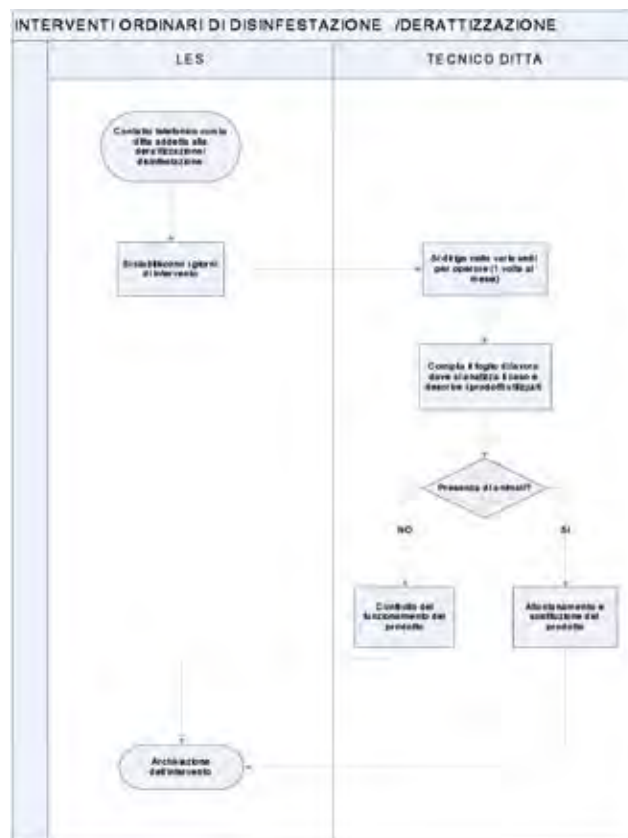


Fig. 6

caso di un'organizzazione, progettare implica il fatto di saper manovrare quelle leve che influenzano la divisione del lavoro ed i meccanismi di coordinamento, modificando in tal modo le modalità di funzionamento dell'organizzazione. A tal proposito H. Mintzberg individua dei parametri di progettazione organizzativa:

1. La progettazione delle posizioni individuali;
2. La progettazione della macrostruttura;
3. La progettazione dei collegamenti laterali;
4. La progettazione del sistema decisionale.

Successivamente cercheremo di analizzarli uno ad uno applicandoli alla Direzione Medica di Presidio - Ufficio LES.

1 La progettazione delle posizioni individuali

In questo ambito entrano in gioco tre parametri di progettazione: la specializzazione delle mansioni;

la formazione del comportamento nell'esecuzione della mansione, la formazione e l'indottrinamento richiesti dalla mansione. L'obiettivo è quello di assicurarsi che il titolare della mansione possieda il repertorio di comportamenti necessari per iniziare a svolgere il lavoro⁷. Sarà compito dell'organizzazione, successivamente, rafforzare tali comportamenti con una gamma di interventi di formazione ad hoc.

L'Ufficio LES dell'AOUS è un ufficio di piccole dimensioni composto da poco personale e facente parte del servizio più grande della Direzione Medica di Presidio. Come abbiamo già descritto precedentemente, è composto da un infermiere, un infermiere epidemiologo e due coordinatori. Secondo l'Analisi organizzativa di H. Mintzberg, si ha un allargamento delle mansioni verticalmente nell'Ufficio LES: il coordinatore effettivamente non coordina l'equipe di lavoro dal momento che, come si è spiegato prima, è costituita da pochi membri, ma fa capo

direttamente al Direttore Medico di Presidio. Gli uffici amministrativi, invece, sono costituiti da un maggior numero di persone fanno capo ad un medico/ infermiere coordinatore che media le informazioni tra il Direttore Medico di Presidio e i dipendenti nei vari uffici. All'interno dell'ufficio LES i compiti sono molto standardizzati e ogni lavoratore, in assenza del collega può sostituirlo in qualsiasi occasione. Il personale è quindi in grado di autogestirsi e di avere il controllo sul suo stesso operato sempre facendo riferimento, però, al Direttore Medico di Presidio. L'Ufficio è anche chiamato alla gestione/ redazione del Manuale della Qualità secondo la normativa UNI EN ISO 9000 (International Standard Organization). L'Ultimo manuale è stato redatto nel 2007, ma è in costruzione un nuovo dal momento che molte parti dell'organizzazione sono cambiate.

Per quanto riguarda la formazione, gli operatori sono continuamente informati, formati ed aggiornati sulle

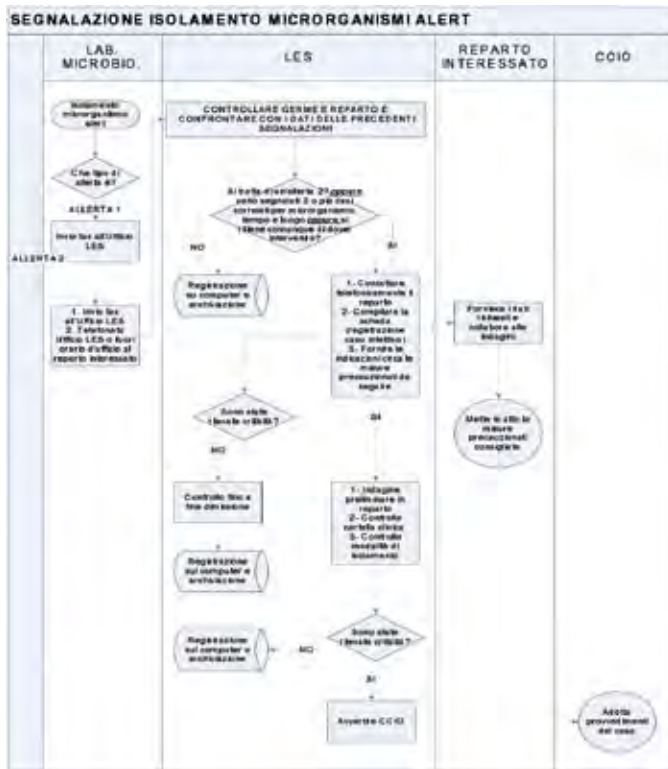


Fig. 7

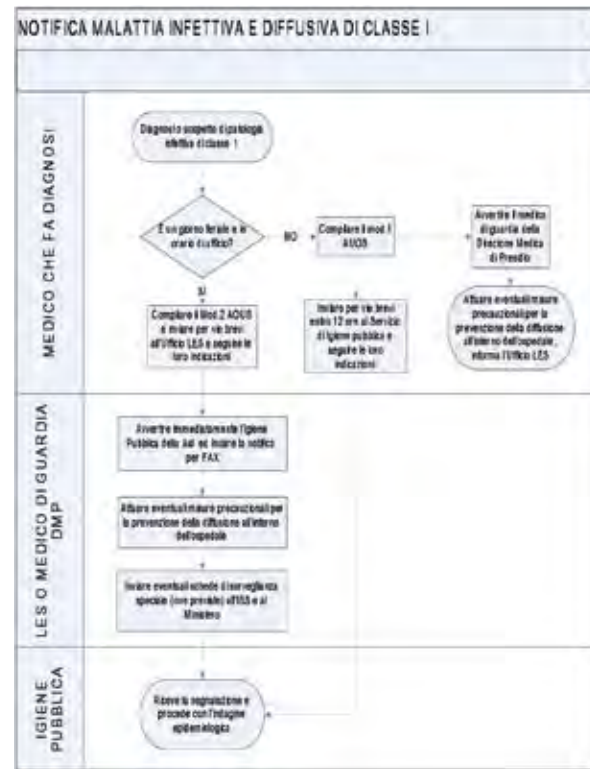


Fig. 8

nuove procedure, linee guida, checklist. Si organizzano periodicamente riunioni nelle quali si discute e si perfeziona l'organizzazione adottando adeguati strumenti di comunicazione e valutandone periodicamente lo stato di coinvolgimento e divulgazione attraverso comunicazioni interne, pubblicazioni sul server di rete e/o attraverso incontri di sensibilizzazione sull'andamento delle attività aziendali e sul loro miglioramento⁸.

Per quanto riguarda la comunicazione interna i componenti dell'Ufficio LES lavorano insieme e quindi comunicano liberamente in funzione delle attività giornaliere, periodicamente vengono chiamati dal Direttore Medico di Presidio per fare il punto della situazione.

Ogni anno si effettua un Riesame della Direzione durante il quale emerge l'andamento complessivo del Sistema in rapporto agli obiettivi prefissati e riguardanti la soddisfazione dei clienti, la conformità degli strumenti realizzati per l'analisi dei processi, lo stato delle azioni correttive e preventive e le eventuali modifiche da apportare

per migliorare un servizio di qualità, tale riesame è collegato agli obiettivi di budget della DMO.

I dipendenti della DiMP e dell'Ufficio LES sono chiamati a partecipare a programmi formativi e conferenze sulla gestione delle malattie infettive non organizzati però all'interno dell'Azienda e dell'Azienda stessa, ma da agenzie formative esterne. Gli stessi operatori insegnano a corsi universitari e non, avendo tutti una formazione di tipo universitario, vengono chiamati a collaborare costantemente con la Tecnostruttura per favorire un rapporto continuo e agevolato con reparti e fornitori tramite programmi ad hoc sulla gestione di presidi da adottare nei reparti.

Una volta programmate le posizioni individuali, si procederà alla progettazione della macrostruttura.

2 La progettazione della macrostruttura

Il secondo parametro di progettazione è la macrostruttura. Per costruire un organigramma che sia in grado di identificare al meglio la struttura

di un servizio, si deve provvedere ad un raggruppamento in unità. Il raggruppamento delle posizioni in unità è un parametro di progettazione organizzativa attraverso il quale viene inserito nell'organizzazione il meccanismo del coordinamento costituito dalla supervisione diretta⁹ insieme con il meccanismo dell'adattamento reciproco per far in modo che le posizioni che ne fanno parte collaborino tra di loro e condividano risorse ed obiettivi comuni. Questo stile di coordinamento favorisce la comunicazione tra i membri e l'interdipendenza delle attività tra di essi. I due tipi di coordinamento rappresentano la base per un terzo tipo di meccanismo di coordinamento: la standardizzazione degli output fornendo agli attori di processo obiettivi comuni anche se i mezzi per raggiungerli sono diversi. L'Ufficio LES, come si può notare nell'Organigramma (Fig.1) ha l'apice composto da una sola persona: il Direttore Medico di Presidio che rappresenta l'autorità formale ed ha la responsabilità di tutta la Direzione Medica di Presidio. Il meccanismo

LRC: INFORTUNI SUL LAVORO DIPENDENTI AOUS						
AZIONI	DIPENDENTE	PRONTO SOCCORSO	MEDICO LES	INF. LES	UFF. PERSONALE	DOCUMENTAZIONE
In caso di infortunio sul lavoro presentarsi al Pronto Soccorso	R					
Emersione di infortunati dal caso e compilazione della parte prima del certificato INAIL		R				Compilazione parte prima certificato INAIL
Conteggio di dipendenti del 1° in ordine di infortunio 2) in ordine di infortunio nella modalità di infortunio 3) in ordine di infortunio del dipendente LES		R				Compilazione dei moduli
Invio di una prima comunicazione dell'infortunio all'INAIL e all'ufficio LES		R	I	I		Invio dell'infortunio
Il caso va in pratica in contatto con l'ufficio LES	R					
Conteggio dei moduli all'ufficio LES. Entro 30 ore il certificato viene rilasciato dal pm e viene consegnato e firmato la dichiarazione di infortunio.	R		I	I		
Il registro dell'infortunio.			I	R		
Invio all'Ufficio di compilazione pratica infortunio			I	R	I	
Il registro dell'infortunio, compilazione delle schede epidemiologiche, invio sotto al dipendente nel follow-up post-infortunio			I	R		Invio dell'infortunio
Invio della scheda INAIL all'Ufficio di compilazione pratica infortunio			I	R	I	Compilazione della scheda INAIL
Aggiornamento della denuncia i dati relativi alle modalità di infortunio e situazione del lavoratore			R	I	I	
Il modulo del caso alla pratica infortunio			I	R		Compilazione della scheda
Invio di tutto la documentazione all'Ufficio di compilazione pratica infortunio			I	R	I	Compilazione form INAIL
Il registro dell'infortunio nel registro infortunio assegnato agli uffici per la prevenzione. Compilazione della denuncia di infortunio con i dati epidemiologici ed altri relativi al dipendente infortunato			I		R	Registrazione nel "registro infortunio"
Invio di tutto la documentazione all'INAIL, entro 3 giorni dall'infortunio			I	I	R	Invio all'INAIL

Fig. 9

di coordinamento in questo caso è la supervisione diretta. Il Direttore Medico di Presidio quindi alloca le risorse, emette ordini di lavorazione, autorizza le decisioni più importanti da prendere, risolve conflitti e definisce l'organizzazione controllando la performance dei dipendenti, ricompensandoli e motivandoli. L'ampiezza di controllo del Direttore Medico di Presidio è notevole perché tutti gli uffici della DiMP devono far riferimento a tale figura anche se molti uffici hanno coordinatori, che mediano le informazioni. Andando ad osservare l'Ufficio LES nel particolare, invece, è rilevante il meccanismo di coordinamento dell'adattamento reciproco dato che la numerosità del servizio è molto bassa. Con questo

meccanismo di coordinamento ogni compito è gestito dagli stessi operatori che non hanno una figura di collegamento con il vertice strategico ma si relazionano direttamente con esso. L'Ufficio LES quindi ha un ampio margine di scelta di gestione ma è regolato da protocolli aziendali. Ne consegue il fatto che i processi di lavoro eseguiti dagli operatori all'interno dell'ufficio LES sono molto standardizzati. La Direzione Medica di presidio è stata raggrupata, seguendo la classificazione di H.Mintzberg in base agli output.

3 La progettazione dei collegamenti laterali

Dopo aver determinato le posizioni individuali in un servizio e aver co-

struito una macrostruttura, si provvederà a determinare i collegamenti laterali. Due gruppi principali di collegamenti laterali hanno formato oggetto di ampia letteratura contemporanea in tema di progettazione organizzativa: si tratta di sistemi di pianificazione e controllo che standardizzano gli output, da un lato, e dei meccanismi di collegamento che pongono le basi dell'adattamento reciproco dall'altro¹⁰.

L'Ufficio LES è un'unità funzionale dipendente dal Dipartimento della Direzione Medica di Presidio, mantiene un proprio centro di costo rientrando comunque all'interno del budget dell'Azienda ed ha un proprio centro di responsabilità. La negoziazione del budget, che rappresenta lo strumento principale di programmazione, è gestito direttamente dal Direttore Medico di Presidio. All'interno del budget vengono raccolti e gestiti gli obiettivi dell'Azienda e le attività da svolgere. Ogni attività svolta dal servizio viene raccolta su programmi al computer o su registri cartacei che valutano l'attività del servizio. Alla fine dell'anno o mensilmente si provvede a realizzare un resoconto di quanta attività è stata svolta, in modo tale da valutare il grado di produttività del servizio e la performance degli operatori. Per quanto riguarda i meccanismi di collegamento, si utilizzano i comitati temporanei: gruppi di persone facente parte anche dell'ufficio LES che sono chiamate a riunirsi periodicamente per affrontare problemi di tipo gestionale, organizzativo e riguardanti l'attuazione delle nuove procedure che andrebbero a modificare positivamente l'organizzazione del servizio.

Dopo aver stabilito le posizioni individuali, la macrostruttura e i collegamenti laterali, si andrà ad analizzare la progettazione del sistema decisionale che rappresenta l'ultimo parametro di progettazione dell'organizzazione sistemica dell'Ufficio.

4 La progettazione del sistema decisionale

L'ultimo parametro di progettazione organizzativa secondo H. Mintzberg è la progettazione del sistema decisionale. In un'organizzazione prendere decisioni è importante ma anche molto complicato. Quando il potere di assumere decisioni risiede in una sola persona si parla di struttura accentrata; quando, invece, risiede in molte persone si parla di struttura decentrata. Con una struttura accentrata si hanno decisioni vincolanti e il coordinamento è implementato dalla supervisione diretta. Con una struttura decentrata, il potere decisionale risiede in un centro di comando costituito da più manager che prendono decisioni. Questa struttura è utile quando sono molte le decisioni da prendere, sono molto complesse e richiedono una certa formazione professionale. Il decentramento favorisce anche la motivazione del personale. La motivazione è fondamentale nelle attività manageriali perché non solo genera consensi ma può aumentare considerevolmente la produttività.

Il potere di prendere decisioni all'interno dell'Ufficio LES e nella Direzione Medica di Presidio è affidato al Direttore Medico di Presidio. Il potere, quindi, è accentrato ma non in senso stretto. Il Direttore Medico di Presidio, infatti, delega al team di medici e all'Ufficio LES i diversi processi che da solo non potrebbe svolgere, ma i compiti propri del direttore come la negoziazione del budget, la programmazione sanitaria, l'adeguatezza dei processi organizzativi e i compiti previsti da regolamento aziendale, rimangono sotto il suo controllo. La delega è uno strumento che mira ad ottenere una maggiore rapidità dei processi decisionali, un più accentuato coinvolgimento dei dipendenti e una migliore qualità del lavoro di tutti¹¹. Ne consegue il fatto che, il dirigente che vi fa ricorso, risparmia tempo ed energie occupandosi in tal modo di altri compiti. Il delegato ha la possibilità di operare scelte diver-

se in autonomia e di variare la sua tipologia di lavoro con un possibile incremento della professionalità. Gli elementi essenziali che concorrono a costruire un processo di delega sono: la responsabilità ultima (il delegante mantiene la responsabilità ultima, nonché di creare una serie di condizioni affinché il lavoro sia portato a termine nel modo dovuto e gli obiettivi siano stati raggiunti), la responsabilità (il delegante deve fornire al delegato la possibilità di prendere decisioni e di intraprendere azioni unita alla responsabilità di ottenere determinati risultati), la valutabilità (il delegato è soggetto a valutazione per i risultati che otterrà e per le azioni che svolgerà per eseguire il compito). Il dirigente a sua volta è valutato da un organismo gerarchicamente superiore riguardo i risultati conseguiti. In questo caso, come direbbe H. Mintzberg si parla di *decentramento selettivo verticale*. Al team di medici, infatti, sono assegnati dipartimenti presenti nell'Azienda da gestire.

Nel contempo il team di Medici collabora con l'Ufficio LES per quanto riguarda la gestione dei rifiuti, la gestione dei materassi anti-decubito, la continuità assistenziale, il controllo igienico-sanitario e gli infortuni dei lavoratori, come si può notare dal Funzionigramma (Tab. 1, Fig. 2).

CONCLUSIONI

L'Ufficio LES come la DiMP è strutturato adeguatamente e l'intera équipe collabora per il raggiungimento della buona qualità del servizio.

Il cambiamento di organizzazione e di strutturazione dei servizi ha portato delle novità che non devono essere sempre negative come lo si potrebbe considerare in maniera superficiale. I cambiamenti, le destrutturazioni sono positive in quanto portano a delle modifiche di pensiero e fanno in modo che le persone coinvolte tendano a cambiare i loro comportamenti per tornare allo stato di stabilità a cui ogni essere umano tende. La stabilità dà

sicurezza ma non sempre dà la possibilità di migliorare e di crescere.

Il compito di ogni responsabile è quello di accompagnare i dipendenti che sono costretti ad affrontare il cambiamento affinché la destrutturazione porti ad una ricostruzione, in base ai valori propri dell'Azienda, che abbia come vision la crescita dei componenti e dell'organizzazione nel suo insieme, nel suo sistema.

La Direzione Medica di Presidio deve essere una struttura dinamica che, pur nella costanza delle sue funzioni di base, adatti la sua organizzazione al contesto istituzionale e agli assetti variabili della Azienda in cui è collocata. Il processo di adattamento alle trasformazioni organizzative investe tutto il personale che vi opera nel rispetto della differente graduazione delle posizioni; infermieri, amministrativi e medici sono chiamati a collaborare per la migliore riuscita di questo processo di adattamento.

BIBLIOGRAFIA

^{1,11} Calamandrei C., Orlandi C., "La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali". Edizione Mc Graw-Hill, Milano, 2002;

² <http://www.ao-siena.toscana.it/> (15/05/2012);

³ Regione Toscana, "La guida alla salute. Anno 2009";

^{4,8} Azienda Ospedaliera Universitaria Senese "Manuale della qualità della Direzione Medica di Presidio- Azienda Ospedaliera Senese "Le Scotte", 2007;

^{5,10} Mintzberg H., "La progettazione dell'organizzazione aziendale". Edizione Il Mulino, Bologna, 1985;

⁶ Galgano A. "I sette strumenti della qualità totale. L'approccio qualitativo ai problemi", Edizione Il Sole 24 ore, Milano, 1994;

^{7,9} Pignatto A., Regazzo C., "Organizzazione e qualità nei servizi socio-sanitari", Edizione Carocci Faber, 2011.

Progetto di Bed Management in Ospedale regionale di Aosta; risultati a un anno di follow-up

Riassunto

L'Ospedale regionale di Aosta dista circa 70km dal presidio più vicino, il che rende di fatto impossibile il trasferimento altrove di pazienti acuti che necessitano di ricovero ospedaliero; da ciò è invalsa negli anni la necessità a ricoverare fuori reparto pazienti provenienti da Pronto Soccorso, con le difficoltà che è facile immaginare. Nel tentativo di governare la materia è stato attivato da gennaio 2012 un sistema di gestione dei posti letto (Bed Management, BM), in capo alla Direzione Sanitaria ospedaliera e caratterizzato da 1- facoltà di ricovero per il Pronto Soccorso indipendentemente dalla disponibilità del letto nel reparto prescelto 3- ricerca letto a carico dello specialista designato, in caso di difficoltà con il supporto del team di BM 3- maggiore governo della continuità assistenziale nel tentativo di ridurre numero e durata dei lungodegenti. Nel 2012 si è osservato miglioramento del clima professionale e, a confronto con il 2011: tasso di ricovero da PS +4,3%, degenza media -4,8%, occupazione media -5,5%, dimessi +0,7%, giornate outlier -21,7%, ricoveri > 23 giorni -13,8%, ricoveri ripetuti entro 30 giorni +9,5%, ricoveri < 48 ore +3,8%, presi in carico dal servizio sociale +29,9%. Il modello proposto è coerente, efficace su alcuni indicatori e soprattutto assicura brevi permanenze in Pronto Soccorso, con molto minore disagio e rischio per il paziente. Non è tuttavia sufficiente a rispondere alla domanda complessiva di assistenza ospedaliera, che necessita di migliore integrazione territoriale, con particolare riguardo alla popolazione anziana.

Roberto Novati*, **Chiara Galotto***, **Adriano Gorraz***, **Gianluca del Vescovo***, **Larry Colliard****, **Pamela Lale-Demoz****, **Francesco Arnoletti*****

*Direzione Sanitaria ospedaliera,

** Servizio sociale ospedaliero,

*** Direttore Sanitario aziendale, Azienda USL Valle d'Aosta.

PAROLE CHIAVE:

Bed management, degenza media, gestione, posti letto

INTRODUZIONE

Il non governo dei flussi paziente in Ospedale ha effetto su tutte le fasi del ricovero, in modo molto visibile sui tempi d'attesa in Pronto Soccorso, ma in misura altrettanto importante sulla degenza media e su altri indicatori di attività (1); è ben noto che sovrappollamento, degenza prolungata in Pronto Soccorso e ritardo di dimissione accrescono il rischio clinico (2) con un focus più recente sul rischio

aumentato di infezioni ospedaliere (3). A ciò si somma il grave disagio subito da pazienti familiari e lavoratori esposti a un ambiente inidoneo, a volte pericoloso e altamente conflittuale. Da qualche anno il problema si sta aggravando, per numerosi motivi, in primis la sovrapposizione del continuo calo dei posti letto per acuti con l'aumento percentuale di popolazione anziana generale e dipendente (4), il tutto nell'attesa di strategie complessive di assistenza all'anzi-

no dipendente e/o pluripatologico, anche se sono in corso interessanti esperienze regionali (5). Con l'obiettivo di gestire i flussi ospedalieri di pazienti alla luce dei contesti succitati iniziano dunque a diffondersi anche nel nostro paese tentativi di governo dei flussi paziente in Ospedale, il cosiddetto Bed Management (BM) (6); si tratta di un insieme di funzioni e attività, per ora scarsamente codificate, parte a loro volta di un sistema ad elevata complessità e multifattoriale; la scarsa letteratura disponibile è prevalentemente descrittiva e soprattutto avara di risultati, anche se la funzione è sperimentata da almeno dieci anni in Gran Bretagna, dove costituisce un ruolo tipicamente infermieristico (7). In Ospedale regionale di Aosta nel 2011 è stata decisa l'adozione di un regolamento di BM con le funzioni ad esso correlate, a seguito del peggioramento dei flussi paziente attraverso l'Ospedale, aggravato dal fatto che l'Ospedale per ragioni geografiche non può di fatto trasferire altrove pazienti di Pronto soccorso destinati al ricovero; gli obiettivi principali del BM nel nostro ospedale sono il miglioramento dei flussi paziente in entrata da Pronto Soccorso e in uscita verso il territorio, con un focus particolare verso i lungodegenti sociali. Obiettivo del presente studio è stata la valutazione di impatto del regolamento su un set di indicatori di attività ospedaliera a un anno dall'introduzione del Bed Management in Ospedale regionale di Aosta.

SETTING E METODI

L'Ospedale regionale è l'unica struttura di ricovero per acuti in regione Valle d'Aosta (eccezion fatta per un

reparto di ortopedia di 16 posti letto all'interno di una struttura privata accreditata), dista circa 70km dall'Ospedale più vicino (Ivrea), serve una popolazione di circa 127.000 residenti nel 2012, con ampie variazioni in stagione turistica. L'Ospedale dispone di 432 posti letto in regime di ricovero ordinario più altri 52 in regime di Day Hospital, articolati su quattro strutture e otto dipartimenti clinici. Sono presenti le principali specialità medico chirurgiche (ad eccezione di cardiocirurgia e neurochirurgia degenza) e un DEA di secondo livello (8). Sul territorio regionale sono poi presenti due RSA per complessivi 41 posti letto e una fitta rete di più di 40 micro comunità residenziali ripartite su tre livelli di complessità assistenziale, gestite dalle comunità montane, per circa altri mille posti disponibili. I contenuti del progetto di Bed Management sono stati collegialmente discussi tra Direzione Medica di Presidio (DMP), Direttori di Dipartimento e Direzione Strategica nel corso del 2011 e hanno esitato in un *-Regolamento per una appropriata gestione dei posti letto in ospedale-*, reso esecutivo con delibera del Direttore Generale dal primo gennaio del 2012; il varo del regolamento è stato preceduto dalla sua presentazione, cui sono stati invitati tutti i primari e i coordinatori infermieristici dell'Ospedale. La funzione di Bed Manager è stata assegnata alla DMP; la squadra dedicata, ovviamente non in esclusiva, comprende il Direttore medico, un dirigente medico, un Coordinatore infermieristico e un infermiere esperto, ed è completata per quanto di competenza dal Servizio sociale ospedaliero (due risorse); di notte il sabato e nei festivi la funzione è svolta dal medico reperibile di DMP. I punti salienti del regolamento sono riassunti nell'algoritmo di Figura 1 e in Tabella 1.

Da notare che il modello si regge sul ricovero fuori reparto dei pazienti, secondo il flusso logico dipartimento>area> ospedale, il ri-

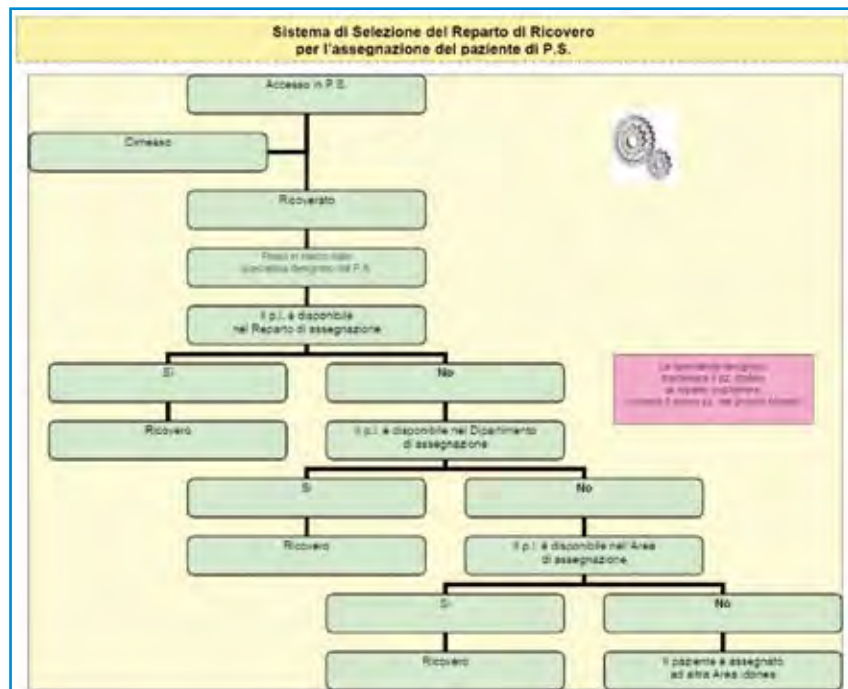


Figura 1. Algoritmo di ricovero

1. Il Pronto Soccorso decide del ricovero e decide il reparto di destinazione del paziente, dandone avviso allo specialista di riferimento.
2. Lo specialista di riferimento accoglie il paziente in reparto in caso di disponibilità del posto letto.
3. Se il posto letto in reparto non è disponibile lo specialista ricerca il letto dapprima all'interno del dipartimento, successivamente all'interno dell'area di appartenenza, da ultimo in tutto l'Ospedale.
4. In tutti i casi il tempo di permanenza in PS del paziente di cui è stato deciso il ricovero non deve superare i sessanta minuti.
5. Il paziente eventualmente ricoverato fuori reparto resta in carico al reparto assegnatario.
6. Il team di BM è a disposizione h24 per le eventuali difficoltà relative ai punti da 1 a 4.
7. La procedura di trasferimento fuori valle è avviata per specialità non presenti in Ospedale regionale (ad esempi cardiocirurgia e centro grandi ustionati) e in caso di indisponibilità di letti in area critica.

Tabella 1. Flusso pazienti in entrata da Pronto Soccorso

schio correlato è di ricoverare nel breve periodo più pazienti acuti provenienti da PS in reparto non di appartenenza, con disagio assistenziale e aumentato rischio clinico. A tal fine nei periodi a maggiore occupazione alcuni reparti quotidianamente cercano di anticipare con il supporto del team di BM il trasferimento fuori reparto di un numero congruo di

pazienti clinicamente stabili, al fine di liberare uno più posti letto per i presumibili ricoveri da PS. Tale attività avviene tipicamente in fascia pomeridiana, con l'obiettivo di disporre di letti liberi per la notte. Non ultimo, il servizio sociale gestisce un file dei casi assistiti, condiviso con tutti i componenti del team. Nel modello descritto il team di BM ha un ruolo

- giro ospedaliero quotidiano e analisi di contesto
- supporto telefonico H 24
- monitoraggio continuo dei flussi
- supporto alla gestione dei lungodegenti sociali
- reportistica quadrimestrale analitica alla Direzione e ai dipartimenti

Tabella 2. Funzioni del team di Bed Management in capo alla DMP

	2008	2009	2010	2011	2012
degenza media	7,8	8,1	8,2	8,3	7,9
occupazione media	79,7	80,9	82,3	81	76,5
dimessi OR	16099	15265	15748	15688	15803
di cui deceduti (%)	3,3	3,7	4	4,2	4,2
ricoveri ripetuti entro 30gg	8,9	8,1	8,6	8,4	9,2
età media	52,3	52,3	52,7	52,5	53,15
giornate outlier (%)	4,21	10,57	10,88	12	9,4
ricoveri lunghi (15-23 gg, in %)	7,5	8	7,6	7,1	7,2
ricoveri molto lunghi (> 24 gg, in %)	4,9	5,5	5,6	5,8	5
accessi pronto soccorso	nd	nd	51.489	53.051	53.919
tasso di ricovero da PS	nd	nd	16,9	16,4	17,1
ricoveri molto brevi (24-48 ore), in %	21,2	21,7	20,8	20,9	21,7
posti letto medi ordinari	422	419	416	422	431
giornate di degenza	122480	123673	124892	124746	120347
indice di rotazione	37,3	39,5	36,7	35,8	35,4
intervallo di turnover	1,99	1,91	1,8	1,9	2,4

Tabella 3. Andamento degli indicatori di attività ospedaliera, 2008-2012, tutto l'Ospedale

	2008	2009	2010	2011	2012
degenza media	11	11,7	11,9	12	11,3
occupazione media	94,2	94,5	92,7	93,2	92,3
dimessi OR	5849	5524	5615	5742	6049
di cui deceduti (%)	7,2	8	9,1	9,8	8,8
ricoveri ripetuti entro 30gg	12	11,4	12,6	12,5	13,6
età media	68,4	69,5	69,6	69,8	69,9
giornate outlier (%)	5,5	14	14,4	16,27	12,6
ricoveri lunghi (15-23 gg, in %)	12,4	13,6	14,5	13,1	13,3
ricoveri molto lunghi (> 24 gg, in %)	9,9	11,3	12	11,8	10,3
ricoveri molto brevi (24-48 ore), in %	10,1	10,7	10,7	9,85	11,24
posti letto medi ordinari	191	193	203	207	208
giornate di degenza	65585	66563	68761	70762	70257
indice di rotazione	31,2	29,4	28,4	28,4	29,9
intervallo di turnover	0,7	0,7	0,9	0,9	0,9

Tabella 4. Andamento degli indicatori di attività ospedaliera, 2008-2012, area Medica

di supporto e monitoraggio, schematizzato in Tabella II; il monitoraggio quotidiano si basa sulla lettura dell'applicativo gestionale Trackare, che oltre alla visione delle presenze per reparto, consente rapidamente le analisi di flusso utili al contesto, quali ad esempio pazienti entrati/usciti nella settimana in un reparto, eventualmente da presentare e discutere con gli interessati. L'analisi periodica si basa invece sulle statistiche disponibili in Intranet aziendale e sono state riferite ai Direttori di Dipartimento nel corso di tre incontri nel 2012, a cadenza circa quadrimestrale. Da notare che nelle statistiche sono inclusi anche gli indicatori relativi all'Hospice (8 posti letto) e alla lungodegenza geriatrica (28 posti letto), che fanno media all'interno dell'area medica.

Gli indicatori analizzati per il bilancio annuale, oggetto del nostro studio, sono stati i seguenti:

- degenza media
- occupazione media
- numero dimessi da ricovero ordinario
- dimessi deceduti
- ricoveri ripetuti entro 30gg
- età media
- giornate outlier (%)
- ricoveri lunghi (15-23 gg, in %)
- ricoveri molto lunghi (> 24 gg, in %)
- accessi pronto soccorso
- tasso di ricovero da PS
- ricoveri molto brevi (24-48 ore, in %)
- posti letto medi ordinari
- giornate di degenza
- indice di rotazione
- intervallo di turnover

Ad eccezione degli accessi in e del tasso di ricovero da PS i dati sono stati analizzati non solo nel 2012 a confronto con il 2011 ma per tutto il quinquennio 2008-2012, con l'obiettivo di valutare l'eventuale impatto del modello proposto all'interno di un lungo periodo di osservazione delle attività ospedaliere. Le attività del Servizio sociale sono state valutate come numero di soggetti presi

in carico e come tasso di ricovero ripetuto precoce nei pazienti dimessi sociali, stratificato per destinazione. Infine, come indicatore proxy del clima professionale abbiamo valutato l'andamento delle chiamate al reperibile di DMP, mentre è da sottolineare che l'intero progetto è stato condotto in isorisorse e a costo zero.

RISULTATI

La tabella III riassume i risultati della sperimentazione del modello nel 2012 a confronto con il trend dal 2008 per gli indicatori considerati. Le tabella IV e V descrivono gli stessi trend per area medica e chirurgica, rispettivamente; non sono descritte le performance di area critica e di area materno-infantile, che seguono come è noto altre logiche. A livello ospedaliero si notano, oltre all'aumento inesorabile dell'età media dei pazienti (gli ultra sessantacinquenni sono passati dal 40,7% dei ricoveri nel 2011 al 41,4% nel 2012), i migliori valori dal 2009 per quanto riguarda degenza media (e relativo minor numero di giornate di degenza con aumento dell'intervallo di turnover), occupazione (valore più basso dei cinque anni considerati), dimissioni, ricoveri superiori ai 24 giorni e per-

	2008	2009	2010	2011	2012
degenza media	6,53	6,6	6,4	6,3	5,8
occupazione media	73,5	76,9	82,1	78,7	65,6
dimessi OR	5430	5226	5189	4945	4736
di cui deceduti (%)	0,5	0,4	0,38	0,4	0,5
ricoveri ripetuti entro 30gg	7,6	6,6	6,7	6,2	6,5
età media	57,5	57,8	58,3	58,2	59
giornate outlier (%)	2,93	7,63	6,6	5,7	4,19
ricoveri lunghi (15-23 gg, in %)	7	7,1	5,4	5,2	5,3
ricoveri molto lunghi (> 24 gg, in %)	3,1	3,2	2,9	3,6	2,7
ricoveri molto brevi (24-48 ore), in %	28,7	28,4	28,1	30,5	31,7
posti letto medi ordinari	132	125	113	110	118
giornate di degenza	35597	35095	34010	31837	28136
indice di rotazione	41,1	42,6	47	45,5	40,9
intervallo di turnover	2,35	1,98	1,39	1,7	3,07

Tabella 5. Andamento degli indicatori di attività ospedaliera, 2008-2012, area Chirurgica

centuale di giornate outlier. Fanno da contraltare la percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni, che ha fatto registrare nel 2012 il dato più elevato del quinquennio, e il tasso di ricovero da Pronto Soccorso, in salita anche se il dato è disponibile dal 2010. In area Medica (Tabella IV) gli andamenti sono sovrapponibili ma le differen-

ze sono più spiccate per quasi tutti i parametri indagati, in particolare è evidente forte calo percentuale delle giornate outlier e i valori più alti dal 2008 di ricoveri ripetuti a trenta giorni e di ricoveri molto brevi (24-48 ore); anche l'area chirurgica, che ricovera maggiormente in elezione e dunque teoricamente meno coinvolta

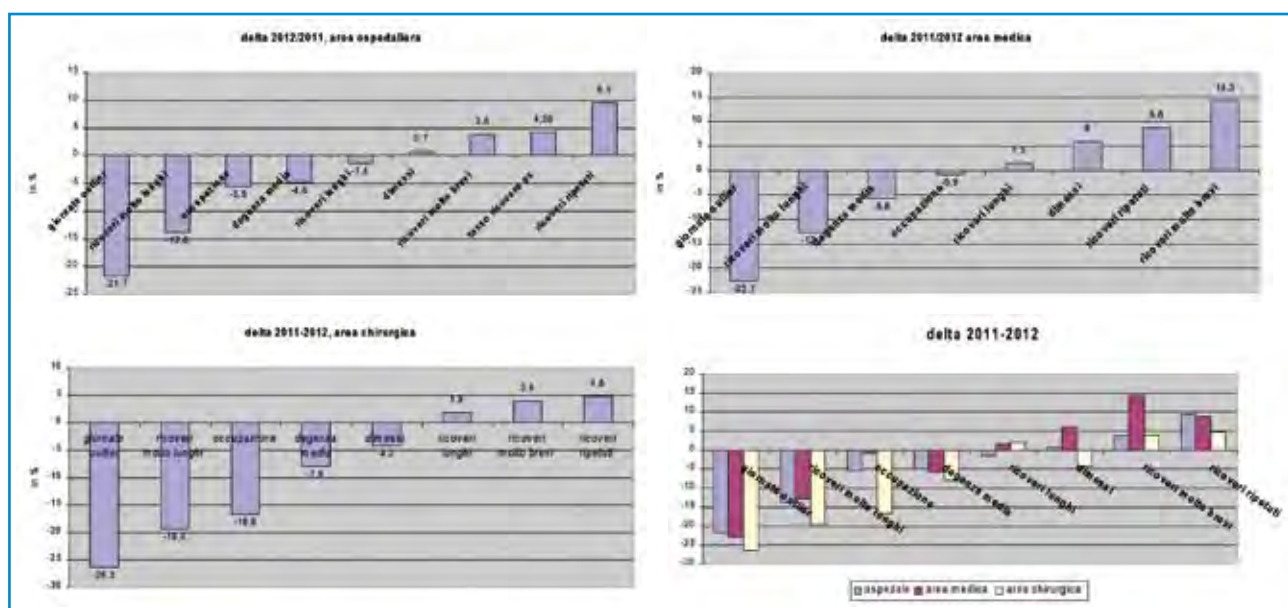


Figura 2. Confronto 2012-2011

Tutti i casi	dopo uvmd	da rsa	da domicilio	da strutture residenziali	da geriatria	da ortopedia	medicina	ricoveri ripetuti tardivi (>30 gg)
19,60%	19%	18,20%	19,20%	20%	16,25%	11,80%	20,10%	24,75%

Figura 3. Pazienti dimessi dopo intervento del servizio sociale ospedaliero: percentuale di ricoveri ripetuti precoci e tardivi, stratificata per destinazione, anno 2012.

Tipologia di dimissione	Ricoveri ripetuti precoci, in %
■ Tutti casi	19,6
■ Pazienti dimessi dopo UVMD*	19
■ In RSA	18,2
■ In ADI	19,2
■ In micro comunità	20
■ Dal reparto di geriatria	16,2
■ Dal reparto di ortopedia	11,8
■ Dal reparto di medicina	20,1
■ Ricoveri ripetuti tardivi (>30gg), tutte le destinazioni	24,7

*UVMD: Unità di Valutazione Multi Disciplinare

Tabella 6. Pazienti dimessi dopo intervento del servizio sociale ospedaliero: percentuale di ricoveri ripetuti precoci e tardivi, stratificata per destinazione, primo semestre del 2012 (n: 498).

giorni dalla segnalazione	percentuali dimessi	numero
0-7	33%	185
8-14	28%	160
15-30	25%	145
31-60	11%	65
>60	3%	18

Tabella 7. Tempi di dimissione dei casi sociali, anno 2012

dal progetto, ha registrato variazioni negli indicatori coerenti a quanto osservato a livello ospedaliero (Tabella V), distinguendosi rispetto all'area medica per un più forte calo dell'occupazione media (teoricamente slegato dal modello) e l'aumento trascurabile dei ricoveri ripetuti a 30 giorni.

Per quanto riguarda l'impatto possibile dell'introduzione del modello abbiamo confrontato alcuni tra gli indicatori proposti nel 2012 versus il 2011; i risultati sono riassunti in Figura 2, anche in questo caso aggregando per Ospedale, area medica e area chirurgica; spiccano il notevole calo percentuale delle giornate outlier e dei ricoveri molto lunghi (>23 giorni), in misura minore di occupazione media e degenza media, con interessanti differenze tra area medica e chirurgica. A contraltare di quanto sopra

dall'introduzione del modello abbiamo osservato aumento del tasso di ricovero da Pronto Soccorso (+4,26% su base annua) e soprattutto dei ricoveri ripetuti a 30 giorni, cresciuti nel 2012 del 9,5% a livello ospedaliero. Si osserva anche aumento dei ricoveri molto brevi, tuttavia disomogeneo, con netta preponderanza in area medica (+14,3% nel 2012 rispetto al 2011 contro il +3,9 in area chirurgica). Il servizio sociale nel corso del 2012 ha seguito 908 pazienti, con un trend in ascesa trimestrale continua e un aumento complessivo del 29,9% rispetto al 2011 (699 casi); la percentuale di pazienti ultra sessantacinquenni in carico al servizio sociale è salita dal 10,9% nel 2011 al 13,8% nel 2012. Da notare che ben il 14%, dei pazienti segnalati al servizio sociale è deceduto in Ospedale prima della dimissione, a

significare la complessità e ancor più la gravità clinica del carico sociale nel nostro Ospedale. La destinazione più frequente dei casi segnalati è stata il domicilio (45% dei pazienti), seguito dalle due RSA, che hanno accolto il 21% dei casi. La percentuale di ricoveri ripetuti precoci (entro trenta giorni) nel sottogruppo di pazienti dimessi dopo presa in carico del servizio sociale è del 19,2%, ed è singolarmente omogenea tra le diverse modalità di destinazione, mentre differisce a seconda dei reparti che hanno seguito la maggior parte di questi casi, geriatria, medicina e ortopedia (valutazione su sei mesi, Tabella VI); abbiamo inoltre potuto valutare i tempi di attesa dal giorno della valutazione alla dimissione, riassunti in Tabella VII. Infine, nel corso del 2012 rispetto quantomeno al biennio precedente abbiamo registrato un evidente miglioramento del clima ospedaliero, con riduzione dei conflitti tra reparti e pronto soccorso e tra i diversi reparti; quale indicatore del fenomeno abbiamo confrontato il trend delle telefonate al reperibile di DMP da gennaio 2011 a marzo 2013 (Figura 4) dove si nota il lento calo delle richieste dopo l'aumento iniziale di gennaio-febbraio 2012, imputabile alla novità del servizio.

DISCUSSIONE

In questo lavoro abbiamo presentato l'analisi di un modello di BM in Ospedale regionale di Aosta, valutando un set di indicatori di attività ospedaliera nell'arco di cinque anni, l'ultimo dei quali consecutivo all'introduzione del modello; ne emerge una valutazione positiva, e riteniamo che il modello descritto abbia dimostrato il pregio di una notevole coerenza, con criticità e pregi ben evidenti. Il

risultato secondo noi più interessante è stato la riduzione della conflittualità tra professionisti, ottenuta in buona parte grazie all'assiduo lavoro di supporto del team di BM, che, ricordiamo, quotidianamente visita i reparti per l'analisi giornaliera di contesto e la complessa gestione di interessi contrapposti; in tal senso è fondamentale la presenza nel team degli infermieri esperti, che esprimono meglio di chiunque altro necessità e bisogno di "fare squadra" specie nei momenti critici di vita ospedaliera, confermando anche in questa funzione la ben nota *problem-solving attitude*: in generale si può dire che buona parte del paziente supporto della DMP al progetto consista in formazione-informazione a ciclo continuo sui contenuti del regolamento e sul superamento dei pregiudizi reciproci tra le diverse anime dell'Ospedale, tanto da potersi definire attività di gestione delle relazioni piuttosto che dei posti letto. Oltre alla conflittualità del clima, nel nostro Ospedale l'elemento che destava maggiore preoccupazione era dato dal peso dei pazienti lungodegenti (24% delle giornate di degenza nel 2011!), in una regione tradizionalmente caratterizzata da un elevato livello di protezione sociale; tramite il maggiore coinvolgimento del servizio sociale, che è stato reso parte integrante del team del BM, e il supporto informativo della DMP nei reparti abbiamo registrato, ad invarianza delle "regole di ingaggio", un forte aumento d'uso e di efficacia del servizio, con enfasi sulla necessità di "diagnosi precoce" di caso sociale. Più del 60% dei casi è dimesso entro le due settimane dalla segnalazione, un dato su cui è difficile esprimersi in assenza per ora di un trend valutabile, mentre è senz'altro significativa l'elevata letalità pre dimissione dei casi segnalati, a significare la gravità clinica dei casi cosiddetti sociali; similmente la percentuale di ricovero ripetuti precoci dopo dimissione sociale andrebbe confrontata con analoghe esperienze, in attesa delle

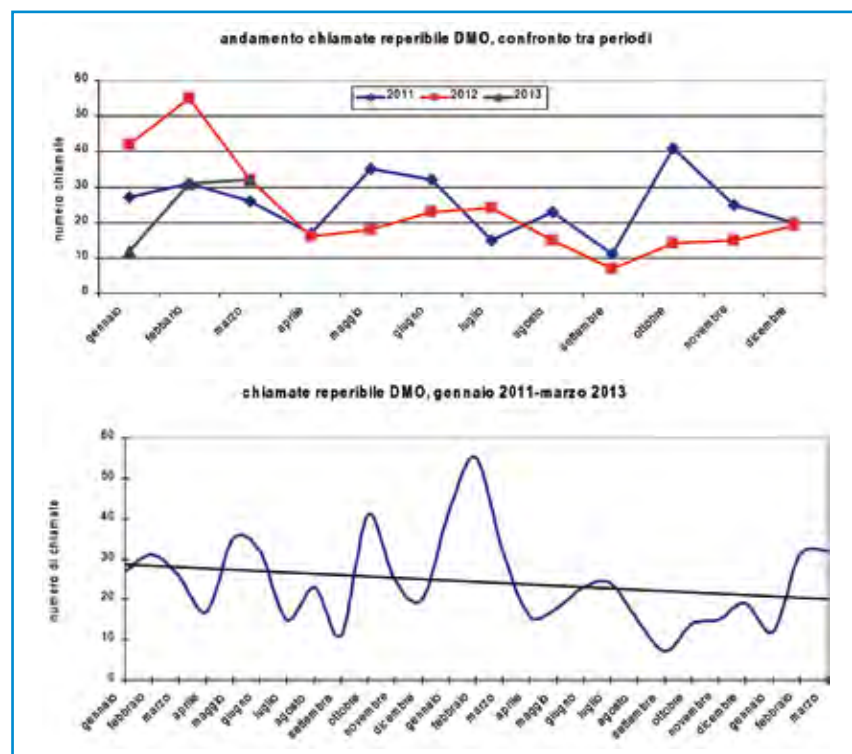


Figura 4. Chiamate al reperibile di Direzione Medica Ospedaliera. Gennaio 2011-marzo 2013, confronto tra periodi (4A) e andamento (4B).

quali l'andamento dell'indicatore sarà valutato in corso di follow-up. L'azione complessiva sulle dimissioni ha portato al miglioramento diffuso di importanti indicatori riportati in Figura 2, tra loro ovviamente correlati, in particolare degenza media, giornate outlier, numero di dimissioni e ricoveri prolungati; a tale proposito è da notare che il conto dei ricoveri lunghi e molto lunghi non distingue tra casi clinici, sociali in senso stretto e misti, e che dunque le variazioni dell'indicatore sono la sommatoria dei tre fenomeni nelle cui variazioni il peso della presa in carico sociale è diluito in misura che non è possibile attualmente valutare. Oltre a ciò, nella nostra esperienza la comprensione analitica dei flussi paziente fornisce ai professionisti dei reparti elementi approfonditi di programmazione, utili a cavalcare l'onda dei ricoveri senza esserne travolti, tipicamente ma non solo in periodo epidemico influenzale e durante la nota "crisi del weekend" (9-10); lo studio dei flussi ospedalieri può inoltre consentire ai decisori

pubblici e privati di modulare l'offerta ospedaliera in maniera più razionale ed economica: ad esempio è ben dimostrato che ogni linea produttiva soggetta a variazioni ambientali cessa di essere efficiente se il suo utilizzo si avvicina al 100%, causa soprattutto l'incapacità di modularsi rispetto alla domanda (11); l'applicazione del concetto alla rete ospedaliera implica tassi di occupazione non eccedenti l'85-90%, in tutte le aree ospedaliere. Uno degli strumenti più importanti per quanto sopra è la programmazione delle dimissioni, che in base ai nostri risultati è oggi possibile migliorare stante la sorprendente ripetitività dei flussi, sia di reparto che ancor più aggregati per dipartimento.

I limiti principali del modello proposto sono due. Il primo, intrinseco, è che il sistema si regge sui ricoveri dei pazienti fuori reparto, attività onerosa per chi riceve (maggiori e non specifici oneri assistenziali e gestionali, si pensi ad esempio ai consumi di farmaci e presidi, in carico al reparto ospitante), per chi ricovera e per il pa-

ziente stesso, che è ben consapevole della situazione; attualmente le regole per la migliore gestione dei pazienti fuori reparto costituiscono la questione ancora irrisolta nel nostro Ospedale, con diversità di vedute soprattutto per i cosiddetti spostamenti preventivi (quanti, in quale momento della giornata), tesi ad evitare il ricovero fuori reparto direttamente da Pronto Soccorso. Il secondo limite del modello proposto è di sistema; gli indicatori studiati sono incomprimibili oltre un certo limite e anche il nostro Ospedale rischia di non poter più fronteggiare i bisogni di cura della popolazione di riferimento se non sarà introdotto un nuovo patto assistenziale per l'anziano pluri patologico, che coinvolga attivamente tutti gli attori del servizio sanitario, con particolare riferimento alla medicina primaria. I nostri risultati sono espliciti in tal senso; l'aumento inesorabile dell'età media dei ricoverati, della percentuale di ultra sessantacinquenni, il fatto che quasi un anziano su sette abbia necessitato nel 2012 di intervento del servizio sociale ospedaliero, l'elevato tasso di ricoveri ripetuti precoci, l'elevata letalità ospedaliera dei casi sociali segnalati, confermano che l'Ospedale è un sistema dinamico e in osmosi con gli assetti sociali, e che pertanto ogni miglioramento di gestione alla lunga è destinato a essere coerentemente controbilanciato da un evento opposto se non intervengono cambiamenti di tutto il sistema (12-15); il caso emblematico da noi evidenziato è il calo delle giornate outlier e dei ricoveri molto lunghi, controbilanciato dall'aumento della percentuale dei ricoveri ripetuti precoci (Fig. 2). In conclusione, nel nostro paese sono state presentate alcune importanti proposte di Bed Management, (16-18), non ancora, al momento della scrittura di questo lavoro, i relativi risultati. Il nostro lavoro ci risulta essere il primo in tal senso; i risultati osservati non sono ancora conclusivi in termini di efficacia del modello, specie se considerati sul lungo periodo, tuttavia emerge un trend

abbastanza chiaro e soprattutto coerente dall'introduzione del modello. Crediamo anche che il Bed Management costituirà in un numero sempre maggiore di Ospedali una funzione importante per il miglioramento della gestione del traffico dei pazienti; occorre però fare emergere le esperienze in corso, con obiettivo di massima condivisione, specie dei metodi, che dovrebbero uniformarsi, ai fini della massima efficacia e leggibilità dei risultati, a quanto suggerito dalla moderna epidemiologia ospedaliera, soprattutto nel tentativo di ovviare alla disomogeneità di contesto che costituisce una delle sfide più complesse nell'approccio scientifico allo studio dei flussi ospedalieri; sarebbe anche interessante sperimentare il BM in Ospedali organizzati per intensità di cure. Infine, è da attendersi anche in Italia una migliore definizione di ruolo e funzione del Bed Manager, eventualmente fino alla creazione di percorsi formativi specifici.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Clarke R, Rosen R. *Length of stay: how short should hospital care be? Eur J pub health* 2001; 11 (2); 166-170.
2. Keegan AD. *Hospital bed occupancy: more than queuing for a bed. Med J Aust* 2010; 193: 291-293.
3. Kaier K, Muters NT, Frank U. *Bed occupancy rates and hospital-acquired infections—should beds be kept empty? Clin Microbiol Infect* 2012; 18: 941-945
4. ISTAT, *previsioni demografiche 2007-2051: http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080619_00/testointegrale20080619.pdf*
5. <http://www.buongiornocreg.it/>
6. Scotton C, Govoni G, Tietz C, et al. *Il Bed Management nel sistema dell'emergenza dell'Azienda Ospedaliero Universitario di Bologna S.Orsola Malpighi. Atti del 37° Congresso Nazionale ANMDO, pag 78-83.*
7. Proudlove N, Boaden R, Jorgensen J. *Developing bed managers: the why and*

the how. Journal of nursing management 2007, 15; 34-42.

8. www.ausl.uda.it
9. Scott IA. *Public Hospital bed crisis: too few or too misused? Australian health review*, 2010; 34: 317-324
10. Foster ED, Cavanaugh JE, Haynes WG et al. *Acute myocardial infarctions, strokes and influenza: seasonal and pandemic effects. Epidemiol. Infect.* (2013), 141: 735-744.
11. Bagust A, Place M, Pasnett J. *Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. BMJ* 1999; 319: 155-8.
12. Proudlove N, Gordon J, Boaden R. *Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? Emerg Med J* 2003; 20: 149-155
13. Ouslander JG, Berenson R. *Reducing unnecessary hospitalization of nursing home residents. NEJM* 365; 13: 1165-7.
14. Ouslander JG, Lamb G, Tappen R et al. *Interventions to reduce hospitalization from nursing homes: evaluation of the INTERACT collaborative quality improvement project. J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 745-53.
15. Foer D, Ornstein K, Soriano T, Kathuria N, Dunn A. *Nonmedical factors associates with prolonged length of stay in an urban homebound population. J of Hospital Medicine, feb. 2012, vol 7, n. 2: 73-78*
16. Desperati M, Sassi G, Maconi A et al. *Bed Management e Direzione Medica di Presidio: proposta di modello operativo. Atti del 37° Congresso Nazionale ANMDO, Abstract pag 92*
17. Ianni A, Gualandi R, Ghinelli R et al. *Una esperienza di Bed Management all'interno di un policlinico universitario: il "team ottimizzazione ricoveri e dimissioni". Atti del 37° Congresso Nazionale ANMDO, Abstract pag. 100.*
18. Carraro MG, Grasso A, Salemi M. *Sviluppo di una metodologia utile alla gestione dinamica dei posti letto da destinare ai ricoveri da pronto soccorso. Atti del 37° Congresso Nazionale ANMDO, Abstract pag. 84.*

L'esperienza della Direzione Medica dell'Ulss 10 "Veneto Orientale" nella stesura e nell'applicazione di una linea guida aziendale sull'antibiotico profilassi perioperatoria

Riassunto

Nel 2010, a seguito di una ricognizione effettuata dalla Direzione Medica, è emerso che, fra le Unità Operative Chirurgiche dei Presidi Ospedalieri dell'ULSS 10 "Veneto Orientale", vi era disomogeneità nei protocolli dell'Antibiotico profilassi Perioperatoria e poca aderenza agli stessi.

Sono quindi state organizzate varie riunioni con i rappresentanti di tutti i Direttori delle Unità Operative Chirurgiche Aziendali, per pervenire alla stesura di un documento unico, condiviso, omogeneo ed aggiornato sull'argomento, che hanno portato all'elaborazione di un'edizione definitiva della Linea Guida Aziendale sull'Antibiotico profilassi Perioperatoria.

Rita Finotto*, **S. Marta Abiad****, **Alessandra Cappelletto****, **Cecilia Tonelli*****

* *Direttore Medico Ospedaliero dell'ULSS 10 Veneto Orientale,*

** *Medico della Direzione Ospedaliera dell'ULSS 10 Veneto Orientale,*

*** *Infermiera Epidemiologa della Direzione Ospedaliera dell'ULSS 10 Veneto Orientale*

PAROLE CHIAVE:

Antibiotico profilassi Perioperatoria, Linee Guida

INTRODUZIONE

All'inizio del 2010, a seguito di una ricognizione effettuata dalla Direzione Medica, è emerso che, fra le Unità Operative Chirurgiche dei Presidi Ospedalieri dell'ULSS 10 "Veneto Orientale", vi era disomogeneità nei protocolli dell'Antibiotico profilassi Perioperatoria e poca aderenza agli stessi.

Per questo, la Direzione Medica, in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, il Laboratorio di Microbiologia e le Unità Operative di Anestesia, ha organizzato e coordinato, una serie di riunioni con i rappresentanti di tutti i Direttori delle Unità Operative Chirurgiche Aziendali, per pervenire alla stesura di un documento unico, condiviso, omogeneo ed aggiornato sull'argomento.

Dopo numerose riunioni e lunghi di-

battimenti, verso la fine del 2010, si è pervenuti ad un'edizione definitiva della Linea Guida Aziendale sull'Antibiotico profilassi Perioperatoria.

Nel 2011, la Direzione Medica, sempre in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, il Laboratorio di Microbiologia e le Unità Operative di Anestesia, ha organizzato e coordinato un'ulteriore serie di riunioni con la massima rappresentanza possibile del personale medico ed infermieristico delle Unità Operative Chirurgiche e dei Blocchi Operatori dell'Azienda, allo scopo di diffondere i contenuti della Linea Guida, e per avere maggiore aderenza, è stato deciso che l'applicazione del documento avrebbe rappresentato un Obiettivo di Budget 2011 per il personale delle Unità Operative Chirurgiche.

Nel corso delle stesse riunioni, è sta-

to altresì comunicato che, per stabilire se le Unità Operative Chirurgiche avessero raggiunto l'Obiettivo di Budget, sarebbero stati, in seguito, effettuati dei controlli su alcune tipologie (non svelate) di interventi a campione, per verificare il grado di aderenza al documento aziendale.

Durante l'ultimo trimestre del 2011 sono stati effettuati i controlli da parte di personale medico ed infermieristico della Direzione Medica.

MATERIALI E METODI

Personale della Direzione Medica ha effettuato una rilevazione, sulle cartelle cliniche, del grado di applicazione della Linea Guida al punto 0 (ossia prima delle riunioni informative del 2011), esaminando le cartelle cliniche del mese di marzo 2011. La stessa rilevazione è stata ripetuta al punto 1 (ossia dopo le riunioni informative del 2011), esaminando le cartelle dei mesi di luglio, agosto e settembre 2011. La rilevazione è stata effettuata, a campione, su alcune tipologie di interventi chirurgici, che non sono state svelate in anticipo ai Direttori delle U.O. Chirurgiche. Gli interventi effettuati nei PPOO di San Donà, Jesolo e Portogruaro, che sono stati sottoposti ad indagine sono:

per la CHIRURGIA GENERALE:

■ la colecistectomia videolaparoscopica non complicata (per la quale la Linea Guida Aziendale non prevede profilassi antibiotica nei pazienti con ASA < 3, ma la prevede nei pazienti con ASA ≥ 3),

■ legatura e stripping venoso (per la quale la Linea Guida Aziendale non prevede profilassi antibiotica nei pazienti con ASA < 3, ma la prevede nei pazienti con ASA ≥ 3),

per la GINECOLOGIA ed OSTETRICIA:

- il taglio cesareo elettivo ed urgente (per il quale la Linea Guida Aziendale prevede sempre profilassi antibiotica);

per l'OTORINOLARINGOIATRIA:

- l'adenoidotonsillectomia (per la quale la Linea Guida Aziendale non prevede profilassi antibiotica nei pazienti con ASA < 3, ma la prevede nei pazienti con ASA ≥ 3),

per l'ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:

- la meniscectomia artroscopica (per la quale la Linea Guida Aziendale non prevede profilassi antibiotica nei pazienti con ASA < 3, ma la prevede nei pazienti con ASA ≥ 3),

- l'artroprotesi d'anca (per la quale la Linea Guida Aziendale prevede sempre profilassi antibiotica),

per l'UROLOGIA:

- la TURP (resezione prostatica transuretrale) (per la quale la Linea Guida Aziendale prevede sempre profilassi antibiotica).

In ogni gruppo di cartelle per tipologia di intervento si è valutato:

- se è stata fatta o non è stata fatta antibiotico profilassi in base a quanto previsto dalla Linea Guida, e se quando è stata fatta l'antibiotico profilassi, la sua durata è stata quella prevista dalla Linea Guida;

- se il tempo di somministrazione è corretto in base a quanto previsto dalla Linea Guida (cioè viene effettuata fra i 30 ed i 60 minuti prima

dell'incisione chirurgica, o dopo il clampaggio del cordone ombelicale, in caso di taglio cesareo);

- se la dose di somministrazione è corretta in base a quanto previsto dalla Linea Guida;

- se la molecola somministrata è corretta in base a quanto previsto dalla Linea Guida.

Per ciascuno di questi aspetti si è calcolato un indicatore:

- n° interventi con profilassi effettuata o non effettuata, secondo quanto previsto dalla Linea Guida anche per durata dell'antibiotico profilassi/ totale interventi (valore soglia ≥ 65%);

- n° interventi con tempo di somministrazione corretto/ totale interventi in cui è stata fatta l'antibiotico profilassi, anche con la durata corretta (valore soglia ≥ 65%);

- n° interventi con dose corretta/ totale interventi in cui è stata fatta l'antibiotico profilassi, anche con la durata corretta (valore soglia ≥ 65%);

- n° interventi con molecola corretta/ totale interventi in cui è stata fatta l'antibiotico profilassi, anche con la durata corretta (valore soglia ≥ 65%).

E' stato posto come "valore soglia" il 65%, perché si è tenuto conto del fatto che per la prima volta sono state elaborate delle Linee Guida Aziendali sull'antibiotico profilassi e che per la prima volta sono stati effettuati dei controlli relativi alla loro applicazione. Per raccogliere ed elaborare i dati ci si è avvalsi del programma excell.

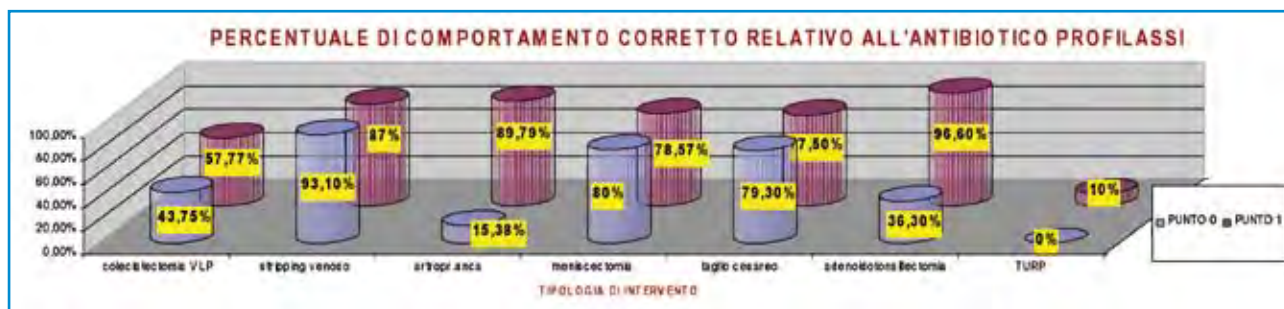
RISULTATI

Le cartelle cliniche revisionate, relative agli interventi chirurgici scelti per essere sottoposti a controllo, sono state 139 per il punto 0 e 305 per il punto 1.

L'indicatore che si è considerato più importante per stabilire se era stato raggiunto l'Obiettivo di Budget per il 2011 è il primo, ossia *il numero di interventi con profilassi effettuata o non effettuata, secondo quanto previsto dalla Linea Guida, anche per durata dell'antibiotico profilassi/ totale interventi (valore soglia ≥ 65%)*, in quanto questo indicatore permette di computare, al numeratore, gli interventi in cui non è stata effettuata l'antibiotico profilassi e /o gli interventi in cui è stata effettuata l'antibiotico profilassi per la durata prevista dalla Linea Guida, il tutto ottemperando a quanto previsto dalla Linea Guida stessa. Si tratta, pertanto, di un indicatore completo che fornisce un'idea precisa del grado di adesione delle Unità Operative Chirurgiche alla Linea Guida Aziendale.

Per sintetizzare il sopraccitato primo indicatore, nella seguente Tabella si identificheranno *gli interventi con comportamento relativo all'antibiotico profilassi corretto*, ossia con antibiotico profilassi somministrata o non somministrata secondo Linea Guida, e quando somministrata, somministrata per la durata prevista dalla Linea Guida stessa.

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	N° INTERVENTI CON COMPORTAMENTO RELATIVO ALL'ANTIBIOTICO PROFILASSI, CORRETTO (IN VALORE ASSOLUTO E PERCENTUALE)	
	PUNTO 0	PUNTO 1
colecistectomia videolaparoscopica	14/32 (43,75%)	26/45 (57,77%)
legatura e stripping venoso	27/29 (93,1%)	27/31 (87%)
artroprotesi d'anca	4/26 (15,38%)	44/49 (89,79%)
meniscectomia artroscopica	4/5 (80%)	33/42 (78,57%)
taglio cesareo	23/29 (79,3%)	76/98 (77,5%)
adenoidotonsillectomia	4/11 (36,3%)	29/30 (96,6%)
TURP (resezione prostatica transuretrale)	0/7 (0%)	1/10 (10%)



Come si evince dalla Tabella, e dal relativo grafico, in alcune tipologie degli interventi controllati a campione, il comportamento delle Unità Operative Chirurgiche era in linea con quanto previsto dalla Linea Guida già prima che fossero effettuate le riunioni del 2011, mentre altre si sono allineate solamente dopo tali riunioni, che, pertanto, si sono dimostrate funzionali allo scopo per il quale erano state svolte. Per quanto concerne l'intervento di artroprotesi d'anca, la Linea guida è stata modificata a seguito delle riunioni del 2011, pertanto il comportamento degli operatori, prima di tali riunioni, cioè al punto 0, non avrebbe potuto essere totalmente aderente ad essa. E' da segnalare che anche negli interventi, per i quali non è stato raggiunto il valore soglia del 65%, c'è stato un aumento significativo nell'adesione ai dettami della Linea Guida. Per quanto concerne la resezione prostatica transuretrale (TURP), la percentuale è bassa sia prima che dopo le riunioni e ciò si spiega con il fatto che il comportamento relativo all'antibiotico profilassi è stato considerato sbagliato, perché nella quasi totalità dei casi gli urologi hanno prescritto e fatto somministrare antibiotici a tutti i pazienti portatori di catetere, dal giorno dell'intervento al giorno dell'estrazione del catetere, per prevenire le infezioni delle vie urinarie.

CONCLUSIONI

Il processo, coordinato dalla Direzione Medica, che ha portato alla stesura, e quindi alla diffusione e all'appli-

cazione di un documento aziendale sull'Antibiotico profilassi Perioperatoria unico, condiviso, omogeneo ed aggiornato sull'argomento, è stato lungo e faticoso, ed ha comportato il superamento di ostacoli e la risoluzione di problemi di varia natura. E' stato, però, anche foriero di soddisfazioni per gli operatori della Direzione Medica, che si sono posti alla guida del processo, in quanto nella maggior parte degli interventi chirurgici analizzati è stato raggiunto, e spesso anche abbondantemente superato, il valore soglia prefissato per il raggiungimento dell'Obiettivo di Budget 2011. Per garantire un'adesione sempre maggiore alla Linea Guida Aziendale, si dovranno pensare ulteriori azioni di rinforzo, quali ad esempio prevedere nuovamente che l'adesione al documento sia un Obiettivo di Budget negli anni futuri e ripetere i controlli, cambiando le tipologie di intervento controllate. Sarebbe auspicabile, però, che i controlli, in futuro, si possano effettuare completamente attraverso strumenti informatici in grado di elaborare i dati registrati nei sistemi informatici dagli operatori sanitari, liberando così tempo ed energie degli operatori della Direzione Medica, che non dovrebbero effettuare più dei controlli sul supporto cartaceo fornito da ogni singola cartella sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Mangram AJ, Horam TC, Pearson ML et al. *Guideline for prevention of surgical site infection*, 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20: 250-78. *Traduzione italiana: P Colombini*

e PL Viale (a cura di) *Linee guida per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico dei Centers for Disease Control and Prevention*, 1999. *Giornale italiano delle Infezioni Ospedaliere* 1999; 6: 157-195.

2. Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, Eykyn SJ, Littler WA, McGowan DA et al. *Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure and patient risk index. National Nosocomial Infections Surveillance System. Am J Med* 1991; 91: 152-57.

3. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, *La profilassi antibiotica nella chirurgia dell'adulto, revisione 1 del 30 ottobre 2006*.

4. Agenzia Regionale della Sanità - Regione Autonoma del Friuli - Venezia Giulia, *Linee Guida per la profilassi antibiotica in chirurgia, edizione di luglio 2000*.

5. Pioppo M, Bogni D, Bucaneve G, Casciarri G, Morcellini R, Orlandi W, *La valutazione dell'applicazione della linea guida sulla profilassi antibiotica in chirurgia, l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, Poster presentato nel 37° Congresso Nazionale ANMDO "Gestire il futuro in Sanità" e pubblicato ne "L'Ospedale" n°3/11, periodico dell'ANMDO*.

6. CeVEAS (Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria), Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Istituto Superiore di Sanità, *Linea Guida del settembre 2008 "Antibiotico profilassi perioperatoria nell'Adulto", Documento 17 del Sistema Nazionale per le Linee Guida*.

Come formulazioni farmaceutiche innovative per i biologici possono aiutare lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi in oncologia

Riassunto

L'introduzione delle formulazioni sottocute presenta grandi potenzialità innovative rispetto alle formulazioni endovena già in uso, con possibili impatti sul livello della sicurezza del paziente, sulla qualità delle cure e sulle risorse impegnate. Il presente lavoro, svolto in ambito oncologico, ha lo scopo di valutare oggettivamente tali impatti e di analizzarne le possibili correlazioni con i nuovi modelli organizzativi che sempre più puntano all'ottimizzazione delle attività. Le varie fasi di sviluppo previste dal progetto, tra cui anche la raccolta di dati in strutture sanitarie preliminarmente individuate, hanno portato all'individuazione e quantificazione di specifiche misure d'impatto. I risultati ottenuti evidenziano un netto incremento della sicurezza del paziente, una forte riduzione dell'impegno temporale del paziente e del personale per la gestione della programmazione giornaliera, inclusa l'attività di allestimento, ed una significativa diminuzione degli scarti del farmaco.

Giancarlo Bizzarri*, **Monica Canciani****, **Massimo Farina***, **Clemente Ponzetti*****

* Partner EmmEffe S.r.l. Management & Formazione;

** Consulente EmmEffe S.r.l. Management & Formazione;

*** Coordinatore Sanitario Gruppo Policlinico di Monza, Componente Segreteria Scientifica Nazionale ANMDO.

PAROLE CHIAVE:

Sottocute, oncologia, farmaco, innovazione, organizzazione, programmazione.

INTRODUZIONE

Nelle Organizzazioni sanitarie si assiste alla sempre maggiore diffusione di nuovi modelli organizzativi finalizzati a ottimizzare le attività e rinnovare i modelli clinico-assistenziali con lo scopo di incrementare la sicurezza del paziente, migliorare la qualità delle cure ed ottimizzare le risorse.

E' in tale scenario che si rende necessario valutare attentamente come l'introduzione di nuove formulazioni, rispetto alle formulazioni già in uso per i prodotti in ambito oncologico, possono rappresentare una leva strategica per l'organiz-

zazione sanitaria. Le terapie farmacologiche che prevedono infusioni endovena, oggi in uso, sono caratterizzate da lunghi tempi di somministrazione e impegno assistenziale consistente del personale sanitario, oltre che spesso da una fase di preparazione del farmaco che necessita del calcolo delle dosi in base alla superficie corporea o al peso del paziente.

Analizzando le modalità di preparazione e utilizzo sul paziente delle nuove formulazioni sottocute, e confrontandole con quelle endovenose, si evidenziano impatti fortemente innovativi sia in ambito clinico-assistenziale che in am-

bito organizzativo. Al fine di poter quantificare, oggettivare e rendere noti tali impatti si è scelto di sviluppare un progetto finalizzato a valutare una nuova formulazione sottocute in termini gestionali e organizzativi. A tal fine è stato individuato, in ambito oncologico, un farmaco interessato dal cambio di modalità di somministrazione, oggi endovena e domani sottocute, ed è stato definito uno schema terapeutico di riferimento che guidasse l'analisi degli impatti.

Con il presente lavoro s'intende, quindi, esporre l'approccio metodologico utilizzato per la definizione del modello di valutazione dell'impatto che la nuova formulazione genera all'interno delle organizzazioni sanitarie, relativamente alle dimensioni prima citate.

IL PROGETTO DI VALUTAZIONE DI IMPATTO

La valutazione d'impatto è uno degli aspetti maggiormente delicati poiché la sua quantificazione e le aree di misurazione sono difficili da determinare.

Per superare questo ostacolo è stato sviluppato e personalizzato l'approccio metodologico strutturato nelle seguenti quattro macro-fasi (Figura 1):

- Analisi dell'attuale modalità di gestione del farmaco;
- Identificazione dei possibili impatti della nuova formulazione (sottocute);
- Raccolta dati e informazioni sul campo sulle attuali modalità di gestione del farmaco (formulazione endovena);

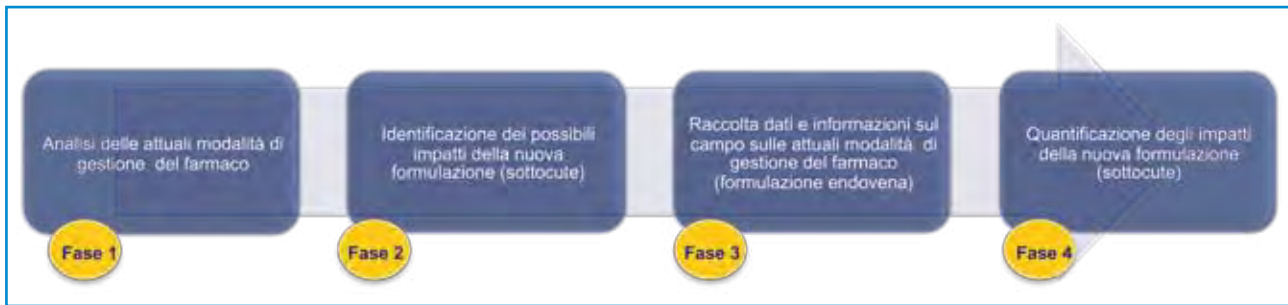


Figura 1. Approccio metodologico per l'analisi di impatto

■ Quantificazione degli impatti della nuova formulazione (sottocute).

Partendo dalle caratteristiche dell'attuale formulazione, infatti, sono state individuate le possibili aree d'impatto organizzativo-gestionali introdotte dalla nuova formulazione. Sulla base della tipologia delle aree d'impatto è stata impostata ed effettuata la raccolta dei dati e delle informazioni presso le Unità Operative oncologiche coinvolte nel progetto.

Fase 1: Analisi delle attuali modalità di gestione del farmaco

Come punto di partenza è stato necessario definire e tracciare le attuali modalità di gestione del farmaco individuato, nella formulazione oggi in uso, ed i possibili cambiamenti che la formulazione sottocute avrebbe introdotto. Per individuare gli impatti è stato necessario valutare le informazioni cliniche e gestionali del farmaco interessato, sia esso nella formulazione attuale che nella nuova formulazione, quali:

- regime di erogazione delle prestazioni,
- tipologia e tempistiche della premedicazione,
- modalità e tempi di somministrazione (prima somministrazione e successive),
- modalità e tempistiche della osservazione post-somministrazione,
- quantità dei dosaggi, tipologia di rifiuti prodotti,
- possibili scarti del farmaco,
- impatto della nuova formulazione da un punto di vista clinico.

Al termine di questa fase è stata prodotta una relazione di sintesi del quadro organizzativo esistente presso le Unità Operative interessate relativamente alla gestione del farmaco attuale e le caratteristiche cliniche e gestionali della nuova formulazione.

Fase 2: Identificazione dei possibili impatti della nuova formulazione (sottocute)

Alla luce delle informazioni e dei dati raccolti nella fase iniziale sono state individuate le potenziali aree di impatto della nuova formulazione. Il percorso che ha portato alla quantificazione degli impatti ha previsto i seguenti *step*: definizione degli ambiti di analisi dell'intervento, individuazione delle aree d'impatto ed infine identificazione delle misure d'impatto (figura 2). Per ogni ambiti di analisi dell'intervento sono state identificate le aree d'impatto quali aspetti dell'or-

ganizzazione e della gestione che possono essere modificabili e quindi misurabili. Per avere un quadro sinottico e sintetico è stato necessario sviluppare una matrice di correlazione tra aree d'impatto e dati/informazioni rilevabili sul campo: le misure d'impatto (Figura 3).

In funzione delle potenziali aree d'impatto sono stati progettati specifici questionari per la raccolta dati dedicati che hanno rappresentato il ponte di collegamento tra questa fase e la successiva.

I questionari sono stati validati attraverso una verifica del grado di copertura tra i dati grezzi da raccogliere sul campo e quelli necessari per la valutazione. Tale approccio ha consentito di avviare la raccolta dati sul campo in forma strutturata e soprattutto completa rispetto ai dati necessari per la valutazione d'impatto.

I documenti prodotti in questa fase sono stati i questionari e la matrice

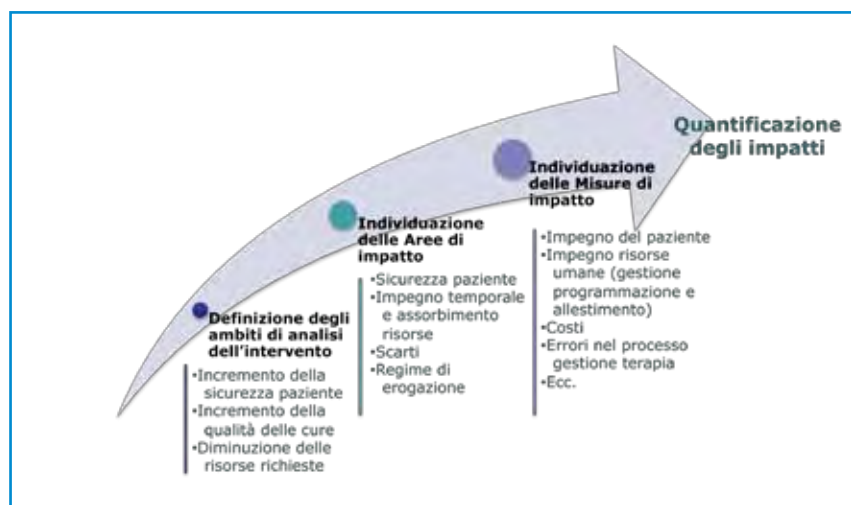


Figura 2. Dalle aspettative di impatto alla loro quantificazione

		Ambiti di analisi		
		Incremento sicurezza paziente	Incremento qualità delle cure	Diminuzione delle risorse richieste
Aree di impatto	Sicurezza paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Errori nelle fasi di prescrizione, allestimento e somministrazione (Indice di rischio tramite applicazione della FMEA - Failure mode and effects analysis, strumento proattivo per la gestione del rischio) 		
	Impegno temporale del paziente e assorbimento risorse		<ul style="list-style-type: none"> - Impegno complessivo del paziente (minuti/ciclo terapeutico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Impegno risorse umane per gestione dei pazienti (FTE - Full time equivalent per la gestione della programmazione giornaliera) • Impegno risorse umane per l'allestimento del farmaco (minuti per l'allestimento delle somministrazioni della programmazione giornaliera) • Costi (costo FTE - Full time equivalent per la gestione della programmazione giornaliera)
	Scarti		<ul style="list-style-type: none"> - Costi (costo dello scarto annuo) 	
	Regime di erogazione		<ul style="list-style-type: none"> - Costi e nuovi in base al regime di erogazione 	
		Misure di impatto		

Figura 3. Correlazione tra caratterizzazioni, aree di impatto e misure di impatto

di correlazione delle possibili aree d'impatto.

Fase 3: Raccolta dati e informazioni sul campo sulle attuali modalità di gestione del farmaco (formulazione endovena)

Per rendere oggettivo quanto ricostruito nelle fasi precedenti e poter quindi quantificare numericamente le misure d'impatto, sono state intervistate le figure coinvolte nel processo di gestione del farmaco oggetto dello studio, ovvero Medici, Personale Infermieristico, Data Manager delle Unità Operative e Farmacisti referenti dell'Area Oncologica. Dopo un primo incontro di presentazione del progetto, al quale hanno preso parte tutte le figure sopraccitate nel progetto, sono state calendarizzate ed effettuate le interviste. Tra i dati raccolti oltre ai volumi di pazienti gestiti per patologia, necessari a contestualizzare l'analisi, sono state esaminate anche le modalità programmatiche del reparto e sono state raccolte le informazioni relative agli spazi utilizzati (letti e poltrone) sulla base del regime di erogazione. Relativamente a quest'ultimo sono stati raccolti e messi a confronto i re-

gimi di erogazione attivi presso le Aziende coinvolte e raccolti i dati relativi ai ricavi (Day Hospital, Ambulatoriale o MAC - Macroattività ambulatoriale complessa).

Sono stati identificati, inoltre, i percorsi di alcuni pazienti, sia tramite un'osservazione diretta del processo di gestione della terapia farmacologica, che attraverso interviste al personale coinvolto che ha consentito di quantificare l'impegno temporale del paziente e degli operatori sanitari. Nello specifico, relativamente all'impegno del paziente, è stato individuato un campione di pazienti con schema terapeutico corrispondente a quello scelto come riferimento e sono stati rilevati i tempi medi delle fasi del percorso previsto in un ciclo terapeutico (preparazione del paziente, visita medica, pre-medicazione, somministrazione e osservazione post-somministrazione). In merito ai tempi di somministrazione si è ricorsi alle informazioni contenute nelle schede di somministrazione che riportano tempi e velocità d'infusione.

I questionari progettati nella fase precedente hanno guidato le interviste al personale e supportato

l'analisi dei processi interessati. Laddove era già stata sperimentata la formulazione sottocute, è stata effettuata una raccolta dati dedicata al fine di contestualizzare e verificare le informazioni raccolte nella fase iniziale del progetto di valutazione d'impatto. Per quanto riguarda l'allestimento del farmaco è stato ricostruito il flusso del processo individuando attività e tempi richiesti a carico del personale del reparto e a carico della Farmacia. I documenti prodotti in questa fase sono stati i questionari compilati, per tutte le Unità Operative individuate, con il report di raccolta dati sul campo contenente le informazioni e i dati da elaborare nella fase successiva.

Fase 4: Quantificazione degli impatti della nuova formulazione (sottocute)

L'ultima fase ha previsto la valorizzazione degli impatti della nuova formulazione sottocute al fine di individuare e quantificare gli aspetti innovativi e le possibili criticità. Sulla base degli ambiti di analisi individuati, è stato effettuato il confronto tra le modalità di gestione del farmaco nella formulazione endovena e quelle della formulazione sottocute, con la conseguente valorizzazione degli effetti tramite le misure d'impatto.

Incremento della sicurezza del paziente

L'area di impatto "Sicurezza paziente" è quantificata attraverso l'applicazione della FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*) al processo "Gestione della terapia farmacologica". La scelta della FMEA è stata dettata dal fatto che è uno strumento previsionale, internazionalmente riconosciuto, che permette di misurare l'Indice di Rischio (IR) con l'utilizzo di dati e tecniche di analisi semi quantitativi. La FMEA, inoltre, è prevista come strumento di gestione del rischio clinico dai

ATTIVITÀ	POSSIBILI ACCADIMENTI (Cause all'evento)	POSSIBILI EFFETTI (Cosa si può generare?)	RISCHIO					RISORSE						
			O	P	R	VPR	R	O	VP	R	VPR	R		
Calcolo dosaggio	Prescrizione errata	Errato trattamento	3	3	3	9	27	1	1	1	1	1	1	1
Invio a Farmacia per preparazione farmaco	Invio in ritardo	Mancato trattamento	2	2	3	6	12	2	2	3	6	12	2	2
		Ritardato trattamento	2	2	3	6	12	3	3	3	9	12	3	3
Prelievo del farmaco	Mancato prelievo farmaco	Ritardato trattamento	2	2	3	6	12	4	4	3	9	12	4	4
		Errato prelievo farmaco	3	2	3	6	16	5	5	3	9	16	5	5
Allestimento farmaco	Prescrizione errata	Errato trattamento	3	2	3	6	16	6	6	2	4	16	6	6
		Errata infusione prescrizione	3	2	2	4	12	7	7	2	4	12	7	7
Etichettatura sacche	Mancata etichettatura	Ritardo somministrazione	2	2	3	6	12	6	6	0	0	0	0	0
		Errata etichettatura	3	2	3	6	16	9	9	0	0	0	0	0
Identificazione paziente	Errata identificazione	Trattamento a paziente sbagliato	4	3	3	9	36	10	10	3	9	36	10	10
Ricevimento farmaco da Farmacia	Mancato arrivo farmaci	Mancato trattamento	2	2	3	6	12	11	11	2	2	3	6	12
		Arrivo farmaci errati (o paziente diverso da quello segnalato)	4	3	3	9	36	12	12	3	3	9	36	12
	Arrivo farmaci errati (allestimento errato)	Errato trattamento	3	2	3	6	16	13	13	2	2	3	6	16

Figura 4. Estratto della matrice di analisi FMEA del processo di gestione della terapia farmacologica

modelli di accreditamento all'Ecceellenza della *Joint Commission* e dell'*Accreditation Canada* e, in linea con gli indirizzi dei recenti Piani Sanitari Nazionali, sempre più dai diversi Piani Sanitari Regionali. Lo strumento prevede la scomposizione del processo oggetto di studio, nel nostro caso la "Gestione delle terapie farmacologiche nel DH Oncologico", in attività e nell'analisi dei rischi possibili per ognuna di esse. In base agli esiti dell'analisi dei rischi vengono individuate e attivate azioni di miglioramento, la cui implementazione porta ad una diminuzione del grado di rischio.

L'introduzione della nuova formulazione, che comporta una modifica nello svolgimento delle attività di preparazione e somministrazione del farmaco, ha consentito di calcolare il nuovo indice di rischio per le attività e rischi correlati.

Il confronto dei risultati ottenuti dall'applicazione delle FMEA al processo di gestione della terapia

farmacologica con le due tipologie di somministrazione, ha permesso l'individuazione delle aree oggetto di cambiamento in termini di riduzione del rischio e incremento della sicurezza del paziente (Figura 4).

Incremento della qualità delle cure

Per quanto riguarda l'Incremento della qualità delle cure, sono diverse le dimensioni valutabili in tale ambito. La dimensione strettamente clinica legata agli esiti dei trattamenti non è stata oggetto dello studio, ma poiché il termine qualità è correlato a diversi aspetti tra i quali l'appropriatezza, sono state prese in analisi tre aree d'impatto:

1. qualità della vita del paziente correlata all'impegno temporale nei trattamenti,
 2. costi dovuti agli scarti del farmaco,
 3. risvolti correlati alla possibile modifica del *setting* assistenziale.
- Relativamente all'impegno temporale del paziente, sono state rileva-

te le tempistiche medie, espresse in ore, previste per ogni seduta tramite un campione di pazienti con schema terapeutico corrispondente a quello scelto come riferimento. E' stato ricostruito l'iter previsto e quantificati i tempi medi di ogni fase (dall'arrivo del paziente alla conclusione dell'osservazione post-somministrazione ed eventuale visita medica). Le tempistiche di somministrazione sono state rilevate dalle schede di somministrazione in uso presso i reparti.

Analogamente si è proceduto all'analisi dei costi derivanti dagli scarti. Sono stati rilevati i volumi settimanali, mensili e annuali degli scarti dovuti alla personalizzazione dei dosaggi per singolo paziente che può comportare l'utilizzo incompleto delle confezioni ed è stato fatto un confronto con la situazione a tendere, ovvero dosi fisse anche pre-confezionate della formulazione sottocute.

Per ultima è stata trattata l'area di impatto relativa al regime di ero-

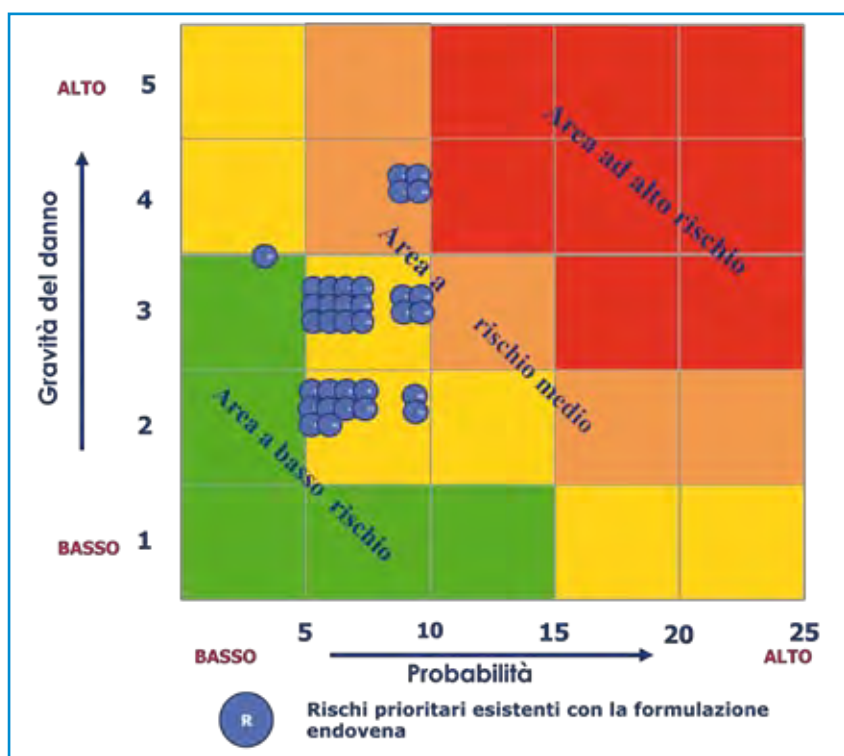


Figura 5. Mappatura dei rischi prioritari del processo di gestione della terapia farmacologica con l'uso della formulazione endovena

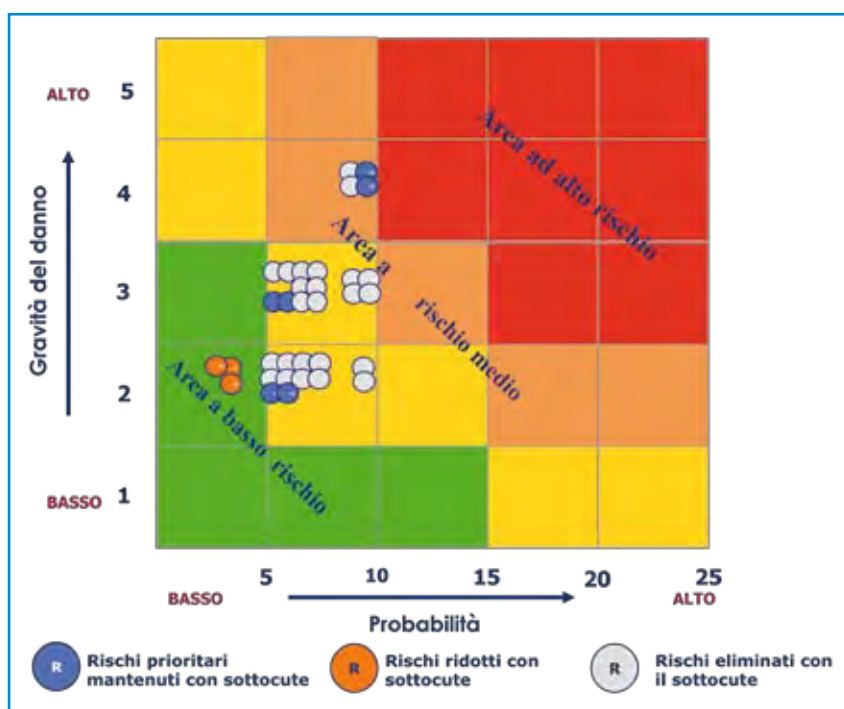


Figura 6. Mappatura dei rischi prioritari del processo di gestione della terapia farmacologica con l'uso della formulazione sottocute

gazione: il *setting* assistenziale. Sono stati rilevati gli attuali regimi di erogazione per la somministrazione del farmaco analizzato, indi-

viduate le tariffe previste e, per le Strutture con regime di erogazione in Day Hospital, è stata fatta una analisi di dettaglio finalizzata a va-

lutare i riflessi in termini di costi e ricavi nel caso di un possibile passaggio da un regime di erogazione all'altro.

Al fine di completare il quadro relativo agli attuali regimi di erogazione e poterne valutare i potenziali effetti, sono stati raccolti, elaborati e messi a confronto i dati relativi a tre differenti realtà regionali, confrontando tariffe DH regionale, TUC (Tariffa Unica Convenzionale che stabilisce i meccanismi di pagamento della mobilità sanitaria interregionale) e tariffe delle prestazioni ambulatoriali da nomenclatore regionale.

Diminuzione delle risorse richieste

Per quanto riguarda l'impegno temporale e assorbimento di risorse, sono state esaminate le modalità programmatiche del reparto e sono state raccolte le informazioni relative agli spazi utilizzati (letti e poltrone) sulla base del regime di erogazione; sono stati identificati i percorsi di alcuni pazienti tramite un'osservazione diretta del processo di gestione della terapia farmacologica e tramite interviste al personale coinvolto, al fine di rilevarne i tempi di preparazione (in reparto e in Farmacia), pre-medica-

zione, somministrazione e osservazione post-somministrazione. Al fine di quantificare l'assorbimento di risorse umane per la gestione della programmazione media giornaliera, l'impegno temporale del personale è stato espresso in termini di FTE (*Full Time Equivalent*), al fine di potere quantificare gli impatti derivanti dall'introduzione della nuova formulazione anche in termini economici. Il confronto tra le attuali prassi operative e quelle che verranno adottate a fronte dell'introduzione delle nuove formulazione sottocute ha consentito di quantificare le misure di impatto relative all'area "Impegno temporale e assorbimento risorse" attra-

verso l'analisi delle modifiche dei processi che la nuova formulazione sottocute può generare.

A completamento dell'analisi di impatto, è stata effettuata una valutazione sul risparmio economico che le aziende possono ottenere a fronte dell'adozione della nuova formulazione (analisi di *cost-saving*). A tal fine sono state individuate le voci che potevano essere quantificate economicamente, ovvero:

- Costi FTE infermieristici impegnati nella gestione del paziente;
- Costi FTE impegnati nell'allestimento del farmaco;
- Costi dovuti agli scarti.

L'analisi è stata condotta stratificando i dati per tre tipologie di Strutture Sanitarie, classificate in base ai volumi di pazienti in cura:

1. Struttura grande: più di 100 pazienti/anno;
2. Struttura media: da 100 a 50 pazienti/anno;
3. Struttura piccola: meno di 50 pazienti/anno.

Il risultato di questa ultima fase è costituito dalla relazione finale del progetto che esplicita e quantifica numericamente gli impatti per le singole aree analizzate.

I RISULTATI IN AMBITO DI RISCHIO CLINICO

Risultati interessanti sono stati ottenuti anche in ambito di rischio clinico e di aumento della sicurezza del paziente: l'applicazione della FMEA al processo Gestione della terapia farmacologica ha consentito, infatti, di valorizzarne gli impatti. Prendendo in esame le fasi e le attività su cui la formulazione sottocute poteva avere impatto, attraverso la riformulazione dell'indice di rischio per le attività del processo che hanno subito una modifica nelle modalità di espletamento, si evidenzia una diminuzione complessiva dell'indice di rischio (IR) del 75%.

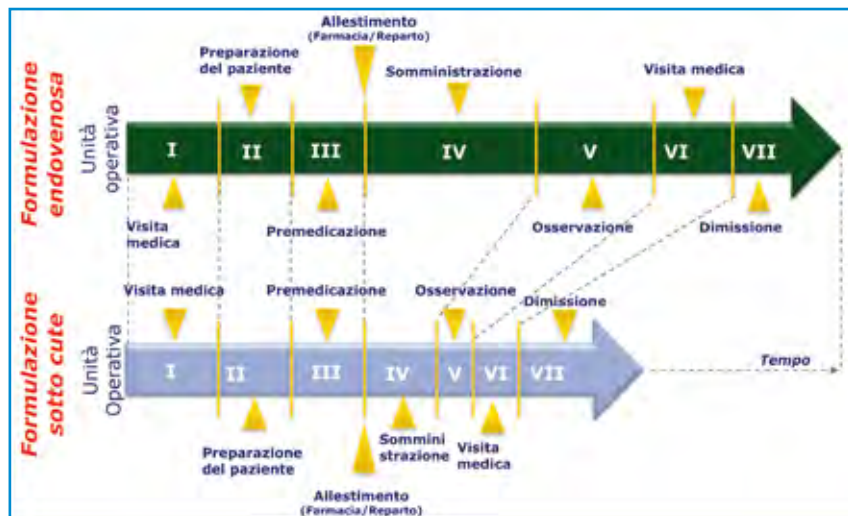


Figura 7. Riduzione del tempo di attraversamento del processo di gestione della terapia farmacologica

Su 33 attività su cui è stato individuato un rischio clinico, la nuova formulazione porta alla eliminazione di 23 attività e relativi rischi (eliminazione del 70 % delle attività a rischio). In particolare vi è un effetto sui rischi legati alla somministrazione endovena, alla fase di prescrizione (calcolo dosaggio), alla fase di allestimento delle sacche da infusione. Vengono inoltre a mancare i possibili effetti avversi da infusione (es. stravasamento, occlusioni dell'accesso venoso, infezioni, ecc.). Permangono peraltro i rischi associati ad attività nelle quali la modifica della formulazione non può avere impatti di rischio (es. errata identificazione del paziente). La Figura 5 evidenzia, nella matrice dei rischi prioritari con la collocazione delle aree di rischio secondo il relativo livello rischio, i rischi del processo con l'utilizzo della formulazione endovena. La matrice riportata in Figura 6 invece rappresenta i rischi mantenuti, eliminati e ridotti con l'introduzione della sottocute. Una riduzione complessiva dell'indice di rischio del 75% porta conseguentemente a un incremento della sicurezza del paziente, fattore di primaria importanza per le Aziende Sanitarie, non solo in quanto favorisce la tutela

del paziente, ma anche in quanto fortemente correlato ai costi aziendali legati ad eventuali risarcimenti di danni dovuti ad una non corretta gestione della terapia farmacologica. Quest'ultima voce di costo ha grande peso soprattutto per le Aziende Sanitarie che oggi sono in autoassicurazione o si stanno organizzando con programmi Regionali in merito.

I RISULTATI IN AMBITO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE

L'introduzione della nuova formulazione sottocute, per le modalità organizzativo-gestionali previste, risulta avere un importante impatto in termini di qualità delle cure e di diminuzione delle risorse richieste. Per quanto riguarda la qualità delle cure, essa viene migliorata sotto diversi aspetti:

- impegno temporale a carico del paziente,
- entità degli scarti di farmaco,
- *setting* assistenziale.

L'impegno temporale del paziente previsto dalla nuova formulazione risulta essere complessivamente inferiore rispetto all'attuale formulazione (Figura 7).

In particolare si rileva un abbatti-

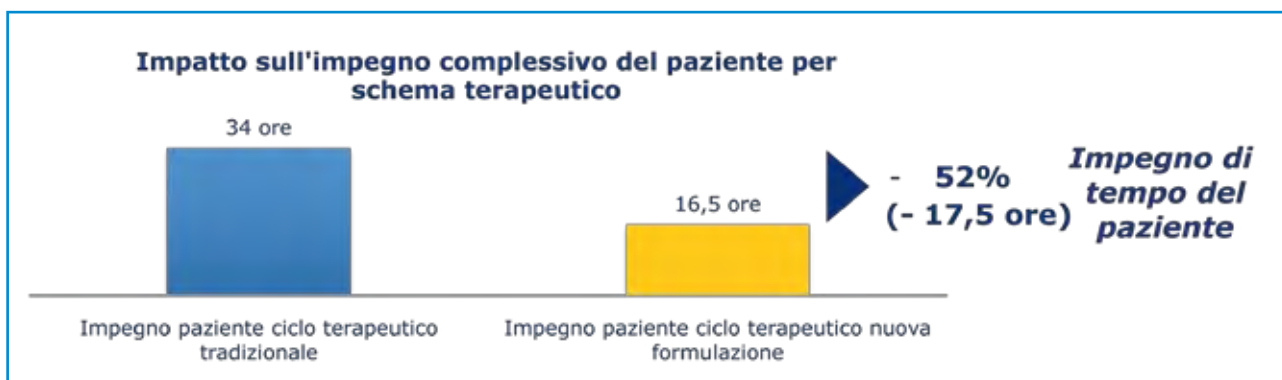


Figura 8. Tempo impegno paziente per schema terapeutico in esame (minuti)

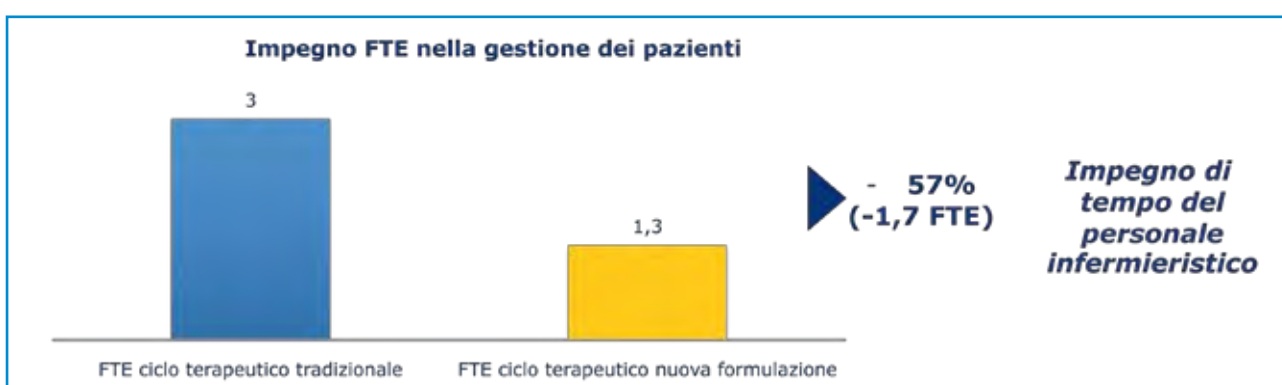


Figura 9. Impegno personale infermieristico

mento del tempo medio impegnato dal paziente, rispetto all'attuale formulazione endovenosa, del 52%, corrispondente a un monte ore di -17,5 ore per lo schema terapeutico preso in esame (Figura 8).

Per quanto riguarda gli scarti, si rileva che, sebbene le Unità Operative intervistate risultino oggi molto sensibili nell'evitare scarti del farmaco, non è sempre previsto un meccanismo dedicato al *Drug Day* e permangono ancora scarti quantificabili attorno all'1% dei volumi medi totali di farmaco utilizzati in un anno presso le Unità Operative coinvolte. La nuova formulazione sottocute, nel caso in cui preveda dosi fisse, potrà avere impatto anche sulla riduzione del valore degli scarti. Infine, relativamente al *setting* assistenziale rappresentato dal regime di erogazione, sono state valutate le possibili ricadute a fronte di un cambio di regime di erogazione, da *Day Hospital*

a regime ambulatoriale. L'analisi effettuata per le strutture che erogano oggi prestazioni in regime di *Day Hospital* evidenzia che un eventuale passaggio ad un regime ambulatoriale non comporta impatti, né in termini di ricavi, né in termini di costi. Un eventuale impatto sui costi potrebbe essere riscontrato qualora la struttura avviasse un adeguamento organizzativo con conseguente impatto sulla programmazione delle attività.

Per quanto riguarda la diminuzione delle risorse, l'introduzione della nuova formulazione, prendendo come riferimento lo schema della programmazione media giornaliera del reparto, consente una diminuzione del tempo impegnato per la gestione della programmazione media giornaliera, rispetto alle attuali modalità organizzative, del 57%, equivalente ad un risparmio di 1,7 FTE, stimabili in € 69.190 annui (Rif. Contratto Collettivo

Nazionale di Lavoro del personale del comparto del servizio sanitario nazionale) (Figura 9).

Anche nell'attività di allestimento del farmaco si rilevano variazioni considerevoli relativamente all'impegno del personale infermieristico di reparto e del personale della Farmacia: rispetto alle attuali tempistiche, si rileva una riduzione del 60% per la gestione della programmazione giornaliera e del 64% per uno schema terapeutico di un paziente tipo (considerando la tipologia di schema terapeutico preliminarmente individuato come riferimento).

In particolare si rileva una diminuzione del tempo dedicato da parte del personale infermieristico e del personale della Farmacia, rispetto alle attuali tempistiche, del 60% per la gestione della programmazione giornaliera e del 64% per uno schema terapeutico di un paziente tipo (considerando la



Figura 10. Possibile impatto sulle attività di allestimento del farmaco

tipologia di schema terapeutico preliminarmente individuato come riferimento).

L'introduzione della nuova formulazione ha inoltre un impatto per quanto riguarda il flusso delle attività relative all'allestimento del farmaco: una formulazione predosata potrebbe essere consegnata direttamente in reparto, con uno sgravio di lavoro per il personale della Farmacia (Figura 10).

Complessivamente, e quindi valutando tutte le aree d'impatto dal punto di vista economico, l'analisi di *cost-saving* ha evidenziato infine che, per la patologia interessata, l'introduzione della formulazione sottocute porterebbe una potenziale riduzione dei costi complessivi pari al 3,2% per le Strutture grandi, al 3,3% per le Strutture medie e al 3,6% per le Strutture piccole.

CONCLUSIONI

Il progetto e i risultati complessivamente ottenuti, come illustrato in Figura 12, rappresentano una evidenza oggettiva della quantificazione dei benefici che l'introduzione del sottocute consente di ottenere. Le aspettative legate alla nuova formulazione vengono complessivamente soddisfatte: viene confermato l'incremento della sicurezza

Riduzione costi* (%)	
Struttura grande (> 100 pz/anno)	- 3,2%
Struttura media (100 – 50 pz/anno)	- 3,3%
Struttura piccola (< 50 pz/anno)	- 3,6%

*costi FTE infermieristici impegnati nella gestione del paziente, costi FTE impegnati nell'allestimento del farmaco, costi dovuti agli scarti

Figura 11. Riduzione dei costi complessivi per la gestione della terapia di una patologia in ambito oncologico, dovuti al passaggio alla formulazione sottocute

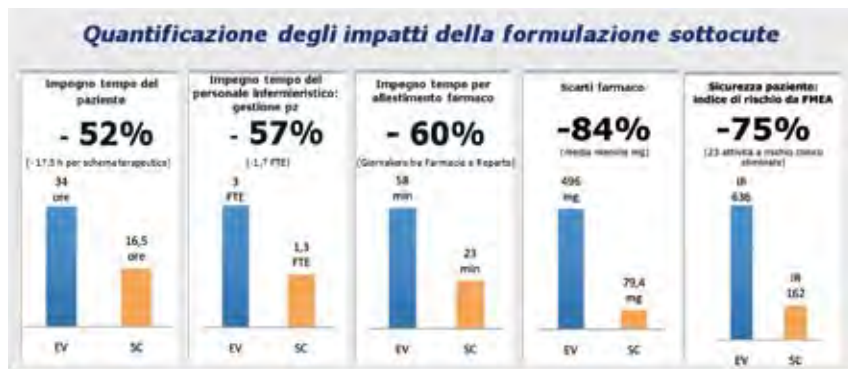


Figura 12. Quadro di sintesi dei risultati

del paziente, il miglioramento della qualità delle prestazioni e la diminuzione delle risorse necessarie a gestire le attività previste dalla programmazione giornaliera.

Al fine di comprendere le potenzialità di successo del cambiamento introdotto, sono state rilevate le aspettative (in termini di percepito) del personale coinvolto nel progetto sulla nuova formulazione.

Le attese evidenziate sono risultate essere:

- minore impegno da parte del paziente dovuto a tempi di somministrazione ridotti,
- maggiore rotazione delle poltrone per chemioterapia, minore occupazione posti letto,
- sgravio del carico di lavoro della Farmacia dovuto all'unico dosaggio previsto,

- minor rischio di reazione allergiche e problematiche nella gestione del catetere venoso centrale (non più previsto),
- maggiore soddisfazione del paziente,
- diminuzione degli scarti del farmaco.

Come si può notare esiste un'ottima relazione tra il percepito degli operatori e l'impatto potenziale derivante dall'introduzione di una nuova formulazione sottocute. Il contesto testimonia quindi che il cambiamento è possibile e presenta molti aspetti innovativi con potenziali impatti positivi a vantaggio del paziente e delle organizzazioni che lo hanno in carico. Per godere dei benefici di tale miglioramento è necessario però agire preventivamente sui modelli programmatori delle organizzazioni coinvolte, sui piani di lavoro e sulle modalità clinico assistenziali, al fine di agevolare l'introduzione di prodotti innovativi e, nel contempo, coglierne appieno i vantaggi.

BIBLIOGRAFIA

1. Accreditation Canada International. *Qmentum International Accreditation Program 2014 ROP (Required Organizational Practices) Handbook*, Ed. Accreditation Canada, 2013.
2. Bizzarri G., Canciani M., De Paoli G., Farina M., Guarneri C. *Il profilo di ruolo del Farmacista di area omogenea per intensità dicura: dall'ideazione ai risultati*. FrancoAngeli Editore, 2013.
3. Briggs AH., Mooney CZ., Wonderling DE. *Constructing confidence intervals for cost-effectiveness ratios: an evaluation parametric and non-parametric techniques using Monte-Carlo simulation*. Stat Med 1999; 18: 3245-62.
4. Earle CC., Chapman RH., Baker CS., et al. *Systematic overview of cost-utility assessments in oncology*. J Clin Oncol 2000; 18: 3302-17.
5. Gold MR., Siegel JE., Russel L., Weinstein MC., editors. *Cost effectiveness in health and medicine*. New York, NY: Oxford University Press Inc. 1996;pp. 366-9.
6. Grubaugh, Stephen G., and Rexford E. Santerre. *Comparing the performance of health care systems: An alternative approach*. Southern Economic Journal 1994; 60: 1030-42.
7. Harrington H. J. *Business process improvement*. MacGraw Hill, 1991.
8. Harrington H. J., Esseling E. K. C., *Business process improvement workbook*. MacGraw Hill, 1991.
9. *Il Farmacista di Dipartimento quale strumento per la prevenzione degli errori in terapia e l'implementazione delle politiche di Governo clinico in ambito oncologico* – Manuale Teorico Pratico, Ministero della Salute 2011.
10. ISO (International Organization for Standardization). *ISO 31000: 2009 "Risk management -Principles and guidelines"*. Trad. Italiano
11. ISO (International Organization for Standardization). *ISO/IEC 31010:2009 "Risk Management - Risk Assessment Techniques"*.
12. Joint Commission International. *Accreditation Standards for Hospitals, 4th Edition*, 2010.
13. Lichtenberg, Frank R. *Benefits and costs of newer drugs; An update*. NBER Working Paper No. 8996, 2002.
14. Martin Hoyle *Future Drug Prices and Cost-Effectiveness Analyses*, Pharmacoeconomics 2008; 26 (7): 589-602.
15. Nuijten M.J. *Data management in modelling studies: the selection of data sources*. Pharmacoeconomics 1998 Mar; 3 (3): 305-16.
16. Nuijten M.J., Rutten F. *Combining a Budgetary-Impact Analysis and a Cost-Effectiveness Analysis Using Decision-Analytic Modelling Techniques*. Pharmacoeconomics 2002; 20 (12): 855-867.
17. Ponzetti C. Farina M. *"La gestione del rischio clinico nell'organizzazione sanitaria: Approcci, modalità, strumenti e risultati"* - Edizione Regione Valle d'Aosta – 2007.
18. Richard J. *Challenges and opportunities in the delivery of cancer therapeutics*. TherDeliv. 2011 Jan;2(1): 107-21.
19. *"Risk Management sanità-problema errori"* Commissione Tecnica Rischio Clinico – DM 5 marzo 2003.
20. *UNI ISO 31000: 2010 "Gestione del rischio – Principi e linee guida"*.



IL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI BOLOGNA, POLICLINICO SANT'ORSOLA - MALPIGHI.

R. Belgiovine*, F. Ghini**

* Direzione Sanitaria – Settore Igiene Ospedaliera

** Coordinamento Attività Tecniche Integrate

Introduzione:

La Deliberazione della Giunta Regionale 21 luglio 2008, n. 1115 "Approvazione Linee Guida per la Sorveglianza e il controllo della legionellosi" della Regione Emilia-Romagna comprende per le strutture sanitarie la predisposizione di un sistema di controllo che prevede obbligatoriamente la Valutazione del Rischio, da aggiornare con periodicità annuale e documentare formalmente (Delibera).

Materiali e Metodi:

Per ottemperare a quanto disposto è stato sviluppato un Documento Aziendale denominato "Gestione del sistema acqua – sorveglianza e controllo della legionellosi" comprendente una parte introduttiva che contiene la matrice delle responsabilità ed il metodo di calcolo del rischio; una parte descrittiva riportante le caratteristiche impiantistiche dei Padiglioni e le tabelle riepilogative degli indici di rischio calcolati per Reparto; una parte operativa comprendente i protocolli manutentivi e di bonifica ed una parte di sorveglianza dedicata al monitoraggio microbiologico. Completano il documento alcuni allegati, tra i quali le informazioni e le indicazioni di carattere sanitario ai Reparti, come ad esempio l'eziologia della legionellosi, la definizione di caso di polmonite da Legionella e le precauzioni per la prevenzione della trasmissione.

Valutazione del Rischio

La valutazione del rischio avviene calcolando per singola Unità Operativa un indice di rischio impiantistico ed un indice di rischio clinico; il maggiore tra questi, compreso tra 1 e 30, rappresenta l'Indice di Rischio Complessivo.

Indice di Rischio Impiantistico (P1) = E+C1

"E" è un indice che viene calcolato a partire dalle caratteristiche della struttura ospedaliera intesa come Padiglione, e tiene conto dei seguenti parametri: alimentazione generale dell'acqua potabile, sistemi di produzione dell'acqua calda sanitaria, trattamenti di disinfezione, prassi di manutenzione degli impianti aereaulici, torri evaporative, documentazioni tecniche e manutentive.

"C1" è un indice legato alle condizioni impiantistiche presenti nel singolo reparto, e tiene conto dei seguenti parametri: reti idriche interne, terminali di erogazione, impianti di climatizzazione, manutenzione.

Indice di Rischio Clinico (P2) = S x C2

"S" è un indice della gravità con cui la polmonite da Legionella può colpire in relazione alle condizioni cliniche del paziente attribuito assegnando un valore variabile tra 1 e 10, dove 10 rappresenta il livello massimo di gravità.

"C2" è un indice, compreso tra 1 e 3, legato all'età e al sesso del paziente.

Gli Indici P1 e P2 tengono conto nella loro formulazione dei fattori da considerare nella predisposizione dell'analisi del rischio contenuti nelle Linee Guida Regionali.

Il maggiore tra P1 e P2 rappresenta l'Indice di Rischio Complessivo F

Conclusioni:

La predisposizione del Documento di Valutazione del Rischio (Delibera n. 22 del 4 febbraio 2013) ha permesso, tramite una approfondita attività di analisi, di individuare le situazioni più critiche all'interno dell'Azienda dove il rischio legionellosi è maggiore. Sono stati di conseguenza aggiornati il sistema di monitoraggio microbiologico e le prassi manutentive, al pari delle procedure di bonifica, al fine di migliorare le misure di prevenzione della legionellosi. L'attuale sistema di calcolo degli indici di rischio, tenendo conto dei dati storici consentirà nelle revisioni successive una sempre maggiore precisione nell'individuazione delle situazioni critiche e nella rimodulazione delle specifiche attività Aziendali.



PIANO di RIENTRO e TECHNE' RAZIONALIZZARE per NON RAZIONARE L' esperienza degli OO.RR. del CANAVESE ASLTO4



M. C. Bosco*, F. Cardillo**, R. Ippolito*, A. Scarcello*, E. Bianchetti**, L. Bertola**, C. Occhiena**, F. Boraso***, G. LaValle**** F. Ripa****

ASLTO4 -* Direzione Medica P.O.R Area C, ** S.I.T.R.O. Area C, *** Direzione Generale, ****CO.GE

Premessa

L'obiettivo di preservare la sostenibilità del sistema sanitario, resa critica da risorse sempre più limitate, negli OO.RR. del Canavese ha indotto, da luglio 2011 a giugno 2013, azioni di riorganizzazione articolate su tre aree clinico-organizzative per allinearle alle migliori evidenze e agli indirizzi della programmazione. Un momento di difficoltà è stato così tradotto in una sfida organizzativa utile a non ridurre i servizi, ma a migliorarne la strutturazione. Questo processo ha riguardato le aree materno-infantile, chirurgica e medica ed è stato fondato su scelte condivise tra i diversi professionisti, adattate al contesto e costantemente verificate.

AZIONI TRIENNIO 2011-2013

	2011		2012		2013		
	AREA MATERNO-INFANTILE PRIMA	DOPO	AREA CHIRURGICA PRIMA	DOPO	AREA MEDICA PRIMA	DOPO	
RIORGANIZZAZIONI	n° SEDI ospedaliere	2 SEDI • Ivrea • Cuorgnè	1 SEDE • Cuorgnè	2 SEDI • Ivrea • Cuorgnè	2 SEDI • Ivrea • Cuorgnè	3 SEDI • Ivrea • Cuorgnè • Castellamonte	2 SEDI • Ivrea • Cuorgnè
	n° UNITA' di degenza	2 PUNTI NASCITA 5 unità di degenza	1 PUNTO NASCITA 3 unità di degenza	5 DEGENZE per specialità	3 DEGENZE per intensità di cura	5 DEGENZE	4 DEGENZE con RICONVERSIONE di una sede ospedaliera
	dettaglio degenze	1. Ost-Gin Ivrea 2. Nido Ivrea 3. Ost-Gin Cuo 4. Nido Cuo 5. Pediatria con Neonatologia	1. Ost-Gin Cuo 2. Nido Cuo 3. Pediatria con Neonatologia	1. Chir.gen Ivrea 2. Urologia Ivrea 3. ORL - OCL Ivrea 4. Chir-Orto Cuo 5. Day Surgery Cuo	1. Alta e media intensità Ivrea 2. Week - Day Ivrea 3. Week - Day Cuo	1. Med.gen Ivrea 2. Med.gen Cuo 3. Geriatria Cuo 4. LD Castel 5. RRF II liv Castellamonte	1. Med.gen Ivrea 2. Med.gen Cuo 3. Geriatria Cuo 4. LD Cuo
RAZIONIZZAZIONI	SPAZI e STRUTTURE (in meno)	- 1 SEDE - 2 unità di degenza - 10 pl - 5 medici - 10,7 infermieri - 2,3 ostetriche - 5 puericultrici - 8 OSS		- 2 unità di degenza - 3 pl - 4 medici - 1 coordinatore inf. - 15,5 infermieri - 6,3 OSS		- 1 SEDE - 1 unità di degenza - 46 pl - 2 medici. - 13,4 infermieri - 10,3 OSS	
	PERSONALE (recuperato)						

Effetti Economici

Recupero e Riutilizzo del personale

medici	11
coord	1
inf	38,6
inf ped	
ostetrica	2,3
puericultr.	
OSS	24,6
TOT	72,5

MINOR SPESA MANTENENDO I SERVIZI	31,5	37,72%	1.805.100
MANTENERE SERVIZI (MATERNITA' INDONEITA)	12,5	14,97%	
INNOVAZIONE - INCREMENTO SUPPORTO	39,5	47,31%	

Altra < spesa

	mq	costo mq euromese	< spesa euro anno
degenze vuote	3.100	3,2	119.040
degenze convertite in week	1.400	3,2	15.519
degenze convertite in ambulatori	550	1,9	8.580
TOTALE	5.050		143.139

~1.948.000 €

Bibliografia

- "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Accordo Stato-Regioni e province autonome di Trento e Bolzano del 16/12/2010.
- D.M. Berwick, A.D. Hackbarth. *Eliminating Waste in US Health Care*. JAMA; 2012; 307(14).
- N. Cartabellotta. *Più assistenza con meno risorse: mission impossible o realistica miraggio?* Il Sole 24 ore Sanità; 2013; 19-25 febbraio: 14-16.
- Piano Socio Sanitario Regione Piemonte 2012-2015.

INRCA: VALUTAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE IN UN OSPEDALE GERIATRICO SU PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA SEVERA

Dott.ssa Ferrara Letizia-Coordinatore Qualità-RischioClinico Direzione Medica Ospedaliera INRCA

Dott.ssa Mannello Lucia Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università Politecnica delle Marche

Infermiere Professionale Benedetti Alessandro Unità Operativa Geriatria INRCA Fermo

Dott.ssa Sorvillo Francesca Unità Operativa Geriatria INRCA Fermo

Dott.ssa David Serenella Direttore Medico di Presidio- Direzione Medica Ospedaliera INRCA

Parole Chiave: Demenza, palliazione, clinical pathways

Introduzione

La demenza severa è una malattia terminale che raramente viene riconosciuta come tale, pertanto, soprattutto durante il ricovero ospedaliero, si ricorre a trattamenti aggressivi piuttosto che a Cure Palliative(CP). in questa fase l'obiettivo di cura è la massimizzazione del comfort.

Questo studio condotto sui pazienti affetti da demenza severa ricoverati all'INRCA ha l'obiettivo di descrivere l'assistenza ospedaliera e evidenziare il bisogno di CP come valutazione preliminare per una riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e la definizione di un Pathway "Profilo di assistenza per la gestione e il trattamento del paziente bisognoso di Cure Palliative".

Contenuti

Sono stati arruolati i pazienti affetti da demenza severa, definita come un punteggio della scala FAST(Functional Assessment Stages) $\geq 7(1)$, ricoverati il 24/04/2013 nei reparti di Geriatria, Clinica di Medicina Interna, Neurologia, Lungodegenza-Post-Acuzie. Successivamente è stato valutato il bisogno di cure palliative secondo i criteri di Weissman e Meier, l'esposizione a procedure invasive(Catetere Venoso Periferico/Centrale, Sondino Naso Gastrico, alimentazione parenterale, endoscopie, emogas-analisi, paracentesi, contenzione), l'appropriatezza della terapia farmacologica secondo la classificazione di Holmes e il livello di *discomfort* misurato con la Discomfort Scale-Dementia of Alzheimer Type(DS-DAT).

Su 75 pazienti ricoverati, ne sono stati arruolati 18 con demenza severa(11 femmine, 7 maschi, età media 84 anni con DS \pm 5 anni, degenza media 12 giorni). Tutti i 18 pazienti necessitavano di CP in ambiente ospedaliero. Ogni paziente era sottoposto in media a 3 procedure invasive.

I pazienti assumevano in media 8.3 farmaci(DS \pm 2.87), 6 pazienti più di 10 farmaci. 14 pazienti sono stati sottoposti a trattamenti farmacologici "raramente appropriati" e "mai appropriati" secondo la classificazione sec. Holmes prescritti per patologie concomitanti.

Il valore medio del livello di *discomfort* è risultato 11,29(DS \pm 5.03) su una scala da 0 a 27.

Nessun paziente aveva un tutore legale, né un Amministratore di Sostegno, né Direttive anticipate di Trattamento.

Conclusioni

Da questa indagine di prevalenza è emerso che tutti i pazienti arruolati erano meritevoli di CP, che gli strumenti utilizzati sono applicabili e idonei a rappresentare i vari aspetti di uno stesso fenomeno.

Si possono definire prioritari i seguenti concetti.

Aggiornare l'appropriatezza prescrittiva: focalizzando che l'obiettivo di cura è massimizzare il comfort attraverso la liberazione dal dolore e dalla sofferenza e che i farmaci prescritti per patologie concomitanti possono essere sospesi/non erogati per evitare trattamenti futili e ridurre effetti collaterali, oneri assistenziali e costi.

Riconsiderare le procedure invasive (CVP, CVC, SNG, alimentazione parenterale, endoscopie, emogas-analisi, paracentesi, contenzione) sono aspetti comuni alla cura di malati fortemente compromessi ma in un paziente terminale possono considerarsi accanimento terapeutico.

Condividere il decision making: il deterioramento cognitivo del paziente complica molte decisioni e in assenza di dichiarazioni anticipate per rispettare il principio di autonomia e l'interesse del malato è necessario condividere il decision making tra familiari e clinici.

Realizzare un percorso clinico assistenziale che ridefinisca attività e interventi di ciascuna professionalità sanitaria per garantire cure ottimali (cl clinicamente appropriate ed eticamente doverose) rispetto alle mutate necessità anche con l'accompagnamento dignitoso alla morte. Non prolungare il processo del morire e non segnarlo di sofferenze indotte da trattamenti ormai futili.

Questa indagine può essere considerata un punto di partenza per percorsi di miglioramento nell'efficacia e nell'efficienza dell'assistenza ospedaliera.

Guaccero A°, Mundo A, Fusano MS, Leaci A*

Direzione Medica, *Direttore Medico - Presidio Ospedaliero San Paolo - ASL BARI

° Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva-Università di Bari



CONSENSO INFORMATO: *una criticità ancora incompresa*

INTRODUZIONE

Il Consenso Informato (CI) è la manifestazione della volontà del paziente e rappresenta un momento importante nel rapporto che il medico intrattiene con il paziente.

Tale aspetto, nella attuale evoluzione sia della scienza medica che della legislazione, non si fonda più solo sulla maggiore o minore sensibilità del medico, ma si configura soprattutto come un preciso diritto del cittadino in qualità di paziente.

Ricopre quindi una posizione di prim'ordine, dato che la sua assenza viene indicata quale fonte di responsabilità del medico, fianco sotto il profilo penale, ove si ricorda che vi sono comportamenti, i quali, in mancanza di consenso, integrano gli estremi di reato.

CONTENUTI

La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero San Paolo ha incrementato nel 2010 il controllo interno delle Cartelle Cliniche (CC), con l'intento di verificare la qualità dell'attività clinica e diffondere la cultura della CC come strumento essenziale per il lavoro dei clinici e per la prevenzione del rischio e del contenzioso.

In prima istanza è stata fatta una rilettura critica della letteratura e

della normativa vigente per costruire uno strumento utile a misurare la qualità della CC.

E' stato condotta una rilevazione sugli aspetti formali della compilazione della cartella clinica su un campione casuale pari al 5% circa di tutte le CC prodotte nel corso dell'anno 2010 (600 CC).

Il dato sulla correttezza compilativa del CI è risultato del 34%.

Nella seconda fase operativa è stato prodotto in stampa un opuscolo divulgativo sulla corretta compilazione della CC, distribuito a tutti i Dirigenti Medici delle Unità Operative dell'Ospedale; sono state organizzate 4 Giornate di Aggiornamento dedicate ai Dirigenti Medici per confrontarsi con le loro difficoltà operative e adottare soluzioni condivise; per tutto l'anno 2011 la Direzione Medica ha effettuato controlli a campione sulle CC per verificare l'attuazione delle disposizioni impartite ed evidenziarne le problematiche, attuando audit e redigendo verbali.

Nel periodo maggio-dicembre 2012 si è proceduto ad una nuova rilevazione a campione su 600 CC per verificare e confrontare i dati precedenti.

Il consenso informato era presente e

corretto nel 37% dei casi, risultava completamente assente nel 34% dei casi, mentre era incompleto (solo la firma del paziente o solo la firma del medico) nel 29% dei casi.

CONCLUSIONI

Nonostante il grande impegno della Direzione Medica del Presidio, il confronto dei dati tra le rilevazioni effettuate nel 2010 e nel 2012 si è dimostrato piuttosto deludente e preoccupante.

L'analisi ha dimostrato che l'acquisizione del CI è ancora visto dagli Operatori Sanitari come una mera prassi burocratica, che non riflette invece il rapporto relazionale col paziente, elemento

imprescindibile a garantire il diritto all'autodeterminazione del paziente nelle scelte inerenti la propria salute.

L'analisi condotta ha evidenziato la necessità di avviare un processo di miglioramento nella compilazione del CI, rivedendo i moduli attualmente

in uso, al fine di renderli essenziali, accurati e di facile lettura e comprensione per il paziente. La validità del CI è raggiungibile solo quando tutti i professionisti sanitari comprenderanno a pieno la sua importanza non solo come strumento di lavoro, ma anche e soprattutto come strumento di tutela del medico e del paziente.



ASL NAPOLI 1 CENTRO
 Via Napoli 1 Centro
 80131 Napoli (NA)
 Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo
 Via A. Vesputio, 20442 Napoli
 Tel. 081 544 1111 - Fax 081 544 1112

Fattori di Rischio e Prevenzione del Maltrattamenti dell'infanzia



*Matarazzo G. - °Longanella W. - °Manzi E. - °Vittorioso L. - ^Nappo V. – ^Vescuso A.

*Direttore Sanitario P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

° Dirigente Medico di Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

^ Dirigente Medico U.O. Neonatologia Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

° Responsabile U.O. Neonatologia Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

Parole chiave: Rischio Maltrattamenti, Neonati, Condizioni Socioeconomiche

Introduzione

In Italia alle soglie del 2000 sui bambini si consumano ancora maltrattamenti attraverso il compimento di atti che ledono la loro integrità fisica e morale. L'indice tendenziale di nascite presso il P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo è di circa 1000 nati all'anno. Da alcuni anni il responsabile dell'U.O. Di Neonatologia in accordo con la Direzione Sanitaria presidiale, ha intrapreso un'iniziativa di studio sul contesto familiare dei bambini nati presso la struttura, per identificare i potenziali rischi di maltrattamento degli stessi.

Conclusioni

La frequenza di maltrattamento neonatale è riconducibile all'interazione di alcuni fattori di rischio connessi alle condizioni socioeconomiche della famiglia e ad alterazioni caratteriali dei genitori. È stato stabilito che dopo il parto o alla dimissione del neonato venissero somministrati dei questionari (in modalità anonima) ai genitori per rilevare le caratteristiche comportamentali o socioeconomiche. Sono stati analizzati: reddito familiare, grado di istruzione dei genitori, stabilità del nucleo familiare, dati occupazionali dei genitori, modalità di possesso dell'abitazione di residenza, numero di gravidanze precedenti, con percentuale di gravidanze non desiderate. Inoltre sono stati analizzate caratteristiche caratteriali dei genitori mediante del test per il grado di stress e di depressione, nonché è stato chiesto se avevano subito maltrattati da bambini, se avevano buone relazioni con i suoceri e se avevano fatto uso di droga o di alcol in quantità eccedenti la norma.

Dall'indagine effettuata su circa 1027 coppie di genitori, è stato rilevato che la media del reddito familiare è di circa € 1.350,00 mensili, che nel 7% dei casi il rapporto di coppia era instabile; nel 42 % dei casi i genitori avevano la licenza elementare, nel 43% quella media, 13% diploma e 2% la laurea; 5% erano disoccupati e 44% senza stabile lavoro, 35% operai, 9% impiegati, 9% libero professionisti e 4% commercianti; 24% erano proprietari dell'abitazione in cui vivevano, 60% l'avevano in fitto e il 16% coabitava o viveva in locali di fortuna; nell'8,6% dei casi la gravidanza non era desiderata; nel 4% dei casi uno o entrambi i genitori erano stati maltrattati da bambini; il 40% dei genitori risultava essere stressato; il 20% iracundi o autoritari; il 15% depressi ed il 16% risultava avere contrasti con i suoceri. Per quanto attiene l'uso di droga o alcol i soggetti in studio non si sono espressi.

Sono stati poi considerati quali bambini a rischio quelli i cui genitori presentavano almeno 2 dei fattori di rischio elencati. Ed il 15% dei neonati nati nell'anno 2012 presso il P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo lo era a rischio di maltrattamento.

Conclusioni

Un'azione decisa s'impone pertanto al momento in cui i fenomeni del tessuto familiare ed urbano spingono l'infanzia fuori da situazioni di legalità e del vivere civile. Il fine del nostro lavoro è quello di promuovere nelle istituzioni, nella società civile e soprattutto nelle famiglie, l'impegno e l'interesse a garantire lo sviluppo armonico psicofisico dell'infanzia. Potrebbe essere attivato uno sportello di assistenza ai genitori che fornisca agli stessi formazione su come devono aver cura dei propri bambini, iniziando nel periodo post partum. In tale periodo, una volta individuati i soggetti a rischio farli seguire presso i consultori o a domicilio da figure professionali idonee. La rimozione degli squilibri economici e sociali, la sensibilizzazione dell'opinione pubblica e una idonea campagna di prevenzione sono obiettivi da perseguire con l'aiuto della medicina territoriale, dei consultori, con una forte spinta degli organi di governo regionali, comunali ed aziendali nonché con il supporto degli organi di informazione.

La salute, la cultura, la dirittura morale delle future generazioni dipenderà molto dall'impegno che le istituzioni tutte produrranno nel prendersi cura dell'infanzia.





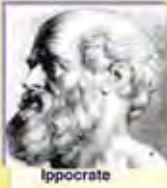
Azienda Ospedaliera Universitaria
 "Policlinico - Vittorio Emanuele"
 Catania
 Direttore Generale f.f.: **Dr. Antonio Lazzara**



La cartella clinica integrata, uno strumento del cambiamento: l'esperienza dei PP.OO. Vittorio Emanuele e Ferrarotto di Catania

A.R. Mattaliano*, R.Cunsolo**, M.G. Torre[†], G. Saglimbeni[†], V.Parrinello[§]

* Direttore medico di Presidio PP.OO. V.Emanuele-Ferrarotto - ** Dirigente medico di Presidio PP.OO. V.Emanuele-Ferrarotto - † Responsabile Servizio Infermieristico PP.OO. Vittorio Emanuele-Ferrarotto - § Referente aziendale Rischio clinico - † Responsabile Qualità e Rischio clinico



Ippocrate

Cartella Clinica, strumento per:

- **Didattica e ricerca**
- **Finanziamento e remunerazione**
- **Comunicazione efficace tra professionisti per diagnosi e cura**
- **Continuità assistenziale e follow-up**
- **Esercizio di diritti: persona assistita, Azienda; Operatori**
- **Prevenzione di errori ed eventi avversi per difetto di comunicazione**

CARTELLA CLINICA INTEGRATA



SCHEDE UNICA DI TERAPIA

GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE PER:

- **Definire** requisiti e standard derivanti da Sentenze, Raccomandazioni ministeriali, Manuale per l'accreditamento Joint Commission, Norme nazionali e regionali (come nel caso della **scheda unica di terapia**)
- **Predisporre un format di CC** delle parti comuni a tutte le discipline specialistiche ad alla professione infermieristica circa: anagrafica; valutazione iniziale infermieristica e medica; scheda di diario clinico comune

Format di CC:

- **Sperimentato** in 8 UO rappresentative delle specialità
- **Applicato** sull'assistenza resa a 10 pazienti
- **Integrato** con osservazioni e suggerimenti
- **Revisionato** nella parte specialistica per le sezioni di valutazione iniziale infermieristica e medica

RISULTATI ATTESI CON LA REDAZIONE DEL NUOVO FORMAT DI CC INTEGRATA

- G**
- **COMPLIANCE** di tutte le **professionalità** coinvolte nel processo di diagnosi e cura dei PP.OO. Vittorio Emanuele e Ferrarotto
- O**
- **RICONOSCIMENTO** della CC integrata come strumento efficace per integrare le **professionalità** e per migliorare la **sicurezza** del paziente
- A**
- **SOLUZIONE UTILE** per garantire l'**omogeneità** delle valutazioni iniziali e il rispetto dei requisiti e degli standard, nazionali e regionali
- L**
- S**





**POLITICA, ECONOMIA
E TECNÈ:
PER QUALE SANITÀ?**
ROMA 25-27 SETTEMBRE 2013



PAZIENT SATISFACTION E DIFFERENZE DI GENERE: INDAGINE IN UN'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

Mura I.¹, Azara A.¹, Castiglia P.¹, Piana A.¹, Saderi L.¹, Pisone E.¹, Pes M.A.²

¹Dipartimento di Scienze Biomediche – Sez. Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari

²Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, Direzione Sanitaria

Introduzione: Nei modelli multidimensionali di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie, la rilevazione della qualità percepita è uno strumento ordinario di autovalutazione, ricompresa tra gli obiettivi assegnati dalle Regioni ai D.G. Nell'ambito del processo di umanizzazione/personalizzazione dei servizi erogati, l'attuale dibattito sulla medicina di genere suggerisce l'importanza di valutare i risultati delle indagini di *patient satisfaction* anche secondo questa prospettiva, visto che eventuali differenze rilevate possono offrire preziose indicazioni per implementare la qualità dei servizi erogati.

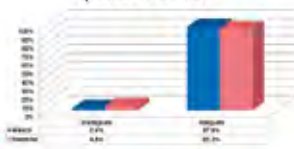


Contenuti: L'indagine è stata condotta su un campione di circa 1800 dimessi dai reparti dell'AOU di Sassari mediante somministrazione di un questionario anonimo di 50 domande "chiuse" con 6 possibili gradi di valutazione, 3 negativi e 3 positivi distribuite su 5 aree prioritarie di percezione (personale sanitario, organizzazione, ambienti, servizi di contorno, stato di salute percepita al termine del ricovero) e una domanda finale "aperta".

Relativamente ai risultati, il questionario è stato compilato da 1.051 utenti (59,4% sesso femminile). La fascia di età più rappresentata tra le donne (età media 41 anni) è ricompresa tra 25 e 44 anni (51%), tra gli uomini (età media 48 anni) è quella di 65 anni e oltre (30,2%). Relativamente al titolo di studio, le donne presentano maggiore scolarità col 17,38% provvisto di laurea o titolo superiore, a fronte del 9,43% del campione maschile. La valutazione della propria condizione di salute, è uguale per entrambi i sessi, col voto massimo dichiarato dal 37,6% delle donne e dal 36,4% degli uomini. Nella valutazione complessiva del servizio ricevuto rispetto alle aspettative, il 46% delle donne e il 50% degli uomini dichiara che è stato migliore delle attese, il 48% delle donne e il 46% degli uomini uguale alle aspettative. Il giudizio nei confronti del personale medico e infermieristico è positivo per il 98% degli uomini e per il 96% delle donne, ma solo il 35% delle donne assegna il voto più alto a fronte del 44% degli uomini. I maschi dichiarano di aver ricevuto un'adeguata terapia del dolore nel 99% dei casi, a fronte del 95,22% delle donne. Le informazioni fornite dal personale sono considerate inadeguate dal 4,7% delle donne e 2,4% degli uomini. L'organizzazione complessiva dell'ospedale viene valutata negativamente dal 15,6% delle donne e dall'8,3% degli uomini, positivamente dall'84,4% delle donne e dal 91,7% degli uomini.

La valutazione degli ambienti riceve un giudizio positivo dal 63,2% delle donne e dall'80% dei maschi, negativo dal 36,8% delle donne contro il 20% del sesso opposto. Per quanto riguarda i servizi accessori, la qualità dei pasti, che ha riportato la valutazione peggiore su tutti gli aspetti indagati in entrambi i sessi, viene definita inadeguata dal 43,89% delle donne e dal 37,44% dei maschi.

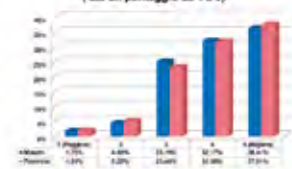
Nel complesso, come valuta le informazioni che il personale Le ha fornito?



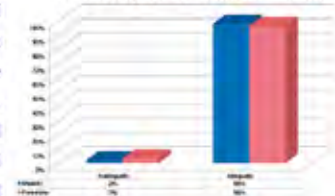
Qualità dei pasti



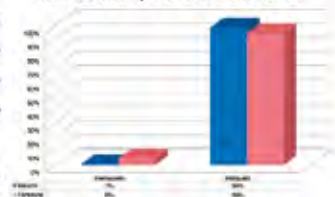
Come va in generale la Sua salute? (da un punteggio da 1 a 6)



Come valuta il personale medico e infermieristico?



Come valuta la terapia del dolore che ha ricevuto?



Come valuta, nel complesso, gli ambienti (camere, corridoi, altri locali) del reparto?



Conclusioni: L'analisi della qualità percepita non ha evidenziato differenze di genere per i giudizi strettamente legati al trattamento assistenziale, come il comportamento del personale medico e infermieristico, l'adeguatezza della terapia del dolore, gli esiti delle cure. Per contro, le donne esprimono un giudizio, ancorché positivo, significativamente peggiore rispetto agli uomini sull'organizzazione e fortemente critico su tutti gli aspetti alberghieri del ricovero. L'analisi ha fornito informazioni estremamente utili per azioni correttive di miglioramento.





**POLITICA, ECONOMIA
E TECNE:** ROMA
PER QUALE SANITÀ? 25-27 SETTEMBRE 2013



**Integrazione socio-culturale e sanitaria:
Educazione alla salute per le donne immigrate**

INTRODUZIONE: IN UNA SOCIETÀ MULTIETNICA L'INTEGRAZIONE SOCIO-CULTURALE DIVENTA ELEMENTO FONDAMENTALE DI SALUTE PERTANTO L'A.I.D.M. SEZIONE DI ROMA CENTRO HA PROMOSSO UN PIANO DI EDUCAZIONE SANITARIA PER LE DONNE IMMIGRATE, PRESENTATO ANCHE IN CONSULTA FEMMINILE PER LE PARI OPPORTUNITÀ DELLA REGIONE LAZIO. IL PROGETTO HA COME FINALITÀ UNA MAGGIORE INTEGRAZIONE CULTURALE, SOCIALE E QUINDI LAVORATIVA, DELLE DONNE IMMIGRATE NEL TERRITORIO DEL COMUNE DI ROMA.

Le conferenze vengono offerte gratuitamente presso il Consultorio dei Condottieri in Roma nel quartiere Ila ASL RM/C di Piazza Casilino, sito nella zona di Tor Pignattara, sede multietnica in rapido ripopolamento.

Il territorio che si è scelto per la realizzazione del progetto è infatti luogo di immigrazione per vocazione già nell'immediato dopoguerra, dopo il bombardamento dello Scalo San Lorenzo del luglio 1943, è stato meta di colonizzazione di operai e ferrovieri in special modo da Marche, Abruzzo e Calabria.

Durante il boom degli anni '60-'70 si è assistito all'inizio dell'immigrazione straniera ex coloniale (Eritrea, Etiopia e Somalia) per la crescente richiesta di aiuto domestico. L'ingresso nel mondo del lavoro delle donne nate dopo il secondo dopoguerra e la loro socializzazione ha determinato la necessità di delegare le mammine casalinghe incrementando la forza lavoro anche stranieri.

L'apertura delle frontiere nell'Est con la caduta del muro di Berlino ha favorito la migrazione di donne già lavoratrici nei loro paesi. Inoltre, l'ultima ondata migratoria che ha colonizzato la zona: gli insediamenti orientali (Cina, Corea, Filippine, Bangladesh) che hanno trovato la loro sistemazione alloggiativa e lavorativa sfruttando un mercato immobiliare particolarmente conveniente.

Con il progressivo invecchiamento della popolazione ed il declino della natalità, negli anni '90 si è resa necessaria una nuova tipologia di lavoratrice: la badante.

Contenuti

Il programma è strutturato in vari incontri nell'ambito di un corso di socializzazione in lingua italiana, con la partecipazione di varie figure professionali e di diversa specializzazione, in gran parte rappresentanti proprio della nostra associazione. Gli incontri sono guidati in maniera interattiva per stimolare l'uso della lingua italiana e far conoscere attraverso le regole basilari dell'igiene le tradizioni e gli usi dei vari paesi di provenienza, nella convinzione che la commistione delle abitudini domestiche e quotidiane sia il tramite più immediato all'integrazione culturale.

QUESTO CICLO DI CONFERENZE SU VARI ARGOMENTI DI INTERESSE SOCIO-SANITARIO VA A TRATTARE:

1. IL UNIVERSO RITUALE E IL LAVAGGIO IGIENICO: ORIGINI, SIGNIFICATI, MODALITÀ E MOTIVAZIONI
2. LA MATERNA E L'ALLATTAMENTO AL SENO: QUANDO L'EDUCAZIONE È PREVENZIONE E CURA
3. LA MORTALITÀ: UN SENTIMENTO CHE VA COLTIVATO PER PREVENIRE UNA MALATTIA
4. LA SANISSIONA PERDUTA: COSA SI È PERDUTO NELLA CITTÀ - COSA POSSIAMO TROVARE E COSA DOBBIAMO RICOPIRIRE NELLA CITTÀ (TRADIZIONI, CALENDARI, COSTUMI)
5. IL MATRIMONIO NELLA SOCIETÀ MULTICULTURALE

Nasi G, Cecchi P, Amorfini G, Falagarino M, Forte L, Gerace T, Macciomei MC, Mastromatteo AM, Mostardi M, Positano ME, Risi PM, Rossi F, Soldano S, Valle G, Di Mauro C

In conclusione
SI PUO' FARE

Associazione Italiana Donne Medico Sezione Roma Centro



OSSERVATORIO LESIONI CUTANEE - PROCEDURA INFORMATIZZATA



- Autori**
- ◆ Bruna Rebagliati, Direttore Presidio Ospedaliero Unico ASL 3 Genova
 - ◆ Ida Terenzi, Direttore Sanitario ASL 3 Genova
 - ◆ Marco Marchelli, Responsabile Nucleo Operativo Lesioni Cutanee ASL 3 Genova
 - ◆ Maria De Martinis, Coordinatore Gruppo Operativo U.O.R. ASL 3 Genova
 - ◆ Maria Fiol, Direttore DMO S.O. Villa Scusi

- ◆ Isabella Cevason, Responsabile Area Informatistica
- ◆ Fabio Dentari, Pignomatari Sistema Informativo ASL 3 Genova

- Parole Chiave**
- ◆ Lesioni, Epidemiologia, Prevenzione

Introduzione

L'indagine europea (a cui ha partecipato anche l'Italia) evidenzia un dato preoccupante: "solo il 9,7% dei pazienti a rischio ha ricevuto una completa e adeguata assistenza preventiva". Ciò testimonia la gravità e la sottovalutazione del problema e, in generale, della sicurezza e/o riduzione dei rischi per il paziente. Se si considera l'investimento della popolazione e il correlato cambiamento del quadro epidemiologico caratterizzato dalla cronicità, questo problema è pressantemente destinato a crescere in termini di conseguenze negative. Come sottolinea la Joint Commission "l'insorgenza di LDP è un evento avverso disastroso, costoso ed evitabile che ha una prevalenza troppo elevata negli ospedali americani. La prevenzione delle LDP è un intervento fondamentale non nuovo, non costoso e che ha la potenzialità di salvare migliaia di pazienti da un destino evitabile".

Confrontando con quanto sopra, la Joint Commission inserisce tra gli obiettivi nazionali per la sicurezza del paziente 2010 (National Patient Safety Goals) l'obiettivo n. 14 "Prevenire lo scricchiolio da pressione associato all'assistenza sanitaria" e obiettivo 14.01 "Valutare il paziente per il rischio di scricchiolio da pressione".

Alla ASL 3 Genova è stato implementato uno strumento per l'ascolto e l'analisi dei dati inerti la gestione del rischio di scricchiolio da pressione e il monitoraggio delle lesioni cutanee nei pazienti che affluiscono negli ospedali e nelle strutture territoriali della ASL 3 Genova (Assistenza Domestica, Ambulanza Infermieristica, R.S.A.).

Prodotto dal Nucleo Operativo Lesioni Cutanee della Direzione Sanitaria e sviluppato dal personale del SA aziendale. Tale strumento traccia tutte le informazioni inerenti e permette l'elaborazione dei dati, inducendo un miglioramento nella gestione del rischio clinico aziendale consentendo di monitorare il paziente nei vari passaggi all'interno della rete dei servizi (eccezioni inserite in ospedale, trasferita in RSA e successivamente presa in carico a domicilio).

Obiettivi

- ◆ i dati anagrafici del paziente e luogo di presenza del paziente al momento della registrazione (ospedale, RSA, home care);
- ◆ la prevenzione del paziente;
- ◆ il rischio del paziente, secondo la scala di Braden, nel contesto L.I.P.
- ◆ le lesioni cutanee presenti al primo;
- ◆ le lesioni cutanee insorte durante il trattamento e la loro evoluzione;
- ◆ gli esiti finali al paziente;
- ◆ l'uscita del paziente dalla struttura con elaborazione di scheda di dimissione;

Il Nucleo Operativo Lesioni Cutanee è responsabile dell'elaborazione dei dati rilevanti e fornisce la consulenza per il loro corretto inserimento. Il Personale Infermieristico della Unità Operativa applica i protocolli di prevenzione e compila le schede di segnalazione lesioni cutanee previste, effettua la prima valutazione del paziente al momento del ricovero, soprattutto nei soggetti ad alto rischio prolungati, post-ricovero post-ricovero, incapaci di cambiare posizione.

Il risultato della valutazione viene riportato nella "Scheda di monitoraggio dell'Osservatorio", analoga del paziente, indice di rischio valutato attraverso la scala di Braden, se presenti lesioni alla valutazione (tipo, sede e stadio) e le nuove insorgenze e peggioramenti durante la degenza. Sulla scheda viene inoltre indicato l'ausilio antiscivolo utilizzato.

Ogni struttura ha a disposizione una scheda relativa ai pazienti, nella quale inserisce tutte le informazioni suddette ogni volta che il paziente si presenta per il trattamento. Al momento della dimissione, il personale dell'Unità Operativa deve valutare se il paziente è a rischio di lesioni cutanee segnalandolo sulla scheda di dimissione. Le "Schede di monitoraggio e prevenzione, cambio postura", "Medicazione" e "Dimensione" di tutti i pazienti per i quali sono state compilate vengono stampate ed inserite in cartella clinica.

Tale monitoraggio permette di acquisire dati per valutare il fenomeno lesioni cutanee, effettuare indagini di prevenzione puntuali, periodiche e indagini di incidente per poter agire sul miglioramento della qualità dell'assistenza, prevenire l'insorgenza di lesioni da pressione e ridurre l'incidenza attraverso interventi basati sulle evidenze scientifiche.

Mappe di processo



Il portale viene utilizzato all'interno della ASL3 Genova presso i seguenti setting operativi: Presidio Unico Ospedaliero che conta di 4 Stabilimenti Ospedalieri, Servizi Territoriali, 6 Diretti Socio - Sanitari di assistenza domiciliare e 22 Ambulanza Infermieristica, che coprono un territorio di 1000 Km2.

Pagina Iniziale

Lanciatà l'applicazione, apparirà la schermata introduttiva che permette all'utente di accedere alla gestione dell'Osservatorio Lesioni.



Dopo aver scelto il paziente dell'anagrafica, si inseriscono i dati inerenti lo stato di rischio e le eventuali lesioni presenti all'ingresso. Al momento di nuova insorgenza di lesioni viene richiamata la scheda e compilati i campi dedicati.



Visualizzazione scheda paziente per gestione generale, modifiche, stampa (scheda cambio postura e medicazione), statistica

OSSEVATORIO LESIONI ASL3 RICERCA SCHEDA EVENTO

Nome	Cognome	Indirizzo	Località	Prov.	Qualifica	Stato	Assistenza
...

Crocevia per visione situazione in tempo reale e Alert su nuove insorgenze



Messa Report Lesioni per statistica
Il sistema permette la generazione di report periodici statistici.

Report Lesioni

- ◆ Prevalenza "Treno generale mese", LIP
- ◆ Prevalenza "Treno genero da mese", LIP
- ◆ Prevalenza LIP
- ◆ Prevalenza LIP di insorgenza
- ◆ Tempi Insorgenza LIP
- ◆ Inletti
- ◆ Assiti all'ingresso
- ◆ Generale "Pazienti con LIP all'ingresso"
- ◆ Insorgenza LIP per CSD
- ◆ Osservazioni Corrette / Brutto
- ◆ Prevalenza
- ◆ Dettaglio Lesioni per Servizio
- ◆ Tempi di Guastatura di tutti alla Dimissione
- ◆ Segnalazioni Osservazioni

Esempio di Report: Incidenza Lesioni da Pressione

Report Incidenza LIP - Periodo dal 01/01/2013 al 01/01/2013

GENERALI	OSPEDALI	DISASTRATI
...

Esempio di Report: Prevalenza Periodica Lesioni da Pressione

Report Prevalenza LIP al 01/01/2013 - Genova

GENERALI	OSPEDALI	DISASTRATI
...



Percezione dell'utilità della checklist nel P.O. "S. Salvatore" di L'Aquila e sua implementazione



Santilli F¹, Micolucci G², Pellino L¹, Lepore AR², Mucclante MV², Masciovecchio P², Aratari G,³ Sciploni C,³ Fabiani L.¹

¹Scuola di Specializzazione di Igiene, Università degli Studi di L'Aquila "UNIVAQ"

²Direzione Sanitaria P.O. "S.Salvatore", ASL1 L'Aquila.

³U.O.C. Med. Legale, Servizio per la gestione del Rischio Clinico, ASL1 L'Aquila.

INTRODUZIONE

La Checklist è uno strumento di controllo di tutte le azioni che garantiscono la realizzazione di un intervento chirurgico in sicurezza. Molti studi in letteratura confermano l'efficacia dell'utilizzo della Checklist nel migliorare parametri quali complicanze post-operatorie e nel prevenire eventi avversi potenzialmente evitabili.^{1,2,3}

In seguito alla Deliberazione DG n.2159 del 22/12/2011, nel P.O. di L'Aquila, l'utilizzo della Checklist per la sicurezza in sala operatoria, è iniziato il 15 Gennaio 2012. È stato deciso di applicare la Checklist a tutti gli interventi, sia in urgenza che in elezione.

CONTENUTI

Gli obiettivi del nostro studio sono stati due:

- Verificare l'effettiva implementazione della Checklist nelle diverse Unità Operative chirurgiche del nostro Presidio Ospedaliero.
- Analizzare come viene percepita la Checklist da parte del personale ospedaliero coinvolto nelle diverse fasi dell'intervento chirurgico.

Riguardo la verifica dell'implementazione, abbiamo effettuato una indagine di prevalenza, attraverso osservazione diretta delle Checklist compilate dal 15 Gennaio al 31 Dicembre 2012 e consegnate al Servizio per la gestione del Rischio Clinico della ASL di L'Aquila. In questo modo abbiamo rilevato, per ogni Unità Operativa, la percentuale di Checklist effettuate rispetto al totale degli interventi. Per i risultati ottenuti, vedi TABELLA 1.

TABELLA 1

Unità Operativa	Interventi eseguiti nel 2012	Percentuale in Day Surgery	Check-List compilate nel 2012	Percentuale
MAXILLO-FACCIALE	236	20%	194	82 %
CIL VASCOLARE	348	53%	184	52 %
NEUROCHIRURGIA	460	1%	329	71 %
ORTOPEDIA	1168	44%	190	16 %
ORI	287	50%	144	50 %
BREAST UNIT	939	61%	374	40 %
TRAPIANTI	120	0%	51	42 %
UROLOGIA	824	52%	566	69 %
GINECOLOGIA- OSTETRICIA	1841	42%	522	28 %
OCULISTICA	1630	64%	320	20 %
CIL GENERALE OSPEDALIERA	792	31%	584	74 %
CIL GENERALE UNIVERSITARIA	500	20%	323	65 %

L'analisi della percezione della Checklist da parte del personale ospedaliero è stata fatta tramite un questionario di cinque domande con risposte su scale di valori da 1 a 10. Il questionario è costituito da tre domande riguardanti il livello percepito di pertinenza, di rilevanza e di implementazione della Checklist. Una domanda riguarda, invece, il livello percepito di miglioramento degli eventi avversi evitabili.

Un'ulteriore domanda del questionario, è dedicata alla valutazione della procedura di attivazione della Checklist. Il questionario è stato consegnato tramite la copysala del blocco operatorio ad anestesisti, chirurghi, ed infermieri di sala operatoria. Inoltre un plico di questionari è stato lasciato nella stanza del blocco operatorio adibita a sala ritorno. Per i risultati ottenuti, vedi TABELLA 2.

TABELLA 2

Qualifica	Pertinenza Checklist (voto medio)	Rilevanza Checklist (voto medio)	Livello implementazione Checklist (voto medio)	Procedura attivazione Checklist (voto medio)	Miglioramento eventi avversi evitabili, dopo introduzione Checklist (voto medio)
ANESTESISTI	8,3	9	7,6	7,1	5
CHIRURGI	8,2	8,6	8	8,6	4,8
INFERMIERI S.O.	8	8,4	8,6	8,2	3

Abbiamo provato a somministrare le stesse domande agli infermieri di reparto chirurgico. Anche questi ultimi, infatti, sono coinvolti in alcuni dei processi menzionati nella Checklist (premedicazione, profilassi antibiotica, prevenzione del tromboembolismo venoso).

Tuttavia, abbiamo constatato che gli infermieri di reparto non sono a conoscenza del processo Checklist. Si limitano ad ottemperare alle consegne che gli vengono affidate dal chirurgo e dall'anestesista alcune ore prima dell'intervento ed a firmare un foglio a pone come certificazione del loro operato.

Per questo motivo abbiamo deciso di escludere gli infermieri di reparto dalla compilazione del questionario.

Il questionario somministrato, prevede in appendice la presenza di una domanda a risposta aperta per raccogliere eventuali indicazioni circa la modalità di implementazione del progetto Checklist nel P.O. "S.Salvatore" di L'Aquila. Dalla valutazione dei suggerimenti ottenuti, è emerso, soprattutto dal personale infermieristico di sala operatoria, l'esigenza di una maggiore sensibilizzazione dei chirurghi all'importanza della Checklist.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La U.O.O. del P.O. "S.Salvatore" di L'Aquila che hanno maggiormente aderito al progetto Checklist nell'anno 2012 sono state la Chirurgia Maxillo-Facciale, la Neurochirurgia, e la Chirurgia Generale Ospedaliera. Al contrario le U.O.O. che hanno compilato il minor numero di Checklist rispetto al totale degli interventi risultano essere l'Ortopedia, la Ginecologia e l'Oculistica.

Su dodici unità operative 6 hanno compilato la Checklist in meno del 50% degli interventi. Interessante è notare che 5 di queste 6 U.O. hanno un'alta percentuale di interventi eseguiti in Day Surgery. Questo ad indicare verosimilmente, che nell'espletamento degli interventi in Day Surgery, c'è minore compliance degli operatori alla compilazione della Checklist.

Nel nostro P.O. l'aderenza al progetto Checklist è ancora lontana dai livelli auspicabili, la Direzione Sanitaria del "S.Salvatore" si sta impegnando, insieme con il servizio di gestione del Rischio Clinico, a incrementare l'implementazione della Checklist fino al target prefissato del 100% di Checklist compilate sul totale degli interventi.

In riferimento all'analisi della percezione della checklist, hanno risposto al questionario 9 chirurghi su un totale di 66 (percentuale 13,6%), 10 anestesisti su un totale di 28 (36%) /12 infermieri su un totale di 26 (46%). La scarsa rispondenza dei chirurghi ai questionari da noi somministrati, riflette il ridotto interesse di questa categoria, nei confronti del progetto Checklist, rispetto agli altri operatori coinvolti.

Gli anestesisti, i chirurghi e gli infermieri di sala operatoria considerano più che buoni i livelli di pertinenza della checklist. Questo significa che secondo gli operatori c'è un'alta corrispondenza tra gli items presenti nella Checklist e i reali processi inerenti l'intervento chirurgico.

La media di valutazione è notevolmente più bassa per quanto riguarda la percezione di miglioramento dei parametri quali complicanze post-operatorie e prevenzione di eventi avversi potenzialmente evitabili.

Le valutazioni date a questa domanda del questionario, dimostrano chiaramente che i chirurghi gli anestesisti e gli infermieri di sala operatoria del nostro P.O. non hanno ancora compreso a pieno il valore del progetto Checklist.

Come affermato dal Dott. Berry (Harvard): "La Checklist fa la differenza per circa 1 paziente su 1000. Questo non è un gran numero, ma è una vita".

Bisognerebbe fare di questa frase un manifesto.

Obiettivo importante della nostra Direzione Sanitaria per l'anno 2013 è quello di attuare interventi formativi di sensibilizzazione al fine di richiamare l'attenzione sull'importanza della Checklist quale strumento di identificazione tempestiva delle non conformità, miglioramento del processo di comunicazione e del clima organizzativo del team, prevenzione di eventi potenzialmente a rischio per il paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breitz AH, Dellinger EP, Harbosa T, Joseph S, "A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population". N Engl J Med. 2009;7:491-499
2. Paugans-Bartz C, Guerrero O. "French surgical Check-List in a university hospital: achievements one year after implementation." Ann Fr Anesth Reanim. 2011;7:475-478
3. Bliss JA, Ross-Richardson CB, Smezel L, et al. "Thirty-day outcomes support implementation of a surgical safety checklist". J Am Coll Surg. 2012;215: 766-776
4. Van Klei WA, Hoff RG, Van Aarnhem EE, et al. "Effects of the introduction of the WHO Surgical Safety Check-List on in-hospital mortality: a cohort study. Ann Surg. 2012;255:44-49.
5. Paterson "Has your Checklist effort stalled? Some advice on how to restart it." OR Manager, 2013 May;29 (5):1.

ROMA
30-31 SETTEMBRE 2013





L'umanizzazione nel P.O. di Gubbio Gualdo Tadino: un punto di ascolto per le donne con tumore al seno

Tedesco T¹, Buonora N², Fischer B³, Minelli L⁴, Micheletti A⁵, Monacelli C⁶, Burocchi V⁷, Pacchiarini D⁸

¹Direttore Medico P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ²Medico in formaz. Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ³Medico Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ⁴Dip. Spec. Med. Chir. e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia; ⁵Psicologa Distretto Alto Chiascio; ⁶Psicologa AELC; ⁷Coordin. Infermieristico oncologia; ⁸Direttore Sanitario USLUMBRIA 1

Umanizzazione * Qualità percepita * Semplificazione del percorso assistenziale

INTRODUZIONE

La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di **Gubbio-Gualdo Tadino** considera *l'attività relazionale* con il malato ed i suoi familiari, unita ad una *corretta e completa informazione*, un irrinunciabile presupposto per creare l'alleanza terapeutica e la *partecipazione attiva* nel percorso assistenziale. In particolare per le donne con tumore al seno, la comunicazione non solo tra curante e malato ma anche *tra pari*, donne che hanno affrontato la malattia, può *facilitare l'accesso* al complesso percorso.

CONTENUTI

"Fiore di Loto" è un **Punto di Ascolto e Informazione** rivolto a tutte le donne con tumore al seno, nato nell'ambito del progetto pilota **"Accoglienza in ospedale"** dell'Azienda **USL Umbria 1**.
E' il risultato di un lungo processo di formazione psico-emotiva svolto da un gruppo di volontarie **dell'Associazione Eugubina per la Lotta contro il Cancro (AELC)** con i professionisti *ospedalieri e del territorio*.

OBIETTIVI

- ✓ Migliorare l'**ascolto** ed il riconoscimento dei bisogni delle pazienti e dei loro familiari
- ✓ Migliorare ed **uniformare** le modalità d'**accoglienza ed informazione** in ospedale
- ✓ Rafforzare le **sinergie** tra *operatori e associazioni di volontariato dei pazienti*, rendendo i volontari protagonisti del processo di *umanizzazione, "facilitatori" dei percorsi assistenziali*
- ✓ Educare l'utenza ad un corretto utilizzo dei servizi sanitari.

Paura, angoscia, disperazione sono eventi frequenti nei difficili momenti successivi alla comunicazione della diagnosi, così come le emozioni legate all'impatto con le terapie, ai loro effetti collaterali, all'evoluzione della malattia.
Consapevoli di poter essere di sostegno per tutte le nuove pazienti, le volontarie hanno condiviso con la direzione sanitaria il progetto di apertura di un Punto di Ascolto e Informazione.

Per garantire certezza e completezza dell'informazione, hanno partecipato ad incontri formativi, organizzati dalla Direzione Sanitaria del P.O., volti ad approfondire sia gli aspetti organizzativi del percorso assistenziale sia alcune indispensabili nozioni in tema di invalidità civile, permessi lavorativi ed agevolazioni fiscali per malati oncologici, in modo da poter offrire attività di:
Accoglienza delle richieste telefoniche;
Accoglienza dei bisogni emotivi delle pazienti;
Informazione sulla tutela e sui diritti;
Sostegno ai familiari.

Per indagare l'utilità dell'iniziativa, viene somministrato a tutte le utenti un questionario di gradimento sul percorso assistenziale. I risultati sono periodicamente valutati con la direzione sanitaria del PO al fine di condividere proposte di miglioramento.





CONCLUSIONE

Le associazioni di volontariato rappresentano una risorsa importante per i cittadini e per l'ospedale. Considerando le attività che sulla base dei loro statuti possono svolgere, appare strategico integrarle pienamente nella fase dell'Accoglienza, sviluppando le attività di facilitazione dell'accesso al percorso assistenziale e promuovendo la formulazione di proposte di miglioramento.

Contact: dott.ssa Teresa Tedesco e-mail teresa.tedesco@usl1umbria.it

Studio Pilota per la valutazione e l'adattamento del Hendrich II Fall Risk Model nel IRCCS Policlinico San Donato (PSD)

Villa V*, Cuppone MT*, Castaldo F*, Ramondetti F*, Cristiano M°, Boccasile L°, De Candia D°, Chierico MC°, Gallo G‡, Carpinelli L.*

*Medico Direzione Sanitaria PSD; ° Infermiere PSD; ‡Responsabile Qualità PSD

Introduzione

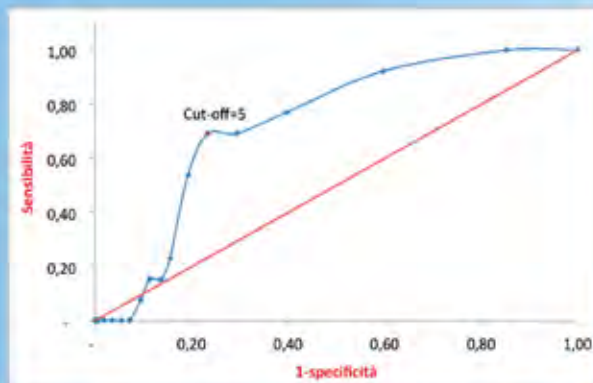
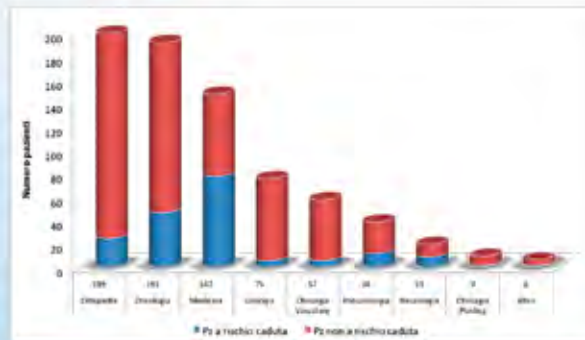
Le cadute dei degenti e i danni conseguenti impattano in modo significativo sugli outcome ospedalieri, sull'indipendenza funzionale del paziente, sulla spesa sanitaria e sulle ricadute in termini di contenziosi per le aziende ospedaliere, soprattutto all'interno delle fasce di popolazione più anziane e fragili. Quindi si rende utile la ricerca e la validazione di strumenti che possano stratificare il rischio permettendo l'implementazione di strategie mirate al contenimento delle cadute. Obiettivo di questo studio pilota è adattare e studiare la validità predittiva del Hendrich II Fall Risk Model (HIIIFRM) nelle unità operative a maggior rischio di caduta.

Materiali e Metodi

Lo studio prospettico, condotto dalla Direzione Sanitaria dell'ospedale in collaborazione con i dirigenti ed il personale infermieristico dei reparti a maggior rischio di caduta negli anni precedenti dell'IRCCS Policlinico San Donato (PSD): Medicina, Oncologia, Pneumologia, Neurologia, Ortopedia, Urologia, Chirurgia Vascolare e Chirurgia Plastica.

Per ogni paziente ricoverato (indipendentemente da sesso ed età) è stata compilata la scheda di valutazione del rischio (HIIIFRM) ad inizio degenza. In base alle caratteristiche della popolazione del nostro ospedale si è modificata la scala aggiungendo agli item anche quello relativo all'utilizzo di farmaci antipertensivi come eventuale fattore di rischio aggiuntivo. Il periodo in esame va dal 1 Luglio 2013 all'8 Settembre 2013.

I pazienti sono stati classificati in base allo score derivante dalla HIIIFRM e divisi come a rischio e non a rischio in base al cutoff originario della scala (score 5) confermato sul nostro campione dalla curva ROC ridisegnata.



Curva ROC per la validazione del Hendrich II Fall Risk Model

Risultati

Lo studio ha arruolato 741 pazienti (65% dei ricoverati nel periodo e nelle unità operative in studio). Di questi 179 sono stati valutati a rischio (24,2 %) e 562 non a rischio. Tra coloro a rischio durante il periodo di degenza sono caduti 9 pazienti (5 %); le cadute tra i non a rischio sono state 4 (0,7 %). Il rischio relativo (RR) di caduta per i pazienti a rischio è 7,1; l'intervallo di confidenza al 95% del RR è: 2,3-22,0.

La valutazione della curva ROC per la scala HIIIFRM è stata ricalcolata e viene riportata di seguito.

Il livello di cutoff di 5 è in grado di ottimizzare l'identificazione dei pazienti a rischio aumentato (Se 69%, Sp 77%).

In conclusione, la HIIIFRM è uno strumento valido per stratificare i pazienti a rischio di caduta durante la degenza presso reparti per acuti.

Per maggiori informazioni:

