

70
ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere



2 Aprile-Giugno 2017

L'OSPEDALE

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

**Presentazione
43° Congresso Nazionale
ANMDO**

**Il Piano di sicurezza del
rischio legionellosi
dell'ASST Grande
Ospedale Metropolitano
Niguarda di Milano**

**Gruppo di lavoro
interospedaliero sul
Bed Management:
analisi multicentrica
descrittiva**

**Cure intermedie:
lo stato dell'arte a Prato**

**Poster - 42° Congresso
Nazionale A.N.M.D.O.**





CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

**“RISCHIO CLINICO E
RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE”**

OBIETTIVO SICUREZZA IN OSPEDALE

**Responsabilità, strategie
e modelli di gestione a confronto**

25-27 ottobre 2017

Firenze, Istituto degli Innocenti

anmdo.eventicongressimeeting.it

- 4** **Presentazione 43° Congresso Nazionale ANMDO**
- 6** **Il Piano di sicurezza del rischio legionellosi dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**
E. Masturzo, L. Conti, L. Blaseotto, M. Piscedda, M. Segà, E. Mazzola, L. Grassi, G. Elli
- 13** **Gruppo di lavoro interospedaliero sul Bed Management: analisi multicentrica descrittiva**
Riccardo Papalia, Remo Appignanesi, Pierpaolo Bertoli, Francesca Ciruolo, Francesca Dinelli, Riccardo Luzi, Mauro Nelli, Rosamaria Riente, Valentina Pastorino, Roberto Sacco, Arturo Pasqualucci, Luisella Audisio, Emiliana Ostorero, Roberto Novati
- 20** **Cure intermedie: lo stato dell'arte a Prato**
Alrene Bellini, Alessandro Pecchioli, Raffaella Bartolini, Laura Tattini
- 27** **Poster - 42° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.**
- 46** **ORIZZONTI**

L'OSPEDIALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 70 - Numero 2 - aprile-giugno 2017

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità

EDICOM s.r.l.
Sede legale: via Zavanasco, 2
20084 Lachiarella (MI)
Sede operativa:
Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano
tel. 02 70 63 36 94 - 70 60 21 06
fax 02 70 63 34 29
e-mail: info@gsanews.it - www.gsanews.it

Direttore responsabile: G. Serranò

Direttore editoriale: G. Finzi

Vide Direttore editoriale: A. Firenze

Segretario scientifico: I.I. Mura

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

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

Abbonamenti

Italia annuo € 31,00

Europa

Paesi Extra Europei € 103,00

Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

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

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

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

CSST
CERTIFICAZIONE
EDITORIA
SPECIALIZZATA E TECNICA

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

Per il periodo 1/1/2016-31/12/2016

Periodicità: TRIMESTRALE

Tiratura media: 4.625

Diffusione media: 4.429

Certificato CSST n. 2016-2595

Società di Revisione: METODO SRL

associato a:

ANES ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA DI SETTORE

Aderente a: Confindustria Cultura Italia

43° Congresso Nazionale ANMDO

“Rischio clinico e responsabilità professionale” Obiettivo sicurezza in Ospedale. Responsabilità, strategie e modelli di gestione a confronto

Firenze, Istituto degli Innocenti, 25-27 ottobre 2017



Il presentarsi di un evento inatteso mette in crisi una mente impreparata, ma può essere efficacemente affrontato e risolto da chi osserva la realtà con un approccio rigoroso. Qual è il rapporto dei professionisti della salute con le conseguenze delle loro azioni? Siamo preparati a riconoscere ed affrontare quegli eventi inaspettati che, più frequentemente di quanto sembri, si verificano nei nostri Ospedali? Quanto è diffusa in Italia la cultura della prevenzione del rischio clinico e quale omogeneità hanno i suoi strumenti di applicazione? Qual'è il grado di consapevolezza che, in una organizzazione complessa come quella ospedaliera, l'approccio al problema non può essere individuale, ma di sistema? In quali termini, moralmente e giuridicamente, ancor più alla luce delle recenti novità legislative, siamo responsabili del nostro operato? A più di venticinque anni dalla pubblicazione delle teorie di J. Reason e a più di quindici dall'uscita

del rapporto *To Err is Human* da parte dell'Institute of Medicine, l'errore viene vissuto ancora troppo di frequente come colpa individuale. Il salto culturale necessario per inquadrarlo in una prospettiva di sistema, superando il *blaminge* trasformandolo in una risorsa capace di migliorare l'organizzazione, richiede l'acquisizione di una consapevolezza diffusa, possibile attraverso la formazione e il confronto. E' su questi presupposti che l'ANMDO ha scelto di dedicare al rischio clinico e alla responsabilità professionale il suo 43° Congresso Nazionale. I due temi sono più vicini di quanto possa sembrare. Essere responsabili per se stessi e per gli altri, in particolare i pazienti, significa tra le altre cose ricercare l'appropriatezza nelle scelte, perseguire il bene dell'assistito evitando comportamenti di tipo difensivo, acquisire un consenso libero e informato perché fondato sull'alleanza reciproca, favorire il lavoro di gruppo e il benessere dell'organizzazione, promuovere trasparenza e *accountability*. Rafforzamento della sicurezza e riduzione delle possibilità di errore sono tra le principali conseguenze di azioni responsabili. Inquadrando la gestione del rischio nella giusta cornice del governo clinico, le Direzioni Ospedaliere diventano vere e proprie *cabine di regia* di un processo articolato e insieme unitario che, se opportunamente gestito, ha ricadute positive su qualità, equità e buon utilizzo delle risorse. Il superamento di questa sfida richiede l'impegno di tutti, compresi i pazienti, che, in un percorso condiviso, possono essere resi protagonisti del processo assistenziale attraverso la promozione dell'*empowerment* la loro trasformazione in risorse del sistema. Da queste considerazioni emerge la necessità di dare più importanza alla formazione e maggior spazio a momenti di incontro, durante i quali confrontare esperienze e modelli operativi, lavorare per limitare le disuguaglianze, promuovere percorsi condivisi. E' quello che cerchiamo di fare con questo 43° appuntamento congressuale, che speriamo raccolga il Vostro interesse e che Vi presentiamo nella splendida cornice del capoluogo toscano.

PROGRAMMA PRELIMINARE AVANZATO

MERCOLEDÌ 25 OTTOBRE 2017

Pomeriggio

15:00-17:00 **Seminario preCongressuale: “Spazio medici in formazione”: Il futuro della sicurezza delle cure in Italia: il punto di vista delle Società Scientifiche.**

17:00-18:30 **Cerimonia di apertura del Congresso:**

- Saluti delle Autorità
- Introduzione al Congresso
- Lettura magistrale
- Celebrazione 70° Anniversario ANMDO
- Presentazione della “Carta di Pisa”
- Consegna targhe Socio Onorario

18:30 **Assemblea Generale ANMDO**

GIOVEDÌ 26 OTTOBRE 2017

Mattino

9:00-11:00 **PRIMA SESSIONE PLENARIA**

“Rischio clinico: Attori e Modelli di gestione: “Sicurezza delle cure e nuova responsabilità dei medici”

9:00-9:20 “Il Rischio clinico e organizzazione: quali ricadute sul sistema?”

9:20-9:40 “Il Rischio clinico nella prospettiva dell'organizzazione sanitaria/ospedaliera”.

9:40-10:00 “Linee guida e sicurezza delle cure”

10:00-10:20 “La comunicazione nella gestione del Rischio clinico: quali strumenti per migliorare l'efficacia?”

10:20-11:00 Confronto tra stakeholders

11:00 Discussione Plenaria

11:00-13:00 **Seminari**

11:00-13:00 **PROGETTO ANMDO**

“Il Progetto DOMINO: modelli gestionali e organizzativi di best practice per il percorso di cura del paziente diabetico con complicanze oculari”

11:30-11:45 Presentazione del progetto DOMINO e proposte di gestione organizzativa.

11:45-12:00 Implicazioni economico-organizzative nel percorso di cura del paziente diabetico con complicanza oculare.

12:00-13:00 Interventi preordinati Società Scientifiche, sono state invitate le seguenti società:

- AMD Associazione medici diabetologi
- SID – società italiana di diabetologia
- SOI – Società oftalmologica italiana
- SIMG Società italiana di medicina generale e delle cure primarie
- CARD Società scientifica delle attività sociosanitarie territoriali - confederazione associazioni regionali di distretto
- FIASO Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere
- CITTADINANZATTIVA

Pomeriggio

14:00-16:00 **Seminari**

16:00-18:30 **SECONDA SESSIONE PLENARIA**
“Modelli di gestione del rischio clinico a confronto”

ore 16:00-16:20 Sicurezza delle cure e Istituzioni locali: tra adempimenti e opportunità

16:20-16:40 Il modello della Regione Toscana

16:40-17:00 Il modello della Regione Veneto

17:00-17:20 Il modello della Regione Sicilia

17:20-17:40 Il modello della Regione Calabria

17:40-18:00 Il modello della Regione Friuli Venezia Giulia

18:00-18:20 Proposte operative ANMDO e approccio di sistema Gruppo di lavoro ANMDO sul Rischio Clinico

18:20-18:30 Confronto e Discussione

16:00-18:00 **Sessione Comunicazioni.**

VENERDÌ 27 OTTOBRE 2017

09:00-13:00 **TERZA SESSIONE PLENARIA**

“Le ICA e i metodi di sanificazione”

Presentazione dei risultati della ricerca multicentrica SAN-ICA

09:00 Introduzione

09:15 Presentazione ricerca SAN-ICA

09:30-09:50 Illustrazione dei risultati delle indagini molecolari e la rimodulazione del microbiota

09:50-10:20 Illustrazione dei risultati dal punto di vista epidemiologico

10:20-10:40 Illustrazione dei risultati dal punto di vista dell'impatto economico con la riduzione delle ICA

10:40-11:00 Intervento esperto

11:00-12:30 Tavola rotonda: Quali prospettive si aprono con la ricerca SAN-ICA

12:30 Intervento Sottosegretario alla Salute

12:45 Discussione

14:00-15:30 **Presentazione dei Progetti ANMDO**

14:00 Presentazione

14:10 La Metodologia

14:30 Progetto di linee guida per la sanificazione in Ospedale

15:00 Progetto di linee guida per l'alimentazione in Ospedale

15:30 Discussione

15:30-18:00 **QUARTA SESSIONE PLENARIA**

“Responsabilità professionale: attori e modelli di gestione”

15:30-15:50 “Quali e quante responsabilità alla luce della Legge Gelli?”

15:50-16:10 “La gestione del contenzioso in assistenza”

16:10-16:30 “L'offerta e la copertura assicurativa”

16:30-16:40 “La tutela del medico di Direzione sanitaria: quale iter procedurale?”

16:40-17:00 Discussione

17:00 **Cerimonia di chiusura del Congresso**

Il Piano di sicurezza del rischio legionellosi dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

Riassunto

In accordo con le *Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi* della Conferenza Stato Regioni del 2015, l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda ha istituito un tavolo permanente interdisciplinare e multiprofessionale per redigere il Piano di sicurezza del rischio legionellosi da applicarsi, oltre che al Presidio ospedaliero, ai servizi sanitari territoriali ad attività continuativa. Ciò in ragione della necessità di garantire la costanza, la coerenza e l'unitarietà delle funzioni di governo e di controllo nell'ambito - di stretta pertinenza igienicosanitaria - della Direzione Sanitaria anche sotto il profilo delle responsabilità legali, medicolegali e di tutela dell'immagine aziendale.

La pietra angolare del sistema introdotto è costituita dal processo di valutazione del rischio mutuato dal modello *Water safety plan* (WSP). La principale differenza tra la finalità di un piano di risposta alle non conformità derivante dalla 'semplice' sorveglianza a posteriori e quella di un WSP risiede, infatti, nell'approccio di tipo proattivo alla gestione del rischio volto a prevenire, e non semplicemente a reagire, a un incidente/quasi incidente che potrebbe portare a un potenziale pericolo per la salute dei pazienti e degli operatori. La forza dell'impianto, articolato nelle tre fasi della *preparazione e pianificazione, della valutazione del sistema e dei rischi e della revisione del sistema per il controllo dei rischi*, è costituita dal carattere iterativo tale per cui ciascuna valutazione può comportare la revisione di un aspetto o di un processo già vagliato in una fase precedente attraverso una matrice del rischio costruita per essere riprodotta nel tempo in modo standardizzato e l'adozione di immediate azioni correttive.

E. Masturzo¹, L. Conti¹, L. Blaseotto¹, M. Piscedda¹, M. Segà¹, E. Mazzola², L. Grassi², G. Elli¹

¹ Direzione Medica di Presidio,

² SC Microbiologia e virologia

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

PAROLE CHIAVE:

Legionellosi, Water safety plan, Risk management

INTRODUZIONE

In accordo con le *Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi* della Conferenza Stato Regioni del 2015, l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda ha istituito un tavolo permanente interdisciplinare e multiprofessionale per redigere il **Piano di sicurezza del rischio legionellosi** da applicarsi, oltre che al Presidio ospedaliero, ai servizi sanitari territoriali ad attività assistenziale continuativa o residenziale. Ciò in ragione della necessità di garantire la costanza, la coerenza e l'unitarietà delle funzioni di governo e di controllo nell'ambito - di stretta pertinenza igienicosanitaria - della Direzione Sanitaria anche sotto il profilo delle responsabilità legali, medicolegali e di tutela dell'immagine aziendale.

La pietra angolare del sistema introdotto è costituita dal processo di valutazione del rischio mutuato, sotto il profilo metodologico, dal modello *Water safety plan* (WSP). La principale differenza tra la finalità di un piano di risposta alle non conformità derivante dalla 'semplice' sorveglianza a posteriori e quella di un WSP risiede, infatti, nell'approccio di tipo proattivo alla gestione del rischio volto a prevenire, e non semplicemente a reagire, a un incidente/quasi incidente che potrebbe portare a un potenziale pericolo per la salute dei pazienti e degli operatori. Figurano, nel contempo, importanti elementi di gestione del rischio mutuati dai settori produttivi e, in primo luogo, il sistema HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Point) applicato nell'industria alimentare e nella ristorazione collettiva. La forza dell'impianto, articolato nelle tre fasi della *preparazione e pianificazione, della valutazione del sistema e dei rischi e della revisione del sistema per il controllo dei rischi*, è costituita dal carattere iterativo tale per cui ciascuna valutazione può comportare la revisione di

un aspetto o di un processo già vagliato in una fase precedente attraverso una matrice del rischio costruita per essere riprodotta nel tempo in modo standardizzato (per casistica trattata, tipologia impiantistica dei padiglioni, procedure a rischio ed ecologia delle acque) e l'adozione di immediate azioni correttive. In un ambito di tutela della salute, riferirsi allo scenario globale ed esaminare i dati aggregati si sono dimostrati in grado di fornire una visione complessiva sull'efficacia delle strategie e delle misure poste in essere per garantire la qualità delle acque e per minimizzare l'impatto sulla salute dell'utilizzo di acqua non idonea.

MATERIALI E METODI

Presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda è stato istituito un tavolo permanente per la prevenzione e il controllo della Legionellosi in ottemperanza alle "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della Legionellosi" del 7 maggio 2015.

Tra gli obblighi di mandato:

■ **Valutazione del rischio:** consistente nell'individuazione delle specificità della struttura e degli impianti in essa esercitati, per le quali si possono realizzare condizioni che collegano la presenza effettiva o potenziale di Legionella negli impianti alla possibilità di contrarre l'infezione.

■ **Gestione del rischio:** analisi degli interventi e delle procedure volte a rimuovere definitivamente o a contenere costantemente le criticità individuate nella fase precedente.

■ **Comunicazione del rischio:** con azioni finalizzate a informare, formare e sensibilizzare i soggetti interessati dal rischio potenziale (gestori degli impianti, personale addetto al controllo, esposti).

Qualsiasi intervento manutentivo o preventivo deve essere, infatti, il risultato di una strategia che preveda un gruppo di lavoro multidisciplinare che consideri tutte le caratteristiche degli impianti e le possibili interazioni nell'equilibrio del sistema.

Al fine di ricondurre ad unità le decisioni in precedenza prese spesso in modo estemporaneo e frammentario, all'interno del tavolo è individuato il **Responsabile della prevenzione e controllo della Legionellosi** in rapporto non di

dipendenza gerarchica, bensì funzionale con i settori tecnici (edile e impianti e gestione del patrimonio, il SPP, la Concessione ed i consultant di area clinica, ed in interfaccia con il CIO per quanto attiene ai programmi di formazione e informazione in materia di infezioni correlate all'assistenza e col Nucleo operativo del CIO per le attività di sorveglianza.

La valutazione del rischio ha tenuto conto delle caratteristiche ambientali e impiantistiche dei padiglioni del plesso ospedaliero, della tipologia della casistica ospitata, delle procedure erogate, di eventuali precedenti epidemiologici e della ecologia delle acque.

Le Linee guida del 2015 offrono una classificazione aprioristica della casistica ospedaliera facilmente contestualizzabile in qualsiasi realtà sociosanitaria ed essenzialmente suddivisibile per reparti, rispettivamente a rischio molto elevato per la preponderanza di pazienti immuno-compromessi (A) ed a rischio aumentato (M). Analogamente è possibile una suddivisione delle pratiche assistenziali sulle vie respiratorie sulla base, ad esempio, dell'uso di dispositivi semicritici o di presidi monouso.

Relativamente alla indagine sull'architettura degli impianti, è da premettere che il Presidio ospedaliero è configurato in Padiglioni di differenti generazioni, estremamente disomogenei, alcuni edificati negli anni '40 ed altri riqualificati di recente grazie alla finanza di progetto. Al fine di standardizzare l'analisi del rischio impiantistico 'per padiglione' e di adottare un lessico e criteri di lettura uniformi e tali da garantire raffronti temporali, sono state utilizzate le domande di rischio contemplate nell'allegato 12 delle *Linee guida 2015*.

Il livello di rischio impiantistico è stato ricavato conteggiando le risposte negative ai quesiti del predetto questionario in base alla suddivisione per categorie 'Acqua fredda', 'Acqua calda', 'Torre evaporativa', 'Impianto aeraulico' e 'Altri impianti idrici'. Il dettaglio dei quesiti della lista di controllo è riportato in **figura 1**.

Il livello di rischio impiantistico è ricavato conteggiando le risposte negative ai predetti quesiti, suddivisi per le categorie 'AF', 'AC', 'TC', 'IA' e 'Altri impianti idrici'.

Il totale di risposte negative ricade entro range, predefiniti dalle stesse Linee guida, cui corrisponde un livello di rischio così come enunciato nella pagina successiva.

Impianto	Id FR	Quesito
Acqua fredda sanitaria	FR.AF.1	Se lo svuotamento e la pulizia almeno annuale dei serbatoi non è effettuata, essa è compensata da un'azione di controllo alternativa?
	FR.AF.2	ASSENZA di rami morti (linee di distribuzione mai utilizzate)?
	FR.AF.3	ASSENZA di linee di distribuzione caratterizzate da limitato utilizzo (indicativamente utilizzate meno di 20 minuti alla settimana) o rallentamento del flusso idrico
	FR.AF.4	ASSENZA di linee di distribuzione esterne o scarsamente/per nulla isolate termicamente
	FR.AF.5	Il monitoraggio delle temperature ha evidenziato che tutte le temperature d'erogazione dell'acqua fredda sanitaria sono inferiori ai 20°C?
	FR.AF.6	Il monitoraggio delle temperature ha evidenziato che la temperatura di stoccaggio dell'acqua fredda sanitaria è inferiore ai 20°C?
Acqua calda sanitaria	FR.AC.1	Se presenti bollitori/serbatoi di raccolta dell'acqua calda sanitaria, è effettuato lo spurgo regolare dalla loro valvola di fondo?
	FR.AC.2	Se la disinfezione almeno semestrale dei bollitori/serbatoi non è effettuata, essa è compensata da un'adeguata azione di controllo alternativa?
	FR.AC.3	ASSENZA di rami morti (linee di distribuzione mai utilizzate)
	FR.AC.4	ASSENZA di linee di distribuzione caratterizzate da limitato utilizzo (indicativamente utilizzate meno di 20 minuti alla settimana) o rallentamento del flusso idrico
	FR.AC.5	ASSENZA di linee di distribuzione esterne o scarsamente/per nulla isolate termicamente
	FR.AC.6	Il monitoraggio delle temperature ha evidenziato che tutte le temperature d'erogazione dell'acqua calda sanitaria sono superiori ai 50°C?
	FR.AC.7	Il monitoraggio delle temperature ha evidenziato che la temperatura di stoccaggio dell'acqua calda sanitaria è superiore ai 60°C?
A torre evaporativa o condensatore evaporativo	FR.TC.1	Se presente torre/condensatore, è applicato un trattamento biocida?
	FR.TC.2	Se presente torre/condensatore, è applicato un trattamento contro le corrosioni e le incrostazioni?
	FR.TC.3	Se presente torre/condensatore, è effettuato un intervento di pulizia (chimica e/o fisica) e disinfezione biocida shock con frequenza media semestrale?
Impianto aeraulico	FR.IA.1	Se è utilizzato il sistema d'umidificazione dell'aria con l'utilizzo dell'acqua allo stato liquido, è presente un sistema di disinfezione od una procedura equivalente finalizzata al mantenimento di idonee condizioni d'igiene di tale acqua d'umidificazione
	FR.IA.2	E' previsto un programma di regolare ispezione, pulizia e sanificazione degli impianti aeraulici?
Altri impianti idrici		
Riuniti odontoiatrici	FR.RO	Se presenti, è applicato ad essi uno specifico piano di manutenzione, che ne preveda un'adeguata pulizia e disinfezione?
Piscine	FR.PI	Se presenti, è applicato ad esse uno specifico piano di manutenzione, che ne preveda un'adeguata pulizia e disinfezione?
Vasca per il parto in acqua¹	FR.PA	Se presenti, è applicato ad esse uno specifico piano di manutenzione, che ne preveda un'adeguata pulizia e disinfezione?
Impianto di irrigazione	FR.IR	Se presente, esso è esercitato in orari e/o modalità tali da minimizzare l'esposizione ad aerosol d'acqua rilasciati dall'impianto?
Fontane ornamentali	FR.FO	Se presenti, è applicato ad esse uno specifico piano di manutenzione, che ne preveda un'adeguata pulizia e, se valutato necessario, disinfezione?

Figura 1 – Fattori di rischio per tipologia di impianto (Linee guida 2015)

			N° risposte negative ai quesiti di rischio				
			ACQUA FREDDA	ACQUA CALDA	TORRE EVAPORATIVA	IMPIANTO AEREAULICO	ALTRI IMPIANTI IDRICI
Blocco Nord	S	A	4	2	1	0	0
Blocco Sud	S	A	4	2	1	0	0
DEA	S	A	4	2	1	0	0
USU	S		3	3	1	0	0
Padiglione 1			5	5	1	0	0
Padiglione 3	S		5	5	1	0	1
Padiglione 4	S		4	2	1	0	0
Padiglione 5			5	5	1	0	0
Padiglione 6	C		3	1	1	0	0
Padiglione 7	S		4	2	1	0	0
Padiglione 8			4	4	1	0	0
Padiglione 9			4	4	1	0	0
Padiglione 11	S		5	3	1	0	0
Padiglione 12	C		4	2	1	0	0
Padiglione 13			5	5	1	0	0
Padiglione 14	S	A	3	1	1	0	0
Padiglione 15			5	5	1	0	0
Padiglione 16	S		5	3	1	0	0
Padiglione 17			5	3	1	0	0
Polo Logistico			2	0	1	0	0
Polo Tecnologico			2	0	1	0	0
Servizi Interni			5	5	1	0	0

Legenda cromatica

Rischio 3/3	≥5	≥5	=3	=2	≥1
Rischio 2/3	2-4	2-4	=2	=1	-
Rischio 1/3	≤1	≤1	≤1	-	-

Legenda testuale

S	Padiglioni in cui viene svolta attività sanitaria
C	Presenza di convitti
A	Presenza di reparti a rischio clinico molto elevato

Figura 2 – Rischio per padiglione (aggiornamento al 31/12/2016)

- **Rischio 3/3 (rosso):** controllo del rischio da incrementare immediatamente, intervenendo sui fattori di rischio individuati,
- **Rischio 2/3 (giallo):** controllo del rischio da migliorare, attivando celermente azioni di controllo dei fattori di rischio individuati,
- **Rischio 1/3 (verde):** controllo del rischio complessivamente adeguato. Prestare comunque attenzione al fattore di rischio (qualora) individuato e ridurlo ove possibile.

Le categorie 'AF', 'AC', 'TC' contemplano tutti i livelli di rischio (identificati cromaticamente a scalare dal rosso, dal giallo e dal verde); la categoria 'IA' ricade solo nei due livelli di rischio più alti (rosso e giallo); mentre una sola risposta negativa ai quesiti in categoria 'Altri impianti idrici' vira automaticamente il rischio verso il rosso e comporta l'adozione di misure immediate.

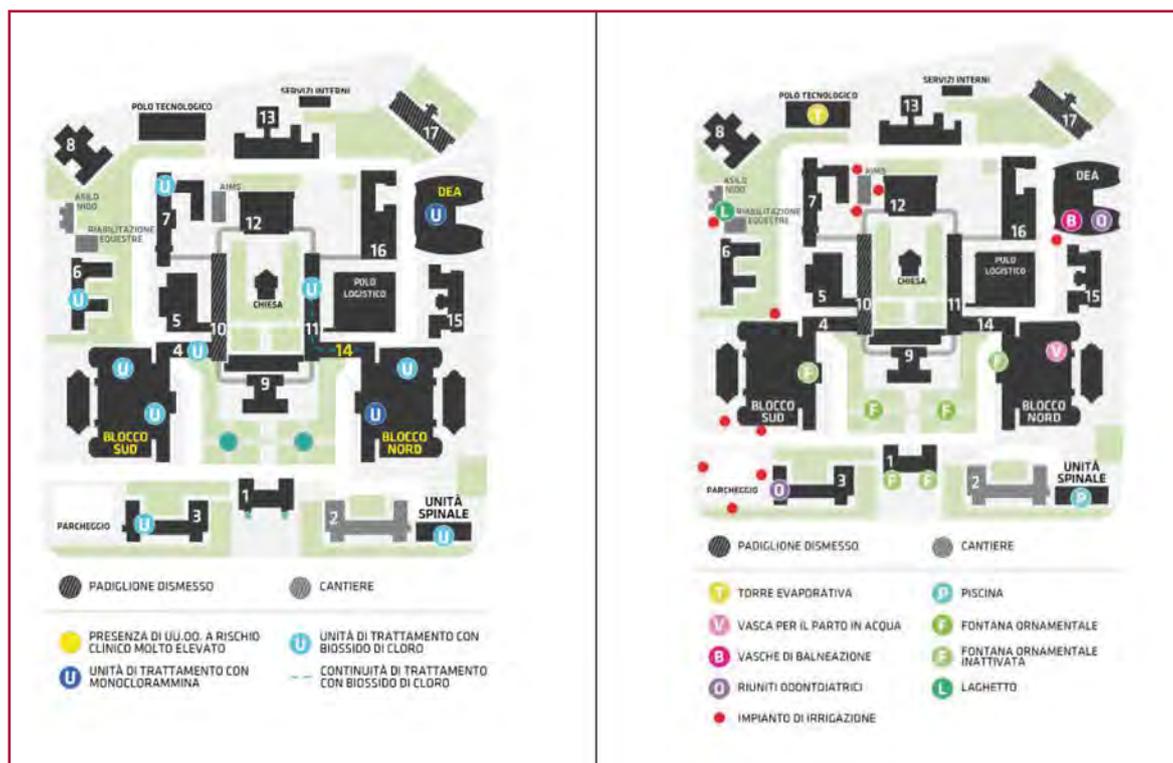


Figura 3 – Distribuzione delle unità di trattamento con biossido di cloro e monochlorammina e degli ‘Altri impianti idrici’

RISULTATI

I risultati sono stati riepilogati in una matrice del rischio per padiglione e per casistica ivi trattata tale da rendere anche visivamente mediante scale cromatiche il livello di controllo specificamente applicato.

Nella **figura 2** sono riportati in forma aggregata i risultati della rilevazione avviata dal tavolo tecnico permanente che fotografa la situazione al dicembre 2016. Per quanto riguarda la categoria ‘AF’, è da premettere che, a maggior garanzia dell’igiene dell’acqua distribuita dalla rete idrica cittadina, l’Azienda ha previsto un ulteriore trattamento con cloro entro i parametri quali-quantitativi previsti dalla vigente normativa. Come si evince, tale fattore nei padiglioni in cui viene svolta attività sanitaria e nei convitti è connotato uniformemente dal livello di rischio ‘giallo’, ancorché su uno spettro variegato di punteggi. Si prospetta che esso possa essere livellato al basso mediante, ad esempio, banali, ma regolari interventi di flussaggio e monitoraggio delle temperature.

Nei padiglioni sanitari dotati di impianti di trattamento dell’acqua con biossido di cloro

o con monochlorammina il parametro ‘AC’ si distribuisce sulla gamma dei gialli e dei verdi, con l’eccezione del Padiglione 3, privo di unità di trattamento, dove attualmente insistono attività ambulatoriali non continuative e dove risiede il servizio odontoiatrico in convenzione e a cui compete contrattualmente la gestione complessiva della qualità delle acque a servizio dei riuniti e il monitoraggio ambientale.

È da attendersi un miglioramento delle condizioni di sicurezza, se non un ‘salto’ al livello del rischio controllato con la pianificazione di interventi minimi di flussaggio dell’acqua. Nei reparti ad alto rischio sono stati introdotti con criteri uniformi i filtri assoluti ai punti di erogazione dell’acqua a servizio delle stanze di degenza. La categoria ‘TC’ ricade nel livello di rischio controllato.

Per quanto riguarda il fattore ‘IA’ l’assenza di rischio è riconducibile a vari fattori quali, ad esempio, il fermo cautelativo dell’impianto adiabatico presso il Padiglione DEA e l’USU o il trattamento centralizzato dell’acqua presso il polo tecnologico a servizio dei padiglioni di recente costruzione.

Il codice rosso assegnato a ‘Altri impianti

		CAMPIONI PER MESE													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
		C	C	C	C	C	C	F	C	C	C	C	C		
Blocco Nord N1	S A	6			9			3	6			9		33	
Blocco Nord N5	S	5						2	5					12	
Blocco Sud S1	S A		6			6		3		6			6	27	
Blocco Sud S5	S A		5			5		2		5			5	22	
DEA	S A			6			6	3			6		6	27	
USU	S				5			2				5		12	
Padiglione 4	S		5					2		5				12	
Padiglione 7	S					5		2				5		12	
		11	16	6	14	16	6	19	11	16	6	14	16	6	157

Figura 4 – Piano annuale dei campionamenti dell’acqua calda e fredda sanitaria

idrici’ è riferibile alla presenza di riuniti odontoiatrici presso il Padiglione 3 non direttamente controllati dall’Azienda. Nella **figura 3** è rappresentata la distribuzione delle unità di trattamento con biossido di cloro e monoclorammina e degli impianti idrici all’interno del Presidio. Partendo da constatazioni empiriche e non da indicazioni di letteratura teoriche è stato contestualmente ricalibrato il piano dei campionamenti ambientali e delle manutenzioni ordinarie sulla base della matrice del rischio precedentemente descritta.

I reparti che ospitano pazienti in categoria di rischio ‘A’ devono avere impianti privi di Legionella. Il campionamento ambientale avviene in questi con cadenza trimestrale per controllare l’assenza di colonizzazione.

Per ciascun impianto di acqua calda sanitaria vengono eseguiti almeno i seguenti prelievi:

- ricircolo,
- fondo del serbatoio,
- almeno tre punti terminali rappresentativi (i più lontani nella distribuzione idrica e i più freddi),
- per i padiglioni con un numero di posti letto superiore a 150, si incrementa di un punto prelievo ogni 100 posti letto in più.

Ai fini dei campionamenti presso il Blocco Nord e Sud si è tenuto conto delle pertinenze delle due sottocentrali a servizio degli specifici settori di ciascun padiglione.

Per i reparti a rischio aumentato viene eseguita

una ricerca attiva di Legionella ogni sei mesi. Nella rete dell’acqua fredda il rischio di colonizzazione e crescita di Legionella è trascurabile se la temperatura dell’acqua non supera i 20°C; pertanto viene effettuato un monitoraggio annuale delle temperature ai punti terminali di erogazione. Nel caso in cui la temperatura riscontrata sia inferiore ai 20° C, si prevede un unico campionamento nel periodo estivo (indicativamente a giugno). Per ciascun impianto di acqua fredda sanitaria devono essere eseguiti almeno i seguenti prelievi:

- fondo del serbatoio,
- almeno due punti rappresentativi (i più lontani nella distribuzione idrica),
- per i padiglioni con un numero di posti letto superiore a 150 si incrementa di un punto prelievo ogni 100 posti letto in più.

In **figura 4** è rappresentato il piano dei campionamenti presso il Presidio ospedaliero per padiglione mutato dalle Linee guida 2015, ponderato sotto il profilo quantitativo sulla base delle predette specifiche e del numero dei posti letto.

Per i centri sanitari territoriali con presenza continuativa di utenza si attua un campionamento con cadenza semestrale tenendo conto della variabilità impiantistica degli edifici alcuni dei quali adibiti ad uso abitativo (comunità residenziali psichiatriche, Hospice e cure palliative).

Nell’ambito odontoiatrico a gestione diretta ed

in convenzione si prevede un campionamento annuale nei seguenti punti terminali:

- rubinetto del lavandino (non della sputacchiera);
- micromotore;
- ablatore;
- turbina;
- siringa aria/acqua.

I risultati dei campionamenti ambientali vengono inseriti in un data base, strutturato per consentire una selezione con filtri dei seguenti campi ed una analisi aggregata:

- tipo campionamento: ordinario o straordinario (in seguito al riscontro di un caso o dopo un intervento di bonifica);
- identificativo del padiglione;
- identificativo del sito del prelievo (es. codice e descrizione del reparto, identificativo della centrale termica);
- piano;
- identificativo del locale (stanza di degenza, bagno comune, cucina);
- identificativo del punto prelievo (boiler, lavabo, doccia, doccino, bidet);
- tipo prelievo: acqua calda o fredda sanitaria;
- data prelievo;
- esito (positivo o negativo);
- sottogruppo (in caso di riscontro positivo);
- UFC/L (in caso di esito positivo).

Al fine di adottare criteri di lettura condivisi, è stata introdotta una anagrafe del campionamento per identificare in modo univoco gli esiti dei referti prodotti dal laboratorio di riferimento interno:

- identificativo del padiglione;
- identificativo del sito del prelievo: 'C' convivito, 'DEG' degenza, 'IMP' centrale termica, 'S' spogliatoio;
- identificativo del reparto: centro di costo;
- identificativo del locale: numero stanza, numero impianto;
- identificativo del punto prelievo: 'L' lavabo, 'BI' bidet, 'DO' doccia, 'DC' doccino, 'F' fondo boiler, 'M' mandata, 'R' ricircolo.

Nel caso in cui si verifichi un problema ricorrente, ad esempio, in un padiglione, su un piano, a livello di centrale termica o nei punti terminali si genera un alert sulla base del quale viene convocato il tavolo permanente al fine di adottare azioni correttive di bonifica o per rimodulare il piano delle manutenzioni ordinarie degli impianti.

CONCLUSIONI

L'evoluzione delle conoscenze in materia di analisi del rischio ha decisamente spostato l'interesse verso la realizzazione di un sistema globale del rischio estesa alla intera filiera idrica dalla immissione al punto di utenza finale. Il modello WSP, di fondamentale semplicità nei suoi aspetti generali, contestualizzato al controllo del rischio legionellosi è finalizzato a ridurre in via preventiva le possibilità di contaminazione delle acque, ad attenuare o rimuovere la presenza di fattori di rischio e, infine, a prevenire contaminazioni.

L'esperienza condotta dimostra che anche in ambiti di sorveglianza e contesti fortemente disomogenei quali quelli costituiti da ospedali a padiglioni di differenti generazioni e caratteristiche impiantistiche è possibile dotarsi di strumenti di controllo razionali.

Si prevede di estendere il processo di valutazione tenendo conto non solo dei criteri illustrati, ma della 'epidemiologia' dei campionamenti ambientali e della 'ecologia' delle acque per tarare il rischio rispetto a un sempre maggiore grado di penetrazione della conoscenza e di predittività grazie al supporto dei data base.

BIBLIOGRAFIA

1. *Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi. Conferenza Stato-Regioni (seduta del 7 maggio 2015).*
2. *The European Guidelines for Control and Prevention of Travel Associated Legionnaires' Disease - versione 1.1 settembre 2011*
3. *M. Ottaviani, L. Lucentini, L. Bonadonna, E. Ferretti. Valutazione e gestione del rischio nella filiera delle acque destinate al consumo umano: i Water Safety Plan. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. Volume 22 - Numero 1, Gennaio 2009, pagg. 3-8.*
4. *Linee guida "Prevenzione e controllo della Legionellosi in Lombardia" - Decreto Direzione Generale Sanità n. 1751 del 24/02/2009 (identificativo Atto n. 71).*
5. *Linee guida recanti indicazioni ai laboratori con attività di diagnosi microbiologica e controllo ambientale della legionellosi (G.U. n 28 del 4 Febbraio 2005 e G.U. n 29 del 5 Febbraio 2005).*
6. *Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings, 2003. Recommendations and Reports - December 19, 2003/ Vol 52/ No. RR-17 - USA.*

Gruppo di lavoro interospedaliero sul Bed Management: analisi multicentrica descrittiva

Riassunto

Il non governo dei flussi paziente in Ospedale ha effetto su tutte le fasi del ricovero, sui tempi d'attesa in Pronto Soccorso, sulla degenza media e su altri indicatori di attività, con un aumento del rischio clinico e dell'insorgenza di infezioni ospedaliere.

Obiettivo del lavoro è confrontare alcune esperienze nazionali di Bed Management ospedaliero (BM), all'interno di un gruppo collaborativo interospedaliero.

È stato condotto uno studio multicentrico descrittivo cui hanno partecipato nove ospedali di sei regioni. Tramite questionario sono stati raccolti e confrontati 132 indicatori strutturali, di attività e organizzativi, seguiti da una serie di visite reciproche di audit interospedalieri

I nove ospedali partecipanti hanno in media 326 posti letto, un'occupazione media dell'86,1%, una degenza media di 7,4 giorni e circa 48000 accessi annui in Pronto Soccorso: in tutti i casi il BM fa capo alla Direzione medica ospedaliera, con un team dedicato da una a sei persone; vi è un regolamento specifico solo in 6 ospedali. Il team segue le dimissioni difficili e i trasferimenti tra reparti in tutti i casi e i ricoveri da PS in 8 ospedali. In caso di carenza di posti letto, tutti gli Ospedali ricoverano fuori reparto e/o dipartimento, ma solo 5 ospedali dispongono il blocco dei ricoveri programmati e 4 ospedali attivano letti aggiuntivi. I risultati dell'indagine mostrano modelli organizzativi ben avviati e omogenei di BM, e l'importanza dell'apprendimento tra pari attraverso un sistema di audit reciproci. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi per proporre standard di BM e per misurare l'efficacia dei modelli proposti sulle attività ospedaliere.

Riccardo Papalia¹, Remo Appignanesi², Pierpaolo Bertoli³, Francesca Ciruolo⁴, Francesca Dinelli⁵, Riccardo Luzi⁶, Mauro Nelli⁷, Rosamaria Riente⁸, Valentina Pastorino⁹, Roberto Sacco¹⁰, Arturo Pasqualucci¹¹, Luisella Audisio¹², Emiliana Ostorero¹², Roberto Novati¹

1 Medico, Azienda USL della Valle d'Aosta, Direzione Medica di Presidio

2 Medico, Stabilimento ospedaliero Madonna del Soccorso - Area vasta 5 - ASUR - Marche Direttore Direzione Medica di Presidio

3 Medico, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Direzione Medica di Presidio Ospedale F.Tappeiner, Merano

4 Medico, AUSL Toscana Centro, Responsabile Direzione Medica di Presidio Ospedale Santa Maria Nuova, Firenze

5 Medico, Area Vasta Nord Ovest, Direzione Medica di Presidio Ospedale S. Luca, Lucca

6 Medico, INRCA, Direzione Medica di Presidio Ospedale U. Sestili, Ancona

7 Medico, E.O. Ospedali Galliera Genova, Direzione Medica di Presidio

8 Medico, ASL2 Savonese, Direzione Medica di Presidio Ospedale di Savona

9 Infermiere, ASL2 Savonese, Direzione Medica di Presidio Ospedale di Savona

10 Medico, ASL TO3, Direttore Direzione Medica di Presidio Ospedale di Pinerolo

11 Medico, ASL TO3, Direttore Direzione Medica di Presidio Ospedale di Rivoli

12 Infermiere, ASL TO3, Direzione Medica di Presidio Ospedale di Rivoli

INTRODUZIONE

Il non governo dei flussi paziente in Ospedale determina un 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, anche di natura economico-gestionale (4,5); è ben noto che il sovraffollamento, la permanenza prolungata in Pronto Soccorso e il ritardo nella dimissione aumentano il rischio clinico (9,12)

PAROLE CHIAVE:

Bed management, ricoveri, dimissioni, posti letto

con un focus più recente sul rischio aumentato di cadute ed infezioni ospedaliere. (8)

A questo si somma il grave disagio subito dai pazienti, familiari e lavoratori esposti ad un ambiente inidoneo, a volte pericoloso, e altamente conflittuale. Da qualche anno il problema si sta aggravando su tutto il territorio nazionale, per numerosi motivi, in primis il sommarsi della riduzione progressiva dei posti letto per acuti con l'aumento percentuale di popolazione generale anziana e non autosufficiente (7), il tutto nell'attesa di strategie complessive di assistenza all'anziano dipendente e/o pluripatologico, nonostante siano in corso interessanti esperienze regionali (2). Il contesto descritto è destinato ad aggravarsi ulteriormente a seguito della pubblicazione del Decreto 2 aprile 2015, n.70 del Ministero della Salute, sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, che prevede la chiusura di ulteriori circa 3.000 posti letto sul territorio nazionale, non compensata, nella maggioranza dei casi, da un contestuale incremento dell'offerta di posti letto di post-acuzie e del sistema residenziale. 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 percorsi del paziente in Ospedale, il cosiddetto *Bed Management* (BM); con questo termine si identifica un insieme di funzioni e attività, per ora scarsamente codificate, parte a loro volta di un sistema complesso e multifattoriale. La limitata letteratura disponibile è per ora prevalentemente descrittiva: in particolare la funzione di BM risulta essere sperimentata da almeno dieci anni in Gran Bretagna, dove costituisce un ruolo tipicamente infermieristico (13).

Tuttavia, nei lavori che descrivono esperienze di BM, non vi è un sufficiente risalto, con le dovute eccezioni (1) alle metodologie adottate, rendendo così difficile implementare i modelli descritti in altri contesti. Inoltre la letteratura disponibile è incentrata sul Pronto Soccorso e/o sulle aree critiche ospedaliere (10), con la mancanza, almeno per ora, di studi epidemiologici di ambito ospedaliero complessivo che vanno dal momento dell'accesso al Pronto soccorso fino alla dimissione ordinaria o protetta verso i Servizi territoriali. In Italia, a nostra conoscenza, sono descritte singole esperienze di BM, dal 2011, per lo più presentate al congresso nazionale della

Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO) e in un caso pubblicate sulla rivista della associazione (3,6,11).

Nonostante le segnalazioni di singole esperienze, più o meno pionieristiche, e alla luce del fatto che tutti gli Ospedali italiani oggi si trovano a fronteggiare l'emergenza dei posti letto, ha senso ritenere che oggi siano numerosi gli Ospedali che hanno avviato un programma di BM, definito come attività strutturata, specificamente dedicata alla gestione complessiva della risorsa posto letto e dei flussi paziente. A causa della generale impermeabilità degli Ospedali italiani allo scambio di esperienze, e, soprattutto, della nota carenza di ricerca organizzativa in ambito ospedaliero, occorre registrare che la carenza di pubblicazioni italiane sul BM, impedisce così il confronto e rallenta il miglioramento e le spinte innovative in tale ambito. E' invece evidente che i medici igienisti di Direzione medica ospedaliera siano oggi chiamati a declinare il metodo di ricerca della medicina clinica alle problematiche organizzative, superando l'empirismo *home-made*, alla ricerca di standard solidamente argomentati. Nel tentativo di superare i limiti sopradescritti abbiamo condotto uno studio descrittivo multicentrico dedicato al BM, con i seguenti obiettivi:

- favorire l'aggregazione e la nascita di una rete di Ospedali che hanno una funzione di BM in corso, a vari livelli di implementazione;
- condividere le esperienze, le sperimentazioni gestionali, i metodi di analisi e i risultati;
- proporre uno schema standardizzato e sufficientemente dettagliato di BM, da proporre ai professionisti interessati e alle società scientifiche di riferimento.

MATERIALI E METODI

Il gruppo interospedaliero si è aggregato spontaneamente a partire dai contributi congressuali succitati e all'interno di altri gruppi di lavoro pre esistenti:

1. Il GISIO-Siti, Gruppo Italiano Studio Infezioni Ospedaliere
2. Il forum Perchir (www.perchir.it), gruppo di lavoro che da alcuni anni aggrega numerosi Ospedali attorno alle tematiche organizzative del blocco operatorio e dell'attività chirurgica. Nel maggio 2014 inoltre si è tenuto ad Aosta il convegno "Bed Management 2014, esperienze

Tabella 1. Cronoprogramma dello studio

Data	Sede	Attività
Ottobre 2014-Marzo 2015		Arruolamento partecipanti
Aprile 2015	Lucca	Presentazione dei modelli e disegno dello studio
Giugno 2015	Lucca	Test del modello, primo audit
Ottobre 2015, Gennaio 2016	Tutte le sedi	Viste di audit
Marzo 2016	Lucca	Presentazione risultati

nazionali a confronto”, che ha permesso i primi scambi di esperienze e progetti sul tema. La definizione del gruppo di lavoro si è concluso a marzo del 2015, con l’inclusione dei seguenti ospedali:

- Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (INRCA), Ospedale U. Sestili, Ancona
- Ospedale regionale, Aosta
- Ospedale Galliera, Genova
- Ospedale San Luca, Lucca
- Ospedale di Rivoli
- Ospedale Madonna del Soccorso, San Benedetto del Tronto
- Ospedale San Paolo, Savona
- Ospedale F.Tappeiner, Merano.

Nel 2016 ha aderito l’Ospedale Santa Maria Annunziata, Bagno a Ripoli, Firenze

In fase di reclutamento si è ritenuto di non coinvolgere i grandi Ospedali e le Aziende Ospedaliere-Universitarie (AOU), caratterizzati da assetti e problematiche organizzative peculiari. Ad aprile 2015 si è svolto a Lucca il primo incontro dei componenti il gruppo, ognuno dei quali ha presentato per sommi capi il proprio modello di BM e sono stati definiti i dettagli dello studio. In particolare si è deciso per il sistema delle visite di audit reciproche tra tutti i partecipanti; le visite di audit hanno avuto inizio con la presentazione dell’Ospedale ospitante per mezzo di un apposito questionario che ne descriveva gli aspetti strutturali e organizzativi, con focus sul modello di BM attivo. Il questionario comprendeva 46 item sulla struttura, 86 sull’organizzazione (compreso il BM), 28 dei quali specifici per il processo di ricovero da Pronto Soccorso, e nove sugli indicatori di efficacia del sistema, tutti riferiti all’anno 2014; la seconda parte della visita di audit era invece dedicata alla presentazione e discussione analitica del modello locale di BM, alla condivisione, quando possibile, di momenti di BM e alla visita dell’Ospedale, con particolare riguardo al Pronto Soccorso. Il mo-

dello è stato testato a Lucca nel giugno 2015 e le visite successive si sono svolte da ottobre fino a gennaio del 2016. I risultati dello studio sono stati presentati a marzo 2016 a Lucca, nel corso di un convegno finale dedicato, dove è stata presentata anche una prima proposta di standard nazionali sul BM. L’analisi dei risultati dello studio multicentrico è stata effettuata con metodi di statistica descrittiva espressi in medie aritmetiche di frequenze assolute e di frequenze percentuali con indicazione dei valori minimi e massimi dei singoli ospedali reclutati. La Tabella 1 sintetizza il cronoprogramma dello studio con le attività svolte.

RISULTATI

Sono stati inclusi nello studio nove Ospedali, di cui sette presidi ospedalieri di ASL e due IRCCS/Enti Ospedalieri con prestazioni di elevata specializzazione, aventi in media $n=326$ posti letto (min=161; max=457). Il 33,3% degli ospedali coinvolti presentava un modello organizzativo di ricovero per intensità di cura e complessità assistenziale. (Tabella 2) Per quanto riguarda la distribuzione della risorsa posto letto per area di degenza e per regime di ricovero, gli ospedali coinvolti presentavano nel 2014 in media il 39,6% (min=28,1%; max=50,5%) di posti letto di area medica, il 27,0% (min=17,8%; max=40,3%) di posti letto di area chirurgica, il 7,5% (min=4,8%; max=14,0%) di posti letto di area critica e l’11,8% (min=6,5%; max=19,6%) di posti letto per i ricoveri diurni (*day hospital* e *day surgery*). La Medicina d’urgenza, quale struttura di ricovero funzionalmente collegata al Pronto Soccorso, presente in otto ospedali, disponeva mediamente di 11,2 posti letto (min=7,0; max=14,0).

L’analisi degli indicatori di attività ospedaliera (tabella 2) ha evidenziato un tasso di occupazione medio dei posti letto del 86,1%, con alcune

Tabella 2. Risultati dei principali indicatori di attività degli ospedali inclusi nell'analisi

Indicatore di attività ospedaliera	Media	Min-Max
Tasso di occupazione complessivo (%)	86,1	77,7-97,0
Area medica	95,5	79,9-110,0
Area chirurgica	80,4	71,1-97,0
Area critica	75,4	57,0-96,8
Area materno-infantile	59,6	39,0-80,0
Degenza media (gg)	7,4	5,7-11,0
Area medica	8,9	7,9-10,2
Area chirurgica	6,0	5,4-7,3
Area critica	5,6	3,9-6,9
Area materno-infantile	3,9	3,0-5,0
Accessi in Pronto Soccorso (n)	48.635	8.908-66.320
Pazienti in OBI	3.134	1.615-4.916

Tabella 3. Distribuzione delle frequenze medie percentuali dei servizi presenti h24 negli ospedali oggetto dell'indagine

Servizio	%
Guardia Interdivisionale Medica	75,0
Pediatria-ginecologia	75,0
Direzione Medica di Presidio	75,0
Guardia Interdivisionale Chirurgica	62,5
Psichiatria	62,5
Servizio Infermieristico, Riabilitativo, della Prevenzione e della professione Ostetrica Aziendale (SITRA)	62,5
Radiologia	50,0
Laboratorio Analisi	50,0

variazioni dei valori medi per singola area di degenza (95,5% in area medica, 80,4% in area chirurgica, 75,4% in area critica e 59,6% in area materno-infantile); la degenza media, invece, è risultata nel complesso pari a 7,4 giorni, di cui di 8,9 giorni in area medica e di 6,0 giorni in area chirurgica.

Per quanto riguarda i dati di attività del Pronto Soccorso nei singoli ospedali (tabella 2), gli accessi sono risultati in media 48.635, con una media di 3.134 pazienti in Osservazione Breve Intensiva (OBI), un tasso di ricovero medio del 15,5%; il 17,2% dei pazienti transitati al Triage sono stati classificati con il codice di minor gravità (bianco). Per quanto riguarda i servizi presenti in Pronto Soccorso, in tutti gli ospedali indagati risultava presente la Radiologia, mentre l'Ortopedia, la Pediatria e la Ginecologia era assente rispettivamente, nel 37,5%, nel 50,0% e nel 62,5% dei casi. Nella tabella 3 si riportano

invece i risultati degli item del questionario che indagavano la disponibilità h24 negli ospedali di alcuni servizi fondamentali nei processi di diagnosi e cura ed organizzativi.

Per quanto riguarda gli item inerenti il BM, il team varia da un minimo di uno ad un massimo di sei unità di personale dedicato la cui funzione afferisce nel 100% dei casi alla Direzione Medica di Presidio; tuttavia solo nel 66,6% dei casi è presente negli ospedali un regolamento di BM. Dalla tabella 4 si può evincere che il *bed manager* nella maggior parte degli ospedali effettua un puntuale e giornaliero monitoraggio dei posti letto anche con l'ausilio di un sistema di *visual hospital* (87,5%), si interfaccia con i trasporti sanitari secondari per la dimissione e si occupa dei ricoveri programmati solo rispettivamente nel 55,6% e nel 66,6% dei casi.

Nella tabella 4, inoltre, si può notare la possibilità per la maggior parte degli ospedali di

Tabella 4. Risultati degli item inerenti il ruolo del Bed Manager ed i contenuti del Regolamento di BM

Item inerenti la figura del Bed Manager	%
<i>Modalità operative del Bed Manager:</i>	
La situazione posti letto è visualizzata almeno giornalmente	100
È presente la modalità di rilevazione del fabbisogno di pl	100
La rilevazione dei pl viene effettuata in situ	100
La rilevazione dei pl disponibili è informatizzata	87,5
<i>Interfaccia del Bed Manager:</i>	
coordinatori infermieristici delle degenze	100
servizio territoriale per le dimissioni difficili	83,3
servizio sociale	83,3
direttore di struttura	66,6
nucleo ospedaliero continuità delle cure	66,6
trasporti sanitari per la dimissione	55,6
<i>Il Bed Manager si occupa di:</i>	
Dimissioni difficili	100
Trasferimenti tra reparti/setting	100
Ricoveri da Pronto Soccorso	83,3
Trasferimenti intra reparto/setting per ottimizzare l'uso dei letti	83,3
Ricoveri programmati	66,6
<i>Item inerenti i contenuti del Regolamento di BM (valori in %)</i>	
<i>Ricovero notturno</i>	
Può essere effettuato il RO durante le ore notturne	88,9
Viene accettato dalla guardia divisionale	77,8
Viene accettato dal reperibile della UO	22,2
È gestito dal medico MURG (guardia del dipartimento medico)	11,1
<i>In caso di carenza posti letto (esclusa area critica)</i>	
Si ricovera fuori reparto - stesso dipartimento	100,0
Si ricovera fuori reparto - altro dipartimento	100,0
Si sospendono i ricoveri programmati in area medica	55,6
Si sospendono i ricoveri programmati in area chirurgica	55,6
Sono attivati letti aggiuntivi	44,4
In caso di ricovero fuori dall'area assistenziale (medica/chirurgica) vengono preventivamente spostati pazienti in dimissione	44,4
Il ricovero fuori dall'area assistenziale (medica/chirurgica) viene autorizzato dalla Direzione Medica di PO	44,4
Si attivano pl in strutture private accreditate	44,4
Esistono posti letto dedicati a ricoveri programmabili in area medica	44,4
<i>Regolamentazione specifica per pazienti</i>	
Infettivi	66,7
Ricovero pazienti diverso sesso nella stessa camera	55,6
Pediatrici	44,4
Adulti psichiatrici	22,2
Area Critica (intensiva e subintensiva)	22,2
Stanza dedicata Carcerato (intra o extraospedaliera)	22,2
Minori psichiatrici	11,1
Carcerati piantonati	11,1

Tabella 5 – Distribuzione per frequenza percentuale della presenza di regolamenti/procedure/documenti aziendali inerenti o che possano interferire con l'attività di BM

Regolamenti /procedure/documenti aziendali	%
Piano di Emergenza per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)	55,6
Continuità Ospedale-Territorio	55,6
Convenzione col privato per la disponibilità di posti letto per le dimissioni difficili – post acuti	55,6
Gestione straordinaria dei posti letto	44,4
Gestione ordinaria dei posti letto	44,4
Regolamento trasferimenti interni	44,4
Convenzione col privato per disponibilità PL da PS	44,4
Procedure per pazienti con patologie croniche per evitare ricoveri ripetuti frequenti	44,4
Regolamento dei ricoveri urgenti	33,3
Inserimento di obiettivi di budget sulla gestione del ricovero urgente	33,3

poter effettuare ricoveri in orario notturno, con accettazione da parte medico di guardia interdivisionale; soltanto nel 22% dei nosocomi indagati il medico della U.O. in servizio di pronta disponibilità si reca in ospedale per accettare il ricovero notturno del paziente.

Nella tabella 5, che riassume i risultati degli item inerenti la presenza di regolamenti e procedure che possono riguardare l'attività di BM, si rileva nella maggior parte degli ospedali (55,6%) solo la presenza di documenti riguardanti il PEIMAF, la continuità ospedale-territorio e la convenzione con le Strutture private per la disponibilità di posti letto per le dimissioni difficili. La carenza di posti letto è affrontata in tutti i casi ricoverando fuori reparto, solo nel 55,6% dei casi viene disposto il blocco dei ricoveri e nel 44% degli ospedali sono attivati letti supplementari, in qualche caso con l'attivazione di posti letto in strutture private accreditate (tabella 4). Infine, nella maggior parte degli ospedali è presente una regolamentazione specifica per i pazienti infettivi e per i ricoveri in stanza miste per sesso, mentre si rileva una carenza di un regolamento *ad hoc* per i pazienti psichiatrici adulti e minori, per i pazienti in area critica e per i pazienti reclusi in un Istituto penitenziario (tabella 5).

Nell'ultima sezione del questionario, è stata rilevata la presenza nel 100% degli ospedali di un sistema di monitoraggio di indicatori di efficacia del sistema, in particolare con l'analisi in tutti i casi dell'andamento della degenza media, dei tassi di occupazione, degli accessi in Pronto Soccorso e del tasso di ricovero da Pronto Soccorso.

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

Gli obiettivi di questo studio multicentrico erano l'attivazione e la strutturazione di una rete di Ospedali con una funzione di BM in corso, la condivisione di esperienze, di metodi di analisi e di risultati, e la proposta di uno schema standard e sufficientemente dettagliato di BM, da proporre ai professionisti interessati e alle società scientifiche di riferimento con l'obiettivo di concorrere alla definizione di modelli organizzativi più funzionali agli sviluppi in corso nel sistema ospedaliero. Sono stati reclutati nello studio nove ospedali pubblici del nord e centro Italia con caratteristiche strutturali e organizzative abbastanza simili. Il questionario, che comprendeva 46 item sulla struttura, 86 sull'organizzazione (compreso il BM), 28 dei quali specifici per ricovero da Pronto Soccorso, e nove sugli indicatori di efficacia del sistema, ha permesso di circostanziare i contesti operativi del gruppo di lavoro e i modelli di BM in atto nei diversi Ospedali. L'analisi organizzativa ha permesso di rilevare una relativa carenza di servizi fondamentali nei processi di diagnosi e cura ed organizzativi, mentre si è rilevato un modello strutturalmente avviato di BM, a vari livelli di implementazione, in tutti gli ospedali oggetto dell'indagine. Per quanto riguarda l'analisi dei contenuti dei regolamenti e dei documenti inerenti l'attività di BM, vi è una notevole omogeneità tra i modelli di BM; si sono invece rilevate in particolare alcune carenze nella regolamentazione della gestione di particolari categorie di pazienti (pazienti pediatrici, psichiatrici, di area critica e carcerati). Un ulteriore approfondimento *ad hoc* andrà impostato relativamente alla in-

tegrazione ospedale – territorio, in particolare nella gestione dei posti letto della post acuzie e del sistema residenziale, al fine di migliorare il *turn over* ed evitare di ostacolare i flussi-paziente in uscita, con ripercussioni monte sulle degenze per acuti. I punti di forza di questo lavoro sono innanzitutto l'approccio innovativo, poiché, dalle nostre ricerche, risulta il primo studio di ricerca organizzativa in Ospedali italiani dedicato al BM; inoltre la casistica presentata è relativamente omogenea e raccoglie un buon numero di Ospedali già attivi da tempo nella funzione, permettendo così di fornire delle raccomandazioni di buona pratica organizzativa. Occorre poi sottolineare il valore aggiunto delle visite reciproche di audit (pur con un'adesione complessiva sub ottimale): tale approccio va oltre l'analisi di un questionario, ancorché articolato, e ha consentito ai componenti del gruppo di lavoro, tutti direttamente impegnati nella gestione quotidiana dei posti letto attraverso lo strumento del BM, la condivisione sul campo di esperienze e criticità e la visione intrinseca dei singoli contesti operativi. Il nostro studio presenta tuttavia alcuni limiti, in quanto consiste in un'analisi descrittiva e i risultati sono ancora in parte preliminari; inoltre nella maggior parte dei casi non è stata dimostrata l'efficacia dei singoli modelli di BM. Abbiamo inoltre riscontrato numerose difficoltà a definire con la dovuta precisione ed a confrontare i diversi modelli organizzativi ospedalieri indagati (quali ad esempio dipartimenti, organizzazione del Pronto Soccorso con triage dedicati oppure con MURG o con uso delle barelle, posti letto territoriali, etc...), e nella definizione di alcuni *setting* assistenziali (osservazione temporanea/osservazione breve intensiva), a dimostrazione della spiccata eterogeneità della rete ospedaliera nazionale. Inoltre, lo studio multicentrico ha coinvolto un numero esiguo di ospedali, non omogeneamente distribuiti sul territorio italiano. In conclusione, questo studio fornisce strumenti innovativi per diffondere ad altri ospedali italiani ed esteri alcune raccomandazioni verso un modello organizzativo ben strutturato ed articolato di *bed management*, in un momento storico in cui è richiesto di raggiungere i massimi livelli di efficienza dettati dalle normative nazionali e regionali e dalla perdurante carenza di risorse. Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche ed analisi organizzative sull'argomento per poter fornire ai decisori un modello di *bed*

management che presenti un maggiore livello di raccomandazione e contribuisca ad incrementare l'efficacia complessiva del sistema.

BIBLIOGRAFIA

1. Barrett L, Ford S, Ward-Smith P. A bed management strategy for overcrowding in the emergency department. *Nursing Economics*, March-April 2012;30(2): 82-6
2. Buongiorno. *Il nuovo programma di cura per le malattie croniche*. Disponibile a: www.buongiorno.it/. Ultimo accesso: 28 febbraio 2017
3. Carraro MG, Grasso A, Salemi M. Sviluppo di una metodologia utile alla gestione dinamica dei posti letto da destinare ai ricoveri da pronto soccorso. In: *Atti del 37° Congresso Nazionale ANMDO (8-11 giugno 2011)* 2011: 84.
4. Chadaga SR, Shockley L, Keniston A, et al. Hospitalist-led medicine emergency department team: associations with throughput, timeliness of patient care, and satisfaction. *J Hosp Medicine* 2012; 7(7): 562-6
5. Clarke R, Rosen R. Length of stay: how short should hospital care be? *Eur J Pub Health* 2001; 11 (2); 166-70.
6. 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". In: *Atti del 37° Congresso Nazionale ANMDO (8-11 giugno 2011)*, 2011:115
7. ISTAT, *annuario statistico italiano 2015*. Disponibile a: www.istat.it/it/files/2015/12/Asi-2015.pdf. Ultimo accesso: 28 febbraio 2017
8. Kaier K, Mutters NT, Frank U. Bed occupancy rates and hospital-acquired infections—should beds be kept empty? *Clin Microbiol Infect* 2012; 18: 941-5
9. Keegan AD. Hospital bed occupancy: more than queuing for a bed. *Med J Aust* 2010; 193: 291-3
10. McCoy J, Gale AR, Sunderram J, Ohman-Strockland P, Eisenstein RM. Reduced hospital duration of stay associated with revised emergency department-intensive care unit admission policy: a before and after study. *J Emerg Med* 2015; 1(7): 1-8.
11. Novati R, Galotto C, Gorraz A, et al. Progetto di bed management in ospedale regionale di aosta; risultati a un anno di follow-up. *L'Ospedale* 2013; 4: 12-8.
12. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med* 2008; 51: 1-5
13. Proudlove N, Boaden R, Jorgensen J. Developing bed managers: the why and the how. *Journal of nursing management* 2007, 15; 34-42

Cure intermedie: lo stato dell'arte a Prato

Riassunto

Le cure intermedie (CI) costituiscono una risposta al problema della continuità ospedale- territorio. Lo scopo del presente articolo è quello di effettuare una valutazione di efficacia per la zona pratese misurando il tasso di accesso al Pronto soccorso, di ospedalizzazione e mortalità a 7 e 30 giorni per i ricoverati in CI dal 2013 al 2016. Limitatamente a Prato sono stati estratti tutti i codici fiscali dei ricoverati in CI dal 2013 (anno di implementazione del servizio) al 2016 e sono stati incrociati con il flusso SDO e PS per calcolare gli indicatori sopra descritti. A Prato sono stati registrati fino a marzo 2016 tassi crescenti di accesso al PS, ospedalizzazione e mortalità a 7 e 30 gg. L'introduzione a marzo 2016 di 2 specialisti dedicati in orario diurno ha migliorato i tassi di invio al PS ed il numero di ricoveri, ma non la mortalità. Al contempo erano stati aumentati i posti letto da 12 a 24 ed innalzata la soglia di ingresso da un punteggio NEWS di 0-1 fino a NEWS di 3. A Prato gli indicatori evidenziano un sempre maggiore grado di instabilità dei pazienti in dimissione. Questo li rende probabilmente poco adatti alla bassa intensità assistenziale prevista finora per questo setting. Sicuramente la presenza degli specialisti all'interno della struttura ha portato ad un miglioramento della presa in carico rispetto al passato in cui erano previsti solo accessi occasionali da parte degli MMG, ma sono sicuramente da implementare percorsi diagnostici dedicati o possibilità di esami in loco per evitare di reinviare i pazienti in ospedale. Al contempo sarebbe auspicabile un maggior ruolo di filtro nella fase di dimissione.

Alrene Bellini*, **Alessandro Pecchioli****, **Raffaella Bartolini*****, **Laura Tattini******

*scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva, Università di Firenze,

**Direttore UO Cure Primarie, ZD area pratese,

***Dirigente medico UO Cure primarie ZD Area Pratese,

****Coordinatrice sanitaria zona distretto area pratese AUSL Toscana centro

PAROLE CHIAVE:

Cure intermedie, descrizione, valutazione.

INTRODUZIONE

Il termine “intermedie” sta ad indicare una pluralità di servizi tra l'ospedale ed il territorio volti a garantire la continuità e l'integrazione tra queste due filiere, come una sorta di cerniera.

Le CI si configurano quindi più come un concetto che come un servizio: un insieme di risposte adeguate di fronte ad un evento acuto che genera delle difficoltà, che può avvenire a domicilio o in ospedale. Se avviene a domicilio le CI sono tutti quei servizi che evitano un inutile ed inappropriato ricovero; se avviene in ospedale facilitano la dimissione predisponendo un adeguato percorso assistenziale “person centred”.⁽¹⁾

L'intensità assistenziale è inferiore rispetto a quella erogata ai casi acuti, in ospedale o in setting ambulatoriali, e maggiore rispetto a quella domiciliare tradizionale garantita dalla rete dei servizi territoriali.

Le CI costituiscono una possibile risposta rispetto a diversi input:

1. il ridimensionamento dell'offerta ospedaliera con la contrazione di posti letto⁽²⁾ e della durata di degenza;
2. l'aumento delle patologie croniche e la tendenza all'invecchiamento della popolazione, con pazienti sempre più complessi e con necessità di periodi prolungati di convalescenza e stabilizzazione in seguito ad una riacutizzazione trattata durante il ricovero⁽³⁾;
3. la situazione economica e sociale che non sempre consente il rientro a domicilio dei pazienti in postdimissione, soprattutto qualora necessitino di un'assistenza continuativa.⁽⁴⁾

Il DM 70 del 2/4/2015, che fissa gli standard ospedalieri, definisce le CI come unità di degenza postacuta, territoriali e di natura prevalentemente sanitaria, in grado di supportare sia la deospedalizzazione (quindi le uscite dall'ospedale) sia la gestione di acu-

tizzazioni a domicilio (i pazienti territoriali), mediante l'attivazione di gruppi multidimensionali coordinati con i medici di famiglia e gli specialisti territoriali.

L'utente tipico viene definito come l'anziano (solitamente ultra75enne), fragile e pluripatologico, in condizioni di instabilità clinica o funzionale ma non identificato da una patologia prevalente. Tuttavia, il quadro dei bisogni assistenziali non è ben definito⁽⁵⁾.

Il primo documento di indirizzo del 2001 in Gran Bretagna è sintetizzabile con "*Maximising Recovery, Promoting Independence*", ovvero promuovere l'indipendenza ed il mantenimento a domicilio il più a lungo possibile, attraverso una pluralità di servizi di comunità attivati in funzione del fabbisogno.

Per il momento le CI a livello italiano sono risposte di tipo *bed-based*,⁽⁶⁾ posti letto con finalità internistiche di completamento della stabilizzazione clinica, riabilitative, funzionali o abilitative temporanee, dove il responsabile clinico del paziente è solitamente il MMG.

L'intervento è temporaneo ed è previsto un piano individuale e un filtro all'accesso garantito con valutazione (tramite scale funzionali e assegnazione di un profilo assistenziale) al momento della dimissione ospedaliera o a seguito della segnalazione territoriale.

A livello toscano la delibera 431/2013 prevede una suddivisione in tipo A (moduli di degenze low care intraospedaliere, con maggiore intensità assistenziale e presenza di specialisti all'interno) e B (extraospedaliere subacute gestite dagli MMG).

La delibera 679/2016 prevede una standardizzazione degli strumenti valutativi dei pazienti in dimissione. La compilazione delle schede clinica, infermieristica e sociale suggerisce automaticamente come uscita le CI quando sussistono le seguenti condizioni:

1. sulla base della scheda clinica, emerge la necessità di assistenza medica continuativa in orario diurno con NEWS \leq 3 - scala National Early Warning Score⁽⁷⁾;

2. nella scheda clinica viene ravvisata la necessità di assistenza medica non continuativa con NEWS \leq 1 oppure non venga ravvisata affatto la necessità di assistenza medica oltre ad una delle seguenti:

a. in base alla scheda infermieristica sia

prevista la necessità ogni giorno di prestazioni infermieristiche o per un tempo <90 minuti e almeno una prestazione notturna;

b. in base alla scheda infermieristica sia prevista la necessità ogni giorno di prestazioni infermieristiche per un tempo >120 minuti;

c. è prevista una delle condizioni riportate nella scheda di rilevazione sociale (vive con convivente non idoneo, vive solo o in presenza di familiari non idonei e se la condizione abitativa non è adeguata);

3. in base alla scheda clinica percorso riabilitativo viene riportato che il paziente era stato ricoverato con condizioni di instabilità clinica ma che si è stabilizzato e che presenta delle disabilità minime con Barthel modificata > 75 alla dimissione⁽⁸⁾ che non richiedono una riabilitazione di tipo intensivo.

A Prato le CI entrano a regime dal giugno 2013, recependo la delibera SdS Area Pratese n. 9/2012 *Approvazione Linee di indirizzo per la realizzazione di un presidio di Continuità Assistenziale (PCA) così dette CI per intensità di cura*, recepita con Delibera Azienda USL 4 n. 306/2013 e la delibera Azienda USL 4 n. 557/2013 *Presa d'atto progetti attuativi relativi agli interventi prioritari di cui alla DGRT n. 47/2013*.

Gli **obiettivi** dichiarati sono:

1. Ridurre/eliminare il prolungamento inappropriato dei ricoveri in ospedale di pazienti che hanno raggiunto un'accettabile stabilità clinica al fine di:

- Facilitare il turn over efficiente;

- Ridurre i rischi per la salute connessi al ricovero in ospedale;

2. Ridurre i re-ricoveri a breve-medio termine;

3. Favorire il recupero funzionale dei pazienti dimessi dall'ospedale per riacutizzazione di patologie croniche e evento acuto di prima insorgenza;

4. Evitare il ricovero nei casi gestibili a livello territoriale;

5. Consentire interventi riabilitativi a media-bassa intensità nella post acuzie;

6. Rinforzare il self-management;

7. Favorire la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio;

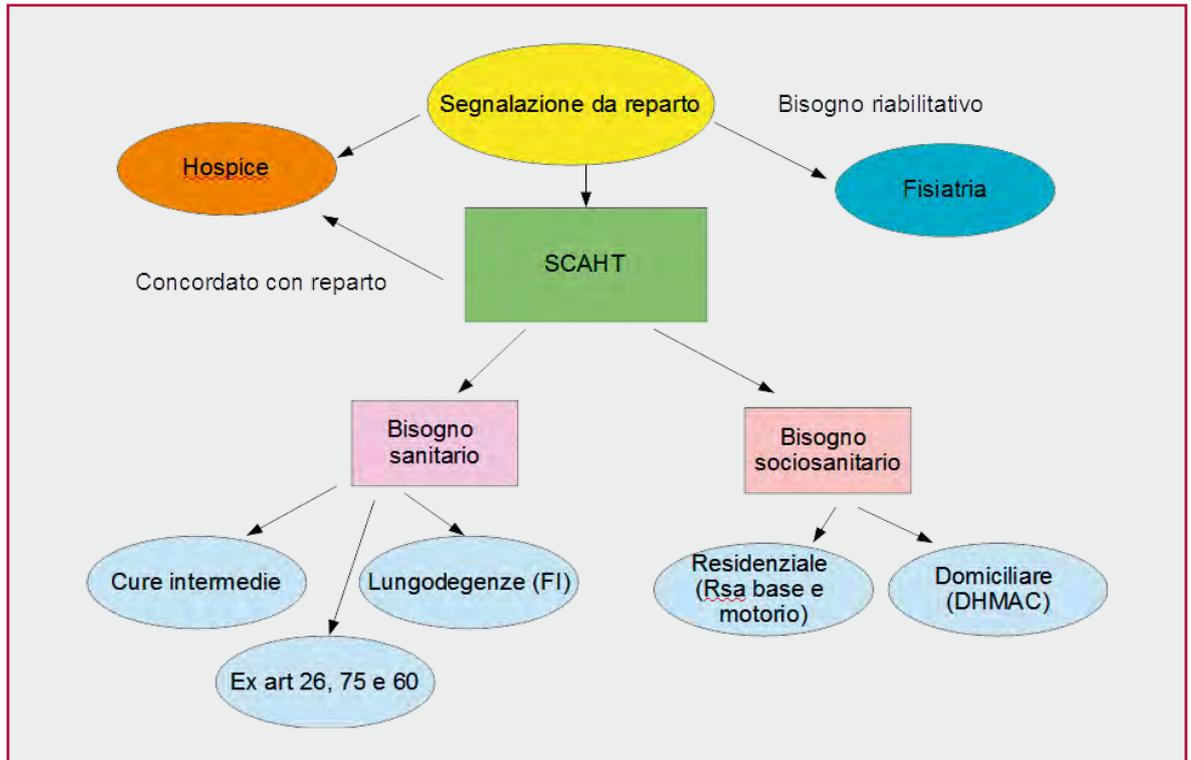


Figura 1 - Schema con i possibili esiti delle segnalazioni come dimissioni complesse (dal 1 marzo 2016)

8. Valorizzare la figura del MMG a rapporto orario come previsto nella Delibera G.R.T. n. 1235/2012.

Le esperienze riportate in letteratura orientano verso un modello assistenziale basato sul lavoro in team multidisciplinare socio-sanitario e con un piano assistenziale personalizzato per ogni singolo paziente.

Le CI sono state istituite nel 2013 nel vecchio presidio ospedaliero Misericordia e Dolce, a seguito del trasferimento del nuovo ospedale in una nuova costruzione. Il modello di presa in carico prescelto è *patient – based o person-centered*: ognuno riceve un trattamento individualizzato sulla base dei propri specifici bisogni.⁽⁹⁾

Fino al febbraio del 2016 i posti letto di CI di tipo B erano 12. Dal 1/3/2016 i letti diventano 24, di cui 20 divengono di tipo A, destinati ai pazienti in dimissione dall'ospedale come *step down service*, e prevedono la presenza di due medici (internista e fisiatra), definiti medici del percorso di continuità assistenziale che garantiscono la presenza medica all'interno della struttura dalle 8.00 al 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle 8.00 alle 14.00 nei prefestivi. Le loro

funzioni sono le seguenti:

- hanno la responsabilità clinica dell'assistenza dei pazienti ricoverati in PCA per i quali non è stata ancora fatta la presa in carico dalla MG;

- forniscono consulenza al MMG (compresi gli aspetti eminentemente riabilitativi e valutativi della fragilità).

I restanti 4 posti letto sono invece a diretta gestione degli MMG che possono utilizzarli per i propri assistiti come *step down o step up service* (da ospedale o dal domicilio).

Gli MMG, come medici scelti dal paziente sono i responsabili del governo clinico (della diagnosi, della terapia, della prevenzione secondaria e delle consulenze necessarie) sia per i pazienti dimessi dall'ospedale sia per quelli di provenienza territoriale da loro stessi inviati. Inoltre garantiscono il proprio intervento, tramite accessi programmati, in occasione dei quali, partecipano al briefing di dimissione.

In orario notturno (20,00 – 08,00) e nei giorni festivi e prefestivi, per la continuità medica, si fa riferimento al servizio di continuità assistenziale (*ex-guardia medica*) o al 118 in caso di emergenza clinica.

Le **modalità di ingresso** sono molto variate nel tempo:

■ Fino al 28/2/2016 l'accesso era solo come percorso post-dimissione. Il medico di reparto segnalava quindi al fisiatra o al geriatra il paziente eligibile, che verificavano il rispetto dei criteri di inclusione, confermavano l'inserimento

■ Dal 1/3/2016 invece l'accesso diventa una delle possibili opzioni del ventaglio fornite nelle cosiddette dimissioni difficili e gestite all'interno del servizio SCAHT (Servizio Continuità assistenziale ospedale territorio che svolge le funzioni dell'agenzia di continuità delineata dalla delibera 679/2016) (figura 1). Anche per quanto riguarda i **requisiti di accesso** i criteri cambiano dal 2013 al 2016. Nel Regolamento del 2013⁽¹⁰⁾ si precisa che un paziente è eligibile per le CI se vengono rispettati i seguenti requisiti:

1. Completezza del processo diagnostico;
2. Accertata stabilizzazione clinica con MEWS 0-1⁽⁷⁾;
3. Presenza di un Indice di Brass 0-19 (rischio medio-basso);
4. Presenza di diagnosi infermieristiche aperte, con pianificazione di interventi di carattere educativo;
5. Impossibilità di sviluppo del piano assistenziale a domicilio;
6. Durata media del ricovero nella struttura intermedia di 8-10 gg (max 15 gg);
7. Presenza del consenso esplicito del paziente, della famiglia e del medico curante.

Costituiscono **criteri di esclusione** malattie in fase terminale, le gravi demenze, i disturbi del comportamento, o qualora siano predominanti problematiche di tipo sociale.

Il 1 marzo 2016 vengono apportate alcune modifiche con un nuovo Regolamento⁽¹¹⁾. Viene ribadito che, come per l'hospice, le CI sono una risposta prevalentemente sanitaria che non passa dall'UVM e che non prevede compartecipazione da parte dell'assistito.

I **criteri di inclusione** per i pazienti in dimissione dall'ospedale rispetto al 2013 divengono più inclusivi, accettando anche pazienti con un grado di instabilità clinica più alto, e sono i seguenti:

a) pazienti dimissibili dall'ospedale ma non assistibili al proprio domicilio, clinicamente stabilizzati (NEWS score 0-1);

b) pazienti dimissibili dall'ospedale ma non assistibili al proprio domicilio, in corso di stabilizzazione clinica (NEWS score 2-3).

Tali pazienti devono comunque avere il processo diagnostico completo e concluso, la prognosi definitiva e il programma di trattamento terapeutico stabilito.

Con questa modifica del 1/3/2016, viene introdotta anche la possibilità di attivare il percorso dal territorio: il MMG comunica la segnalazione al medico PCA e al coordinatore infermieristico.

In particolare, per i pazienti provenienti dal territorio i requisiti per l'accesso in CI sono:

- a) impossibilità di essere assistiti a domicilio con garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica ma in cui il ricovero in ospedale per acuti potrebbe essere ancora evitato;
- b) programma di trattamento diagnostico-terapeutico già predisposto e concordato tra MMG e medici a rapporto orario.

L'intensità e la tipologia assistenziale delle CI è legata alla gestione della cosiddetta "acuzie territoriale" o meglio urgenze di comunità. Le "acuzie territoriali" vengono definite nel regolamento come una "serie di patologie respiratorie, cardiologiche, endocrinologiche, vascolari, ortopediche che necessitano di un immediato intervento da parte dei sanitari ed il cui trattamento non possa essere concluso all'interno degli ambulatori dei MMG e non abbia i criteri di appropriatezza come ricovero in un ospedale ad alta intensità di cura". La gestione di queste patologie deve quindi essere effettuata in un setting che offra sufficienti garanzie per la sicurezza dei pazienti, ma con costi minori rispetto ad un classico ricovero ospedaliero, ed indiscutibili vantaggi in termini economici e di accessi al PS ed ospedalizzazioni.

Anche le **condizioni di esclusione** vengono ampliate rispetto al regolamento del 2013, e sono le seguenti:

- patologie infettive, diffuse e contagiose in atto che possano rappresentare un pericolo per gli altri ospiti della struttura;
- problematiche di salute mentale o gravi disturbi cognitivo-comportamentali;
- malattie terminali;
- problematiche esclusivamente sociali che prolungano il ricovero;
- necessità di lungodegenza;
- necessità di riabilitazione intensiva.

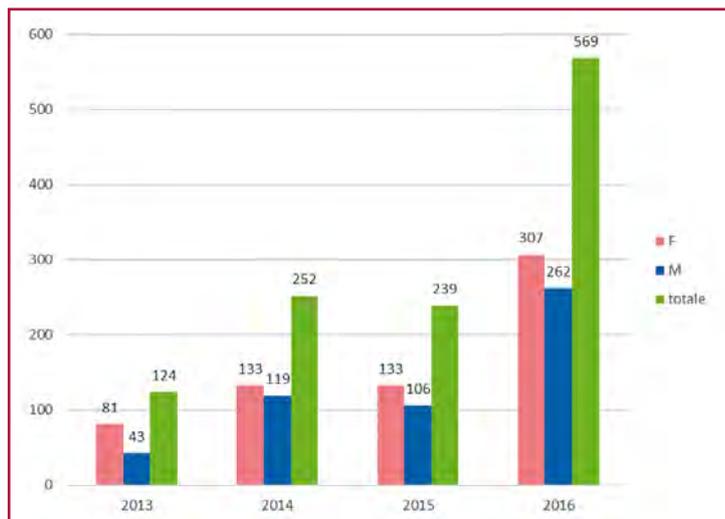


Grafico 1 - Numero di ricoveri in Cure intermedie totali e per sesso disaggregati per anno

Il ricovero in CI è finalizzato al recupero dell'autonomia funzionale residua e al rientro dei pazienti al loro domicilio e prevede pertanto un **tempo di permanenza** con una durata di 8-10 giorni, massimo 15.

Lo scopo del presente articolo è quello di effettuare una valutazione di efficacia per la zona pratese misurando il tasso di accesso al Pronto soccorso, di ospedalizzazione e mortalità a 7 e 30 giorni rispetto alla data di ammissione in CI per i ricoverati dal 1/6/2013 (data di implementazione del servizio) al 31/12/2016.

METODI

Sono stati analizzati i dati dei pazienti ricoverati in PCA dal 1/3/2013 al 31/12/2016. Sono stati utilizzati diversi database:

- dal 1/3/2013 al 18/8/2015 tutti i ricoverati venivano registrati manualmente su un database a cura del medico responsabile del PCA. E' stato quindi utilizzato questo database per i ricoverati dal 1/3/2013 al 31/12/2014;

- i ricoveri del 2015 e del 2016 sono stati estratti dal gestionale ADT degenze come flusso interno denominato SDO non SDO. Da rilevare che i 4 posti destinati agli invii da parte degli MMG hanno generato nel 2016 solo 7 ricoveri (evidenziati dalla sottrazione tra i 569 registrati su ADT degenze e i 562 registrati dallo SCAHT). Pertanto, data la bassa occupazione, sono stati uti-

lizzati anche per i pazienti post dimissione. I codici fiscali dei pazienti ricoverati sono stati convertiti nei Codici univoci regionali CUR (associati a ciascun codice fiscale) e ricercati sul flusso SDO per estrarre le ospedalizzazioni associate e l'eventuale data di decesso, e sul flusso del PS per estrarne gli accessi associati.

Tramite Access sono poi stati isolati e conteggiati per ciascun CUR gli eventi (rispettivamente ospedalizzazioni, accessi al PS e decessi) avvenuti entro i 7 e 30 giorni successivi alla data di ammissione.

RISULTATI

Nell'intero periodo 2013-2016 i ricoverati in PCA a Prato sono stati 1184, riportati disaggregati per sesso ed anno nel grafico 1. L'età media dei pazienti ricoverati è di 79,3 anni, e la degenza media di 12,5 gg (valore in linea con il regolamento).

Analizzando i codici di diagnosi principale, le prime tre diagnosi principali riportate erano malattie cardiovascolari, respiratorie e traumatismi ed avvelenamenti.

In tabella 1 sono riportati gli accessi in PS a 7 e 30 gg, le ospedalizzazioni ed i decessi in valore assoluto e come tasso percentuale calcolato sulla popolazione di ricoverati.

I tassi di invio al PS a 7 giorni aumentano in modo costante nel periodo considerato, quelli a 30 gg aumentano fino al 2015 e nel 2016 diminuiscono. I tassi di ospedalizzazione entro 7 gg aumentano tra 2013 e 2016, a 30 gg aumentano fino al 2015 e diminuiscono lievemente nel 2016. Tutti i tassi di mortalità hanno un costante trend di aumento tra 2013 e 2016. Per gli accessi al PS sono stati ulteriormente analizzati in tabella 2 gli accessi aventi un codice di priorità al triage basso (colori bianco, azzurro e verde), in termini numerici e come percentuale sugli accessi a 7 e 30 giorni, per anno. Come si evince dalla tabella la percentuale di accessi in PS con codici bassi è aumentata fino al 2015, poi è diminuita moltissimo nel 2016. Sono anche stati analizzati gli accessi in base alla fascia oraria ed al giorno della settimana e prevalgono gli invii in fascia diurna, senza differenze di giorni della settimana.

Anno	N accessi a 7 gg	tasso di accesso a 7 gg	N accessi a 30 gg	tasso di accesso a 30 gg
2013	12	9,7	36	29,0
2014	23	9,1	73	29,0
2015	27	11,3	81	33,9
2016	74	13,0	189	33,2
Totale	136	11,5	379	32,0
Anno	N ricoveri a 7 gg	tasso di ospedalizzazione a 7 gg (%)	N ricoveri a 30 gg	tasso di ospedalizzazione a 30 gg (%)
2013	3	2,4	19	15,3
2014	5	2,0	30	11,9
2015	2	0,8	43	18,0
2016	18	3,2	100	17,6
Totale	28	2,4	192	16,2
Anno	N morti a 7 gg	Tasso di mortalità a 7 gg (%)	N morti a 30 gg	Tasso di mortalità a 30 gg (%)
2013	0	0,0	2	1,6
2014	0	0,0	3	1,2
2015	0	0,0	11	4,6
2016	10	1,8	42	7,4
Totale	10	1,8	58	14,8

Tabella 1 - Numero e tasso di mortalità a 7 e 30 gg dopo la data di ammissione in CI per anno

Anno	N di accessi entro 7 gg	somma codici bianco azzurri e verdi a 7 gg	percentuale di codici bassi su totale accessi a 7 gg	N accessi entro 30 gg	somma codici bianco azzurri e verdi a 30 gg	percentuale di codici bassi su totale accessi a 30 gg
2013	12	0	0	36	12	33,3
2014	23	8	34,8	73	30	41,1
2015	27	12	44,4	81	32	39,5
2016	74	17	23,0	189	56	29,6
Totale	136	37	27,2	379	130	34,3

Tabella 2 - Accessi al PS, ospedalizzazioni e decessi per anno a 7 e 30 gg dopo la data di ammissione in CI espressi in n e %

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Il numero di posti letto ospedalieri a Prato è di 2,2 ogni 1000 abitanti che fa sì che ci sia una forte spinta al turnover dei letti.

Sicuramente esiste un'inappropriatezza nell'invio di pazienti dalle CI in PS, testimoniata dal fatto che circa 1 accesso su 3 ha un basso codice di priorità. Tale iper-invio non si modifica nel corso nella settimana (dove gli

invii sono ugualmente distribuiti) e prevalgono in fascia diurna. Viene da pensare che siano da implementare dei percorsi diagnostici preferenziali per effettuare quelle prestazioni che attualmente richiedono il ricorso al PS. Sicuramente la presenza di medici all'interno del PCA dal 1 marzo 2016 ha apportato un notevole miglioramento, facendo diminuire molto la percentuale di codici bassi, ed ha migliorato lievemente anche alcuni tassi di

accesso ed ospedalizzazione. Questo suggerisce che la scelta di CI di tipo A, è per il momento la scelta vincente, anche considerando la prospettiva dell'apertura di un nuovo modulo con 32 letti prevista per il prossimo anno. Una criticità lamentata in ogni caso dagli specialisti interpellati su questo punto è che spesso i pazienti inviati presentano un livello di instabilità clinica anche maggiore rispetto a quella prevista dal regolamento con NEWS anche superiori al valore di 3 (dati riferiti ma non documentabili). L'invio di pazienti instabili in setting a minore complessità assistenziale potrebbero comportare un livello di presa in carico inferiore a quello necessario e si assiste al cosiddetto "effetto tetto"(12), che si verifica quando un utente con elevati bisogni viene inserito in un "sistema a bassa offerta": l'utente tende quindi a stressare il sistema perché ottiene una maggiore assistenza rispetto agli altri utenti ricoverati, pur senza ricevere quella di cui necessita. Da ciò deriva un'assistenza inadeguata. Il fatto che la mortalità sia in aumento è anche da imputare alla maggiore complessità della casistica (dal 1 marzo vengono inviati in CI anche pazienti con NEWS 2-3, mentre precedentemente era 0-1).

Il tasso di mortalità a 7 e 30 gg resta comunque al di sotto dei valori fiorentini, (richiesti per lo stesso periodo) probabilmente per l'iperinvio in ospedale:

- il tasso di accesso al PS a 7 gg è stato a Prato dell'11,5% vs 3% a Firenze;
- il tasso di accesso al PS a 30 gg è stato a Prato del 32% vs 15,1% a Firenze;
- il tasso di ospedalizzazione a 7 gg è stato a Prato del 2,4% vs 3,2% a Firenze;
- il tasso di ospedalizzazione a 30 gg è stato a Prato del 16,2% vs 12,7% a Firenze;
- il tasso di mortalità a 7 gg è stato a Prato del 1,8% vs 4,5% a Firenze;
- il tasso di mortalità a 30 gg è stato a Prato del 14,8% vs 16,2% a Firenze.

Resta un forte sottoutilizzo delle CI da parte degli MMG. Le criticità sollevate erano legate al fatto che tale presa in carico sarebbe dovuta essere garantita dai medici a rapporto orario della AFT non ancora istituiti. Sicuramente tale criticità merita comunque azioni di sensibilizzazione ed eventuale contrattazione con i sindacati.

BIBLIOGRAFIA

1. Cergas. Bocconi. *Rapporto OASI 2016. Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*
2. *Dati Agenzia Regionale Sanità disponibili online* https://www.ars.toscana.it/it/portale-dati-marsupio-dettaglio.html?codice_asl=9000
3. *Elaborazioni ARS presentate ad un convegno a Siena il 14/11/2016*
4. Claudio Galanti e Alessandro Bussotti. *Mono-grafia. Le Cure Intermedie*. http://www.formas.toscana.it/rivistadellasalute/fileadmin/files/fascicoli/2014/201/ST_201_intero.pdf
5. *Presentazione Franco Pesaresi disponibile online:* <https://www.slideshare.net/francopesaresi/struttura-di-cure-intermedie-modelli-regionali-a-confronto>
6. http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2016-12-27/lo-zibaldone-cure-intermedie-cosi-cambia-l-offerta-sotto-spinta-riforme-112112.php?uuiid=AD7Qe6KC&cmpid=nlqf&refresh_ce=1
7. *Manuale tradotto e adattato dalla linea guida originale della Royal College of Physicians da Giancarlo Berni, Cesare Francois e Luigi Tonelli. National Early Warning Score (NEWS) Misurazione standardizzata della gravità della malattia. 2014, disponibile online a* <http://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/National+early+warning+score+%28NEWS%29/072cf23a-213e-4dac-9ad3-4070579417fa>
8. DGRT 679/2016 All 5
9. Comodo Nicola, Maciocco Gavino. *Cure intermedie: basi concettuali. Prospettive sociali e sanitarie*. 15 febbraio 2004
10. "Regolamento di funzionamento interno del Presidio di Continuità Assistenziale-Cure Intermedie"-Codice aziendale: 01550REG01-, approvato in data 25.06.2013
11. "Regolamento _presidio di continuità assistenziale: Low care/Cure Intermedie, codice aziendale DGCA REG 01"
12. Roberto Nardi, Vincenzo Arienti, Carlo Nozzoli, Antonino Mazzone. *Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare*. *Italian Journal of Medicine* (2012) 6, 1-13

CARATTERIZZAZIONE MOLECOLARE DI CEPPI CRE ISOLATI DA TAMPONE RETTALE PREOPERATORIO IN PAZIENTI CARDIOCHIRURGICI TRIENNIO 2014-2016, L' ESPERIENZA DI HESPERIA HOSPITAL MODENA.

Piero Aloisi¹, Mattia Manelli¹, Carla Sabia², Stefano Reggiani³

Introduzione: La diffusione nelle strutture sanitarie di batteri produttori di carbapenemasi e' un fenomeno preoccupante e per arginarlo sono stati ideati protocolli di screening ed isolamento dei pazienti colonizzati e/o infetti. L'ospedale privato accreditato Hesperia Hospital Modena ha avviato nel 2012, in accordo con ASSR-Emilia-Romagna, un progetto che prevede l'esecuzione di tamponi rettali preoperatori in pazienti cardiocirurgici al fine di valutare l'eventuale presenza di ceppi CRE. I controlli postoperatori eseguiti su tamponi rettali, urinocultura, aspirato tracheale ed emocultura, mirano ad impedire la diffusione dei ceppi patogeni multiresistenti isolati.

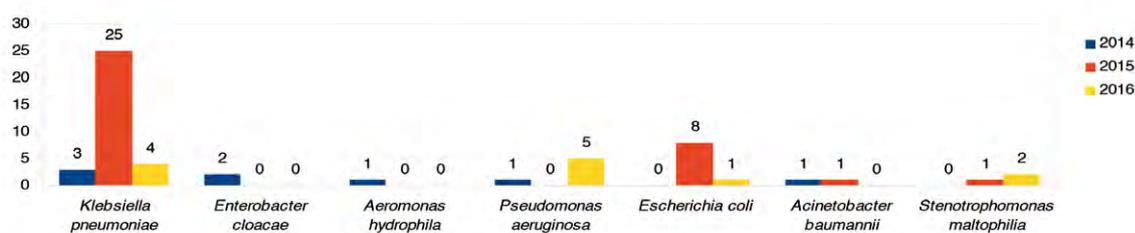
Materiali e Metodi: Sono stati analizzati 3331 tamponi rettali inviati al laboratorio di microbiologia di Hesperia Hospital Modena nel periodo 2014-2016 per la ricerca mirata di ceppi CRE. Ogni tampone e' stato seminato su terreno *Brilliance CRE medium Oxoid*. Identificazione ed antibiogramma delle colonie sospette sono stati ottenuti mediante Vitek2 Biomerieux. In supporto sono state eseguite metodiche manuali come: test rapido *Rapidec carba np* Biomerieux, test di sinergia con acido boronico ed E-test. La caratterizzazione dei geni codificanti per la produzione di carbapenemasi e' stata effettuata mediante PCR e sequenziamento.

Risultati e Conclusioni: I dati evidenziano come nel 2015 sia emerso un piccolo cluster di KPC, fronteggiato prontamente grazie ai nuovi test rapidi che hanno consentito di allestire tempestivamente procedure di isolamento e da contatto.

	ANNO 2014		ANNO 2015		ANNO 2016*	
NEGATIVI	1100	99,28 %	1267	97,31 %	909	98,69 %
POSITIVI	8	0,72 %	35	2,69 %	12	1,31 %
TOTALE	1108		1302		921	

Dai risultati si evince come *Klebsiella pneumoniae* sia il principale germe produttore di carbapenemasi isolato da tamponi rettali. I ceppi, dal punto di vista molecolare, si sono dimostrati di tipo KPC-2 per *Klebsiella pneumoniae*, VIM-2 ed IMP-1 per *Pseudomonas aeruginosa* e *Stenotrophomonas maltophilia*. Il riscontro di questi germi a livello preoperatorio consente di pianificare interventi di bonifica e procedure da contatto atte a limitare la loro diffusione e l'insorgenza di infezioni postoperatorie.

DISTRIBUZIONE DEI MICROORGANISMI ISOLATI



1200 bp

538 bp, KPC-2
390 bp, VIM-2
139 bp, IMP-1

100 bp



Conoscere la popolazione microbiologica autoctona e i meccanismi alla base della resistenza permette di effettuare, oltre a speculazioni a carattere epidemiologico, anche approcci terapeutici adeguati favorendo una corretta antimicrobial stewardship ed un controllo precoce delle infezioni ospedaliere con una auspicabile diminuzione del consumo di antibiotici e del numero medio dei giorni di degenza/paziente.

* I dati del 2016 sono riferiti ai primi nove mesi dell'anno

MODELLO DI GESTIONE DEL SERVIZIO ESTERNALIZZATO DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA DELL'ULSS 15

Paola Anello ¹, Mara Carraro ², Francesco Bisetto ³

¹ Medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Padova

² Coordinatore professioni sanitarie, Ospedale Civile "P.Cosma" di Camposampiero (PD)

³ Direttore Medico di Presidio, Ospedale Civile "P.Cosma" di Camposampiero (PD)

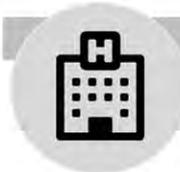


INTRODUZIONE

Nell'azienda Ulss 15 Alta Padovana il servizio di ristorazione ospedaliera è externalizzato dal 2009. Considerato l'impatto su grado di soddisfazione e salute degli utenti, la Direzione Medica ha un ruolo strategico nel garantire qualità e sicurezza igienico-sanitaria del servizio. Scopo del lavoro è descrivere il modello adottato



CONTENUTI



Nel 2012, il capitolato per il rinnovo dell'appalto ha previsto l'adozione di un sistema di controllo articolato su 2 livelli. Il primo viene effettuato dall'assuntore del servizio e prevede l'esecuzione di una serie di verifiche periodiche mirate a dimostrare la rispondenza ai requisiti interni stabiliti dal Piano di Autocontrollo

I risultati vengono condivisi con l'azienda tramite Servizio Dietetico (SD). Il secondo prevede l'applicazione un set di controlli concordati tra ente e ditta erogatrice del servizio. Ciò è stato possibile applicando un contratto di risultato, con l'obbligo, ad aggiudicazione avvenuta, di stilare un Manuale di Controllo siglato da ambo le parti. Il Manuale definisce i controlli da eseguire in contraddittorio e quelli da effettuare da parte del Gruppo di Controllo (costituito da SD e Controller Aziendale), suddividendoli in 3 aree: produzione del pasto, distribuzione ai pazienti ospedalizzati, servizio di mensa aziendale. Per ciascuna di queste, sono stati definiti i punti critici da sottoporre a verifica, specificando: 1) numero e periodicità dei controlli; 2) metodi di rilevazione (visivo, check-list, indagini di laboratorio/microbiologiche); 3) valori di riferimento.



Figura 1. Schema del modello di gestione in outsourcing del servizio di ristorazione ospedaliera dell'Ulss 15

La definizione di piano di campionamento e livelli di qualità attesa è avvenuta sulla base della normativa di riferimento sulla sicurezza alimentare e le norme ISO 2859-1/1999 e 3534/2000. E' inoltre prevista la raccolta sistematica dei dati relativi ai controlli effettuati e le non conformità riscontrate allo scopo di garantire il monitoraggio dei risultati raggiunti e l'efficacia delle azioni correttive adottate. A completamento del sistema è previsto un ulteriore strumento contrattuale che, in presenza di scostamenti dagli standard qualitativi stabiliti, consente, mediante applicazione di un modello matematico, il calcolo di sanzioni pecuniarie

CONCLUSIONI

Il risultato della sperimentazione intrapresa è un modello applicativo dei controlli sul servizio di ristorazione ospedaliera, con l'obiettivo di monitorare la corrispondenza tra servizio erogato e livelli di qualità attesi definiti a livello contrattuale, e di perseguire il miglioramento continuo





Gestione dei flussi di Pronto Soccorso:

sperimentazione della figura del “flussista” nella riduzione dei tempi d’attesa per i codici bianchi e verdi

Antolini L¹, Bovo C², Aprili F¹, Cametti E¹, Ricci G³, Somnavilla M⁴, Tardivo S⁴

1 Medico in formazione specialistica in Igiene e Prevenzione Verona, 2 Direttore Sanitario AOUI VR, 3 Dirigente Medico Pronto Soccorso AOUI VR, 4 Dirigente Medico di Direzione Medica AOUI VR

Parole chiave: tempi d’attesa, Pronto Soccorso, flussista

Introduzione:

Il Triage di Pronto Soccorso è una funzione infermieristica finalizzata ad una adeguata e appropriata allocazione nel setting assistenziale (logistico e sanitario) dei pazienti nella fase di accesso al Pronto Soccorso. Il triage consente la definizione dei motivi di accesso al sistema dell'emergenza e del livello di criticità; da esso dipendono i percorsi e i tempi di gestione.

Negli ultimi anni si è assistito ad un importante incremento dei codici bianchi e verdi cioè di quei pazienti che si presentano al Pronto Soccorso con un problema sanitario minore, senza stato di sofferenza e che devono essere presi in carico dopo i codici gialli e rossi.

Il Pronto Soccorso dell'AOUI di Verona registra circa 133.035 accessi anno suddivisi nei codici triage nel seguente modo: 1% codici rossi, 20% codici gialli, 56% codici verdi e 24% codici bianchi, risulta quindi evidente come l'80% degli accessi al pronto soccorso siano per problemi sanitari minori. Emerge quindi la necessità di riorganizzare l'area bianco-verde sotto un profilo gestionale del percorso che deve fare il paziente per non sovraffollare il Pronto Soccorso e per migliorare il servizio offerto al paziente.



Contenuti:

Nonostante gli utenti con codice bianco e verde non presentino problemi di salute maggiori o patologie tempo dipendenti al fine di migliorare il servizio offerto ci si è posti l'obiettivo di ridurre i tempi di presa in carico e di durata dell'accesso per i codici bianchi e verdi.

A partire da Agosto 2015 si sono attuate delle sperimentazioni al fine di ridurre i tempi di presa in carico medica e di durata dell'accesso: l'inserimento della figura del “flussista” cioè un medico o un infermiere che sollecita la presa in carico dei pazienti e i monitoraggi settimanali da parte della direzione strategica aziendale con reportistica alle UOC di Pronto Soccorso al fine di sensibilizzare il personale sanitario.

Confrontando i primi sei mesi del 2015 e i primi sei mesi del 2016 si è registrata una importante riduzione nel tempo tra triage e presa in carico che è passato da **3:49 a 2:35** al 90° percentile degli accessi dei codici a triage bianchi e verdi. Anche il tempo tra il triage e l'esito finale dell'accesso nello stesso periodo ha subito una significativa riduzione passando da **6:51 ore nel 2015 a 5:51** ore nel 2016 sempre al 90° percentile degli accessi dei codici bianchi e verdi a triage.



Conclusioni:

Il Pronto Soccorso continua ad essere gravato da una considerevole quantità di accessi che non presentano requisiti di emergenza-urgenza tali da richiedere interventi ospedalieri ma che contribuiscono a sovraffollare le aree d'attesa e i servizi. L'organizzazione di tali flussi di pazienti risulta un obiettivo importante. L'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona ha sperimentato nuove iniziative per il miglioramento del flusso dei pazienti, finalizzate a ridurre i tempi di attesa e la durata dell'accesso per i codici minori. Ispirandosi anche a modelli già esistenti sul territorio nazionale ha introdotto una nuova figura all'interno dell'organizzazione del Pronto Soccorso: l'infermiere “flussista”, con il compito di sollecitare la presa in carico e allertare sulla durata complessiva del percorso diagnostico terapeutico del paziente. I risultati sono incoraggianti: si è assistito ad una importante riduzione dei tempi d'attesa. Tale miglioramento stimola nel sviluppare maggiormente la figura del “flussista”.

42° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO
Bologna, 12 – 14 ottobre 2016



Sicurezza ed efficacia dello switch da originator a biosimilare di Infliximab in pazienti con spondiloartrite: studio osservazionale.

Maria Carmen Azzolina¹, Simone Naldini², Maurizio Benucci³, Francesca Li Gobbi³, Francesca Bandinelli³, Arianna Damiani³
Maria Infantino⁴, Valentina Grossi⁴, Mariangela Manfredi⁴, Simone Parisi⁵, Clara Lisa Peroni⁵, Enrico Fusaro⁵, Alberto Batticciotto⁶, Piercarlo Sarzi-Puttini⁶, Fabiola Atzeni⁶, Francesca Meacci⁴

¹ Direzione Sanitaria Presidio Molinette AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

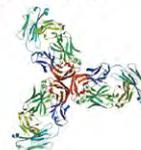
² Direzione Sanitaria Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio – USL Centro Toscana, Firenze

³ UOS Reumatologia Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio – USL Centro Toscana,

⁴ Laboratorio di Allergologia e Immunologia Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio – USL Centro Toscana, Osp. S. Giovanni di Dio, Firenze

⁵ SC Reumatologia AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

⁶ SC Reumatologia Ospedale Luigi Sacco Milano



INTRODUZIONE

Infliximab (INX) biosimilare (bINX) è stato recentemente approvato dall'EMA per a.reumatoide (AR), spondilite anchilosante (AS), m. di Crohn, colite ulcerosa, a.psoiasica (PsA) e psoriasi.

Attualmente le evidenze disponibili sul passaggio da INX originator a bINX (switch) sono ancora limitate.

Scopo di questo studio è stato valutare, nella real life, efficacia, sicurezza ed immunogenicità in seguito allo switch da originator a biosimilare di INX in pazienti affetti da spondiloartrite (SpA).

CONTENUTI

41 pazienti afferenti a tre Strutture di Reumatologia affetti da SpA (22 con SA, 10 con PsA, 5 con Artrite Enteropatica, e 4 con Spondilite Indifferenziata) e attività di malattia inattiva o moderata a seguito di trattamento per almeno 6 mesi con originator INX sono stati sottoposti a switch su bINX e seguiti per 6 mesi, valutando gli indici di attività, di estensione e di funzionalità specifici per le SpA, di valutazione del dolore, della durata di rigidità mattutina; sono stati inoltre valutati i livelli ematici di INX, la presenza di anticorpi anti-farmaco e gli eventi avversi (EA).

All'atto dello switch, i pazienti avevano un'età media di 50,9 anni (23÷80), una durata della malattia mediana di 124,5 mesi (14÷372), e una durata mediana del trattamento con originator INX di 73,7 mesi (6÷144).

Dopo 6 mesi di terapia con bINX, non si sono riscontrate differenze statisticamente significative tra i due gruppi (Tab. 1) e la durata mediana della rigidità mattutina è stata significativamente più breve ($7,2 \pm 6,9$ vs $5,8 \pm 6$ p = 0.02). Inoltre dosaggi ematici e livelli di anticorpi anti-INX non sono variati.

Nei primi 6 mesi di trattamento bINX, non vi è stata alcuna significativa differenza di EA rispetto ai 6 mesi pre-switch (p = 1,0). Gli EA hanno richiesto la sospensione del trattamento solo in un paziente (3%) dopo le prime 2 somministrazioni per comparsa di una grave psoriasi palmo plantare.

Parametri e Clinimetria	Baseline	Dopo 6 mesi	p-value
BASDAI	2.73 ± 1.5	2.6 ± 1.3	0.27
BASFI	2.34 ± 1.3	2.17 ± 1.2	0.051
ASDAS-CRP	1.35 ± 0.3	1.28 ± 0.2	0.92
DAS28-CRP	2.66 ± 0.67	2.67 ± 0.35	0.24
MASES	0.35 ± 0.7	0.17 ± 0.4	0.08
VAS dolore	18 ± 14.7	16,7 ± 11.3	0.55
Rigidità mattutina	7.2 ± 6.9	5.8 ± 6	0.02
Livelli sierici di Infliximab ng/mL	4.22 ± 2,89	4.84 ± 2.86	0.80
ADA Infliximab ng/mL	27,76 ± 17.13	27.27 ± 17.28	0.98

Tabella 1. Dati clinici e laboratoristici al baseline e dopo 6 mesi di INX biosimilare.
BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index, ASDAS-CRP: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score, DAS28-CRP: Disease Activity Score (in presenza di artrite periferica), MASES: Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score, VAS: Visual Analogic Scale, ADA: anti-drug antibody.

CONCLUSIONI

Lo switch da originator a bINX non è stato associato a differenze statisticamente significative in termini di efficacia, eventi avversi o livello di anticorpi anti-farmaco. I dati sono in linea con i recenti risultati pubblicati dell'estensione a 102 settimane dello studio Planetas, in cui 86 dei 174 pazienti hanno effettuato uno switch da iINX a CT-P13 (bINX), confermando che efficacia e sicurezza di bINX sono sovrapponibili all'originator e che lo switch non ha comportato variazioni cliniche o di immunogenicità significative.



13-14
Ottobre
2016
Palazzo
dei Congressi
Bologna

26TH EAHM CONGRESS
BOLOGNA ITALY-2016

La Sanità Sostenibile orientata al Futuro
Competenze e Responsabilità



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

L'AVVIO DEL "PROGETTO BED MANAGER" PRESSO IL P.O. DI RAVENNA PER LA GESTIONE DEI RICOVERI NON PROGRAMMATI

Autori: Bagnoli M.*, Monti M.**, Balducci S.***, Montanari C.***, Melandri R.***, Tarlazzi P.*, Ravaoli C.*

*Medico di Direzione Medica Ospedaliera, Ausl della Romagna

**Direzione Infermieristica, Ausl della Romagna

***Bed Manager, Ausl della Romagna

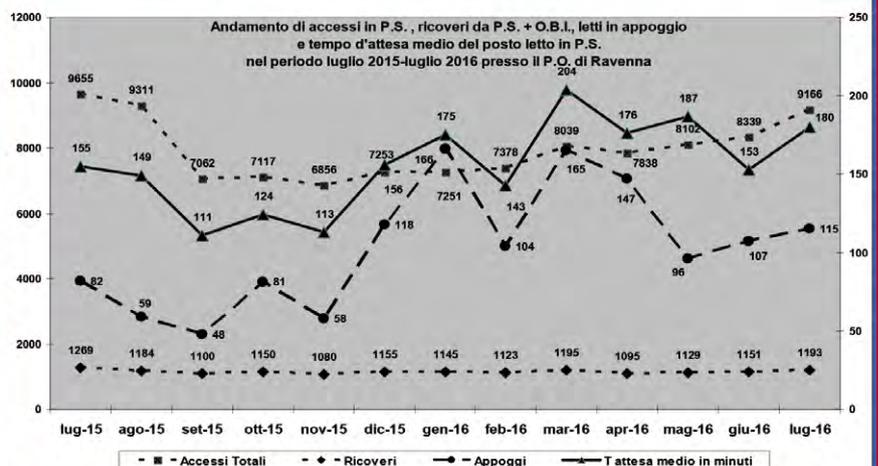


Introduzione: Sovraffollamento, degenza prolungata in Pronto Soccorso (P.S.) e ritardo di dimissione accrescono il rischio clinico, cui si somma il grave disagio subito da pazienti, familiari e lavoratori esposti ad un ambiente inidoneo, a volte pericoloso ed altamente conflittuale. Il Bed Management ha come obiettivo una gestione più efficiente dei flussi di ricoveri non programmati assicurando il coordinamento e l'integrazione tra bisogno di ricovero, logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi terapeutici, supportando così l'efficienza clinico-assistenziale e contenendo eventuali sprechi di risorse.

Contenuti: Presso il P.O. di Ravenna, che conta nel complesso circa 650 posti letto di degenza ordinaria e Day Hospital, di cui 120 dedicati all'area medico internistico geriatrica per pazienti acuti e 24 per la funzione di post-acuti, già dal 2008 erano state intraprese azioni volte a fronteggiare l'iperafflusso di pazienti in P.S., dapprima in corrispondenza di determinati periodi critici dell'anno, poi quale modalità di regolamentazione del flusso di pazienti adottando un protocollo operativo per la corretta gestione dei ricoveri urgenti da P. S., definendo un "cruscotto" minimo di letti, per singola unità operativa, da destinare all'urgenza. A partire da giugno 2015 è stato avviato il "Progetto Bed Manager" e contemporaneamente è stata rivista e potenziata la disponibilità giornaliera dei posti letto per il Pronto Soccorso. Attraverso l'analisi sistematica del flusso di pazienti ed il monitoraggio in termini di accessi e di tempo di attesa medio del posto letto in P.S. è stato possibile, ad un anno dall'avvio del Progetto, rilevare alcuni importanti risultati, tra cui il controllo dei tempi di attesa del posto letto anche nei periodi di maggiore afflusso in P.S., mantenutosi costantemente durante l'anno attorno ad una media di 150 minuti (Grafico 1). A fronte della variabilità stagionale degli accessi in P.S. si è osservata, inoltre, una certa costanza del numero di ricoveri non programmati totali cui ha corrisposto, tuttavia, una notevole variabilità nel numero degli appoggi effettuati.

Conclusioni:

Il Progetto Bed Manager ha permesso il sistematico monitoraggio dei ricoveri non programmati da P.S. e agevolato il corretto flusso in entrata e uscita dai reparti di degenza. Il progetto è coerente con le linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di P.S. dell'Emilia Romagna.



PROGRAMMA P.A.S.C.I.A' ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP NELLA ASST SANTI PAOLO E CARLO DI MILANO

Bardini F , Iannotti N ,D'Arminio Monforte A , Viganò O , Oggioni C

INTRODUZIONE

L'aumento dell'incidenza di infezioni sostenute da Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi (CRE) ed i batteri Gram- produttori di carbapenemasi (CP) è un'emergenza di sanità pubblica. WHO dichiara che i germi MDR causano più vittime del cancro (in Europa 37.000 decessi attribuibili e 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa) e prolungano la durata della degenza (16 milioni di giornate aggiuntive di degenza).

CONTENUTI

Il programma P.A.S.C.I.A., promosso dall'Ufficio Qualità e Rischio Clinico dell'ASST Santi Paolo e Carlo nei mesi di aprile-giugno 2016 presso le due Terapie Intensive dei poli San Paolo (HSP) e San Carlo (HSC), si articola nelle seguenti fasi:

- 1. sorveglianza microbiologica attiva**, condotta mediante somministrazione di tampone rettale o esame delle feci per la ricerca di CRE e Gram- CP a tutti pazienti in prima giornata di ricovero;
- 2. applicazione delle procedure di isolamento** del paziente colonizzato e/o infetto;
- 3. servizio di consulenza specialistica infettivologica attiva (stewardship):**
 - prescrizione esclusiva da parte dello specialista infettivologo di cinque molecole antibiotiche (carbapenemi, tigeciclina, colistina, daptomicina, linezolid);
 - controllo delle terapie antibiotiche di durata superiore a 7 giorni.
- 4. creazione di un cruscotto di indicatori** di processo e di esito per monitorare i risultati del programma.

POPOLAZIONE <i>aprile - giugno 2016</i>	HSC	HSP
TOT Pazienti	38	14
Età mediana(IQR)	71(60-77)	69 (51-75)
di cui femmine	12(32,4%)	8/14 (57%)
Diagnosi di ingresso		
- Internistica	16/38 (42.2%)	11/14 78.6%
- Chirurgica	14/38 (36.8%)	3/14 (21.4%)
- Neurochirurgica	8/38 (21.%)	n.d.
Pazienti valutati per profilassi antibiotica	10/38 (26.3%)	2/14 (14.3%)
Pazienti valutati per ABT in corso di infezione	28/38 (73.7%)	12/14(85.7%)
Tipologia di infezione (1)		
- Comunitaria	5/28 (17.8%)	4/12 (33.3%)
- ICA <48h	2/28 (7.2%)	1/12 (8.3%)
- ICA >48h	21/28 (75%)	7/12 (58.4%)
Tipologia di infezione (2)		
- Sepsì	13/28 (46.4%)	3/12 (25%)
- Respiratoria	8/28 (28.6%)	8/12 (66.4%)
- Gastroenterica	4/28 (14.3%)	n.d.
- Altra sede	3/28 (10.7%)	1/12 (8.3%)

CONCLUSIONI

STEWARDSHIP	HSC	HSP
Popolazione	38	14
Tamp. rettali eseguiti	201	128
Tamp. rettali positivi all'ingresso	2 (1 KPC+;1 AB+)	0
Tamp. rettali positività durante la degenza	21 (2 KPC+;14 AB+;5 PS+)	3 (KPC+)
Interventi di stewardship		
- conferma antibiotico	55 (46%)	23 (50%)
- termine antibiotico	29 (24%)	7 (15%)
- adeguamento posologia	4 (3%)	2 (4%)
- modifica antibiotico	25 (21%)	10 (22%)
- inizio antibiotico	8 (7%)	4 (9%)

Il consumo delle molecole antibiotiche ha subito un decremento solo nel polo San Carlo; in entrambi i reparti si è assistito ad un aumentato ricorso all'uso di Colistina.

Analizzando i costi relativi al consumo di molecole antibiotiche si osserva un incremento di spesa nel secondo trimestre 2016 rispetto al primo trimestre, particolarmente significativo presso il polo San Paolo.

L'attività di consulenza infettivologica ha interessato un totale di 52 pazienti. Sono stati eseguiti circa 330 tamponi rettali di sorveglianza, di cui solo due sono risultati positivi all'ingresso in reparto mentre 24 si sono positività durante la degenza.

Gli specialisti infettivologi hanno effettuato 166 consulenze attive di stewardship modificando le terapie nel 54% dei casi presso il polo San Paolo e nel 50% dei casi presso il polo San Carlo.

	I TRIM. 2016 <i>pre intervento</i>		II TRIM. 2016 <i>intervento</i>	
	HSC	HSP	HSC	HSP
Consumo antibiotici	TOT: 799 gg - 170 ddd/100 gg	TOT: 476 gg - 178 ddd/100gg	TOT : 938 gg - 150 ddd/100gg	TOT: 595 gg - 181 ddd/100 gg
Tetracicline	2	n.d.	2	n.d.
Penicilline	20	20	20	32
Cefalosporine	60	88	54	76
Sulfametox + Trimetoprim	3	4	2	n.d.
Macrolidi Lincosamidi	5	22	2	13
Amminoglicosidi	5	4	2	4
Fluorochinoloni	23	10	8	13
Colistina	52	30	60	43
Spesa antibiotica €:	20.370,00	4.855,61	26.209,00	12.436,00



Prevenzione del rischio nutrizionale in Ospedale



Bassetti A¹, Naldini S¹, Calderoni R¹, Brugnoli S¹, Pieralli F², Gozzini S³, Braschi C³, Buccioni D³, Benvenuti E⁴, Marianelli B⁵, Bonaccorsi G⁶

¹ Direzione Sanitaria P.O. San Giovanni di Dio - Azienda USL Toscana Centro; ² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Firenze; ³ Direzione Infermieristica P.O. San Giovanni di Dio - Azienda USL Toscana Centro; ⁴ Direttore U.O. Ortopediatria - Azienda USL Toscana Centro; ⁵ Direttore U.O. Dietetica - Azienda USL Toscana Centro; ⁶ Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica - Università degli Studi di Firenze

Introduzione

Il rischio nutrizionale del paziente ricoverato in ospedale, cioè la possibilità di eventi avversi correlati all'alimentazione/nutrizione, rappresenta uno dei rischi più sottovalutati in ambito assistenziale. Obiettivo generale del progetto è quello di definire le responsabilità, le modalità di valutazione e di gestione del rischio nutrizionale del paziente ricoverato, come da Buona Pratica regionale. Lo screening per la valutazione del rischio di malnutrizione è la base fondamentale per impostare e gestire l'intervento nutrizionale. Lo strumento di screening nutrizionale validato che è stato scelto nel progetto è il MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Dopo una sperimentazione di tre mesi in chirurgia d'urgenza sarà effettuata una valutazione di fattibilità per estendere la procedura a tutti i pazienti ricoverati nel presidio.

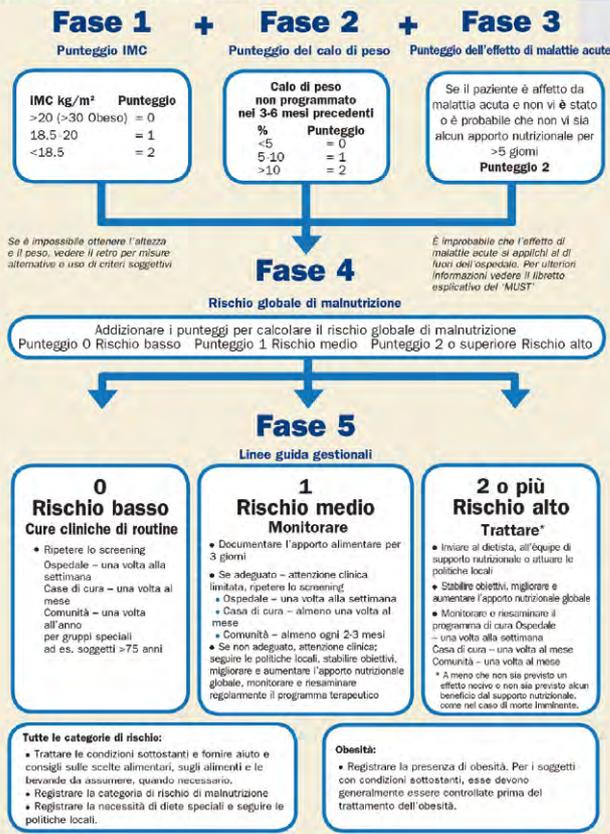
Contenuti

Il progetto prevede la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale da parte del personale infermieristico entro 24 ore dal ricovero, utilizzando lo strumento di screening MUST che identifica il livello di rischio del paziente attraverso un punteggio in base al quale si attivano specifiche raccomandazioni di trattamento (Grafico 1).

I risultati del MUST, determinati da:

- ❖ rilevazione dati antropometrici,
 - ❖ valutazione di perdita involontaria di peso,
 - ❖ valutazione di mancata alimentazione per >5gg.
- sono condivisi e discussi al briefing tra medico e infermiere per intraprendere il percorso adeguato.

Grafico 1 MUST – Malnutrition Universal Screening Tool



Rivalutare i soggetti identificati come a rischio quando si spostano da una struttura sanitaria a un'altra.

Vedere il libretto esplicativo del MUST per ulteriori dettagli e il rapporto MUST per prove a supporto.

Conclusioni

Al momento dell'ammissione in ospedale per tutti i pazienti deve essere valutato il rischio nutrizionale per garantire un corretto apporto nutrizionale durante il ricovero. Per tutti i pazienti ad alto rischio nutrizionale deve essere attivato il dietista e definito un piano di trattamento nutrizionale personalizzato.

Riferimenti documentali ed evidenze

Buone Pratiche RT - Delibera Giunta Regionale n. 135 del 25/02/2008; Raccomandazioni Ministeriali (31 marzo 2008); Dutch Guideline Screening and treatment of malnutrition 2011

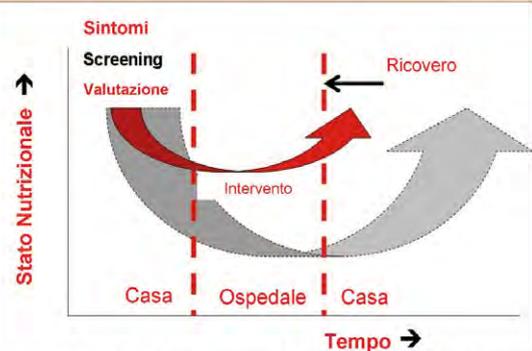


Fig.1 Importanza della diagnosi precoce e del trattamento della malnutrizione

Lo screening negli ospedali migliora il riconoscimento di malnutrizione dal 50% al 80% dei casi.

Gli effetti di screening e trattamento precoce della malnutrizione (Fig.1) sono:

- ❖ riduzione di durata della degenza e della mortalità, minore complessità delle cure e complicazioni come infezioni e piaghe da decubito,
- ❖ stabilizzazione o aumento di peso, miglioramento di apporto nutrizionale - funzionale e di qualità della vita.

Le azioni considerate nel nostro progetto sono le seguenti:

- ❖ Per punteggio = 0: basso rischio, cure di routine - ripetere lo screening ogni settimana
- ❖ Per punteggio >1: medio rischio, osservare - l'OSS valuta l'apporto alimentare e di liquidi del paziente per 2-3 giorni
- ❖ Con punteggio ≥2: alto rischio, trattare - viene attivata la dietista

La dietista:

- esegue la valutazione, definisce la diagnosi dietetica
- prescrive il piano di trattamento dietetico/nutrizionale definito e condiviso con il paziente e i familiari
- assicura il monitoraggio, la rivalutazione e le indicazioni al MMG o alla struttura accogliente, al momento della dimissione, per la continuità assistenziale.

Il medico:

definerà la tipologia di dieta standardizzata per il paziente sulla base di quanto contenuto nel dietetico ospedaliero aziendale, in modo da garantire omogeneità e tracciabilità in tutti i setting assistenziali.

L'OSS:

verifica la fornitura sicura e l'assunzione di eventuali integratori nutrizionali prescritti qualora l'intake osservato non sia ritenuto sufficiente.

Tutte le valutazioni sono riportate sulla cartella informatizzata e sono fruibili dal team multidisciplinare.

La sicurezza dei pazienti: stato dell'arte e nuove prospettive

Irene Bellini (specializzanda in igiene e medicina preventiva università di Firenze), Michela Tanzini (Centro Gestione del Rischio clinico Toscana), Tommaso Bellandi (Centro Gestione del Rischio clinico Toscana)

PAROLE CHIAVE. Sicurezza. Revisione. Miglioramento

INTRODUZIONE

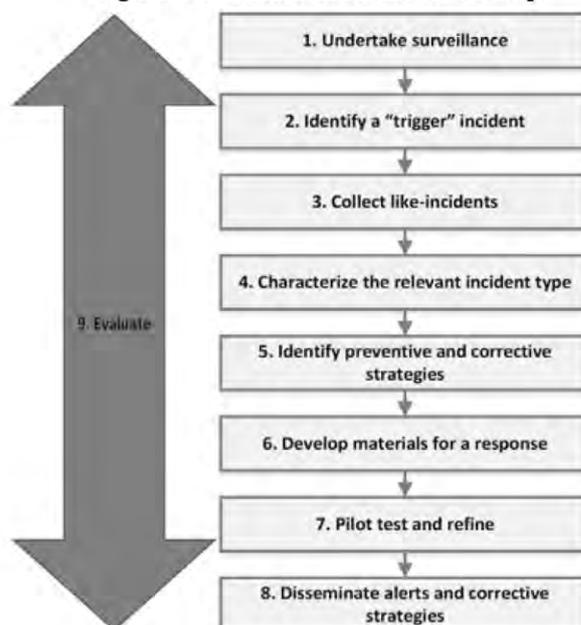
La sicurezza dei pazienti è riconosciuta come un diritto prioritario inserito in tutti i programmi e le politiche a livello internazionale, nazionale, regionale e locale, come ribadito in diverse raccomandazioni, summit e rapporti.

L'Italia, come molti altri paesi, ha recepito le indicazioni di monitoraggio della sicurezza delle cure, impegnandosi nell'emanazione di politiche e programmi nazionali sulla sicurezza delle cure e, seppure in modo parziale e incompleto, sulla formazione del personale sanitario e sull'istituzione di sistemi di reporting e learning degli eventi avversi. La Regione Toscana dal 2004 ha implementato un sistema di gestione della sicurezza centrato sull'apprendimento dai near miss a livello locale e la condivisione dei report di analisi a livello regionale per monitorare e valutare l'andamento. Il numero di segnalazioni è costantemente aumentato nel corso dei 10 anni da poche centinaia fino a circa 10.000 analisi in un anno prodotte nel corso di audit su eventi significativi e rassegne di morbilità a mortalità.

CONTENUTO

Uno studio condotto dall'istituto australiano per l'innovazione sanitaria, ha evidenziato in un report che molti paesi, così come l'Italia e la Toscana, hanno già implementato sistemi di Incident Reporting (IRSs), i quali registrano moltissimi incidenti, principalmente a livello di setting ospedalieri, ma sono ancora fortemente carenti sistemi per raggiungere una piena comprensione degli eventi avversi a livello di popolazione. La cornice delineata dentro cui un'expertise è in grado di riconoscere, rispondere e ridurre i rischi a livello di popolazione prevede requisiti di sistema informatico, di personale dedicato e un processo di revisione a 9 step (Fig 1).

Figura 1. Processo di revisione a 9 step



CONCLUSIONI

Emerge che gli attuali sistemi di reporting non sono sufficienti e si pongono al secondo step del processo di revisione. Sarebbe auspicabile un livello di analisi quantomeno nazionale, per poter avere una casistica numericamente adeguata per superare l'eventuale sottotifica o variabilità di consapevolezza tra i vari notificatori. I sistemi di reporting richiedono cospicui investimenti che, se non si inseriscono in un contesto di popolazione per poter elaborare risposte sulla base degli eventi notificati, non sono in grado di valutare e disseminare le conoscenze in modo da "imparare dall'esperienza" e inserirsi in un'ottica di miglioramento. Il reporting perde così valore e scopo e desta solo criticismo.



Il Progetto "Igiene delle mani" 2013- 2016

I risultati di tre anni di Progetto attivo al Policlinico di Modena



AUTORI

Bellucci Claudia¹, Borella Paola², Albinelli Patrizia³, Barbieri Monica⁴, Bianchini Giliola³, Meschiari Marianna⁵, Scannavini Patrizia³, Vecchi Elena⁶, Sircana Luca⁷

¹Medico in formazione specialistica in Igiene Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia; ²Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia; ³ICI, Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena; ⁴Coordinatrice infermieristica, Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena; ⁵U.O. Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena; ⁶Direzione Sanitaria- Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena; ⁷ Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena

INTRODUZIONE

Le mani degli operatori sanitari rappresentano il veicolo più comune per la trasmissione di microrganismi da un paziente all'altro, da una parte del corpo all'altra nello stesso paziente e da un ambiente contaminato ai pazienti. L'igiene delle mani è stata individuata dall'OMS come fondamentale da promuovere per un migliore controllo delle infezioni e per questo motivo ha promosso a livello mondiale una strategia multimodale per l'implementazione dell'utilizzo di una corretta igiene delle mani incentrata su 5 momenti fondamentali e su questo modello si è basato anche il Progetto del Policlinico.

OBBIETTIVO

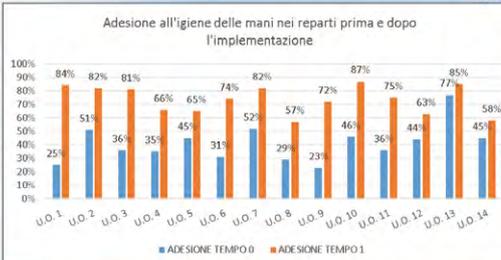
Obiettivo del progetto è l'aumento dell'adesione all'igiene delle mani di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza, accrescendone la consapevolezza sui benefici che ne derivano, in termini di riduzione di ICA e antibiotico resistenza.

MATERIALI E METODI

Sono state definite 5 fasi fondamentali del progetto "Igiene delle mani" come da indicazione OMS e sono stati utilizzati i materiali messi a disposizione dalla campagna OMS «Clean care is safer care»

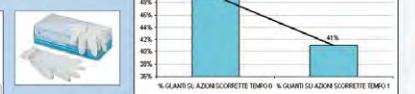
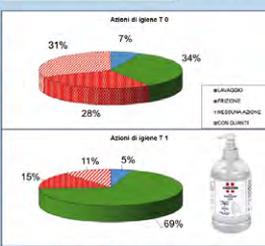


RISULTATI



Il progetto "Igiene delle mani" ha prodotto risultati significativi, sia riguardo l'adesione pratica degli operatori, che riguardo la loro sensibilizzazione, e data la sua importanza, verrà esteso a tutti i reparti dell'Azienda entro il 2017. L'adesione media delle UU.OO all'igiene delle mani, intesa come frizione con gel alcolico e/o lavaggio con acqua e sapone, registrata prima della formazione (T0) era del 41%, mentre dopo l'intervento le azioni corrette di igiene sono salite in media fino al 74%, (T1) con un incremento medio positivo del 33%.

La frizione con gel alcolico, fortemente consigliata come modo più efficace di assicurare un'igiene delle mani ottimale, e più vantaggiosa del lavaggio delle mani con acqua e sapone, è aumentata del 35%. Ciò si evince anche indirettamente dall'aumento del consumo di gel alcolico, che ha raggiunto e superato il target RER di 20 lt/ 1000 gg degenza.



L'utilizzo improprio dei guanti appare diffuso in tutte le UU.OO.: l'operatore infatti percepisce una falsa sicurezza dall'uso dei guanti e non effettua l'igiene prima e dopo l'uso anche se indicata. Grazie al progetto viene corretto l'errore.

Reminder periodici, con rivisitazione del materiale informativo e osservazioni dirette sul campo, sono tuttavia necessari per evitare il fisiologico calo dell'adesione raggiunta e l'area di Igiene Ospedaliera-Direzione Sanitaria e le Malattie Infettive del Policlinico collaborano strettamente con le UU.OO per mantenere elevata l'attenzione degli operatori sanitari.

BIBLIOGRAFIA

WHO. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, 2009; Sax H., Allegranzi B., Uckay I., Larson E., Boyce J., Pittet D. "My five moments for hand hygiene": a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. J Hosp Infect, 67: 9-21, 2007; Allegranzi B., Storr J., Dziekan G., Leotsakos A., Donaldson L., Pittet D. The First Global Patient Safety Challenge "Clean Care is Safer Care": from launch to current progress and achievements. J Hosp Infect, 65 Suppl 2: 115-123, 2007.





PROGETTO "A MINORE IMPATTO": GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI E SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE IN AOIFE



Bertoni L.¹, Masetti G.¹, Matteo G.¹, Perrone P.¹, Manzalini MC.², Antonioli P.³

¹Medico in Formazione Specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara;
²Coordinatore Infermieristico Struttura Semplice Dipartimentale Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;
³Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

INTRODUZIONE

"A minore impatto" è il progetto di gestione ambientale e sviluppo sostenibile che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (AOIFE) ha avviato dal 2007 (Figura 1). Le linee di azione sono rivolte alla gestione di rifiuti, scarichi, energia, acqua, mobilità e acquisti, per ridurre l'impatto in termini di Kg di CO₂ eq prodotti. Sono state individuate specifiche azioni di intervento:

- garantire **conformità** alla normativa vigente;
- migliorare la **sicurezza** dei processi;
- misurare e ridurre gli **impatti ambientali**;
- razionalizzare **consumi e risorse**;
- **sensibilizzare e motivare** i dipendenti.



Figura1: AOIFE: Gestione ambientale - Valenza multidimensionale e aree di integrazione.

CONTENUTI

In AOIFE, il tema della gestione appropriata dei rifiuti e dell'impegno nella raccolta differenziata è stato gestito attraverso diversi interventi:

1. Percorsi di informazione, formazione e addestramento "porta a porta";
2. Organizzazione dei nuovi percorsi e definizione dei rapporti con i nuovi gestori di servizi;
3. Mappatura puntuale della produzione e dei bisogni;
4. Revisione conseguente delle Procedure-Istruzioni operative e degli strumenti aziendali, fondamentale per garantire l'adesione degli operatori, dei gestori dei servizi no-core e delle attività commerciali e la sicurezza di processo e di esito;
5. Accordo di condivisione tra AOIFE e il Consorzio Prog.Este (ditte esecutrici servizi no-core e attività commerciali), sui percorsi di gestione dei rifiuti assimilati agli urbani indifferenziati e alla raccolta differenziata finalizzata al recupero;
6. "Accordo Ambientale Volontario", siglato il 26 aprile 2010 tra AOIFE, HERA s.p.a. e Provincia di Ferrara-ATERSIR, che ha consentito di introdurre la raccolta "porta a porta" di carta e cartone, vetro, plastica e di potenziare la raccolta di pile alcaline, toner e umido.

CONCLUSIONI

L'insieme degli interventi messi in atto ha prodotto risultati soddisfacenti su diversi fronti, tra cui:

- Quantità dei rifiuti inviati a recupero (Figura 2);
- Impatto economico: riduzione dei costi di smaltimento, specie per i rifiuti a rischio infettivo;
- Riduzione impatto ambientale, che ad es. per "carta e cartone" è misurabile in **19.455** alberi risparmiati, **57.068.000 L** di acqua non consumati, **1.696.476 Kg** di CO₂ eq non emessi, nel periodo 2006-2015;
- **% rifiuti assimilati agli urbani a raccolta differenziata sul totale dei rifiuti assimilati agli urbani** (Standard di riferimento = 50%, Direttiva 2008/98/CE):

41% nel 2012 e 2013, 52% nel 2014, 49% nel 2015

Figura 2: Esempi di raccolta differenziata AOIFE, anni 2006-2015.

Rifiuti inviati a recupero	Tonnellate raccolte
CARTA E CARTONE	1.297
VETRO BIANCO	1.054
PLASTICA	199

26th EAHM Congress - Bologna, 12 - 13 - 14 Ottobre 2011
 42° Congresso Nazionale ANMDO
 Leadership, competenza e responsabilità in sanità



Mapa Comune Reggio Emilia, 1500.

**PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI PER INTERVENTI ORTOPEDICI
 MAGGIORI: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA**

N. Borciani¹, A. Carbognani², C. Albertini³, R. Riccò⁴, R. Grilli⁵, C. Marchesi⁶, F. Nicolini⁷
¹Dirigente Medico Direzione Sanitaria AUSL Reggio Emilia, ²Dirigente Medico Ortopedia AUSL Reggio Emilia,
³Coordinatore Tecnico Riabilitazione AUSL Reggio Emilia, ⁴Direzione Infermieristica AUSL Reggio Emilia,
⁵Direzione Staff Governo Clinico AUSL Reggio Emilia, ⁶Direzione Sanitaria AUSL Reggio Emilia,
⁷Direzione Generale AUSL Reggio Emilia.

Introduzione: i percorsi assistenziali sono un intervento complesso per prendere decisioni ed organizzare in modo condiviso l'assistenza di un ben definito gruppo di pazienti in un intervallo di tempo preciso. Nell'ottica del miglioramento continuo è possibile verificare l'adesione al PDTA attraverso lo strumento dell'audit clinico individuando indicatori di processo ed esito. L'analisi dei risultati può suggerire la necessità di revisione dei percorsi e aggiornamento dei professionisti .

Contenuti: dal 2012 un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare servendosi dell'analisi del processo (dall'accesso in pronto soccorso e attraverso ortopedia, comparto operatorio e lungodegenza fino ai servizi di riabilitazione), ha condiviso e prodotto tre documenti che descrivono il PDTA dei pazienti con fratture femore prossimale over 65 anni, e dei pazienti da sottoporre ad intervento di protesi d'anca o protesi di ginocchio in elezione. Attraverso la formazione dei professionisti i tre percorsi sono stati implementati. Nel corso degli anni seguenti sono stati effettuati audit sulle cartelle cliniche. Il gruppo di lavoro ha effettuato l'analisi dei risultati che hanno portato alle azioni di miglioramento consistenti in tre revisioni successive dei PDTA e alla loro implementazione. L'analisi di 184 cartelle di FF prossimale over 65 anni ha evidenziato che il 99% dei pazienti viene trasferito dal pronto soccorso al reparto ortopedico entro 4 ore; il 76% dei pazienti viene operato entro 48 ore dal ricovero; nel 79% dei casi il programma del fisioterapista è documentato con verifica dei risultati; per l'85% dei pazienti è stata valutata la dimissione in sicurezza anche mediante scala BRASS. L'analisi di 117 cartelle di PTA ha evidenziato che nell'86% dei casi sono state date indicazioni ortopediche post-operatorie al carico; nell'83% dei casi il programma del fisioterapista è documentato con verifica dei risultati; per il 97% dei pazienti è stata predisposta la dimissione in sicurezza anche mediante scala BRASS. L'analisi di 87 cartelle di PTG ha evidenziato che nell'84% dei casi sono state date indicazioni ortopediche post-operatorie al carico; nell'80% dei casi il programma del fisioterapista è documentato con verifica dei risultati; per l'87% dei pazienti è stata predisposta la dimissione in sicurezza anche mediante scala BRASS.

Conclusioni: in tre anni la metodologia seguita, la guida costante da parte della Direzione e lo sforzo continuo del gruppo di lavoro hanno permesso l'implementazione dei tre PDTA nei 5 ospedali del Presidio. Gli audit hanno evidenziato una variabilità nelle modalità di assistenza non spiegabile/giustificabile dal punto di vista clinico e che potrebbe essere ridotta dalla adozione dei PDTA. Il confronto delle diverse realtà locali ha permesso di identificare le interfacce meritevoli di attenzione, suggerito nuove modalità per il loro controllo e migliorato la comunicazione interna.

The collage shows various forms used in the PDTA implementation process. At the top is a cover page for the 'PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE' for 'PROTESI DI GINOCCHIO (PTG e PMG)'. Below it is a form for 'Selezione dei pazienti' with criteria for patient selection. The largest document is a clinical record form for 'U.O. ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA' with a prominent 'ETICHETTA' watermark. The form includes fields for patient data, diagnosis, and treatment, and a checklist for documentation.



La copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari in Italia

A. Brighenti¹, F. Carfagnini¹, G. Ciancia¹, M. Di Vincenzo¹, C. Andreoni¹, C. Recanatini¹, P. Barbadoro²

¹ Medico in Formazione Specialistica Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Univ. Politecnica delle Marche – Ancona

² Ricercatore Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Dip. Scienze Biomediche, Univ. Politecnica delle Marche – Ancona

Introduzione:

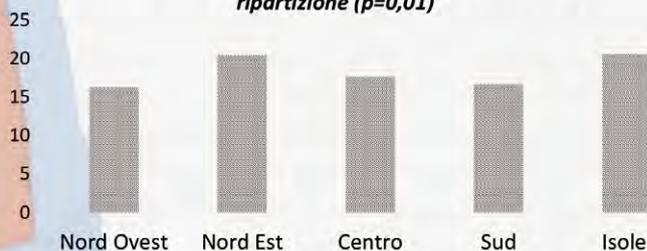
L'immunizzazione attiva riveste un ruolo sia di protezione del singolo operatore, sia di garanzia nei confronti dei pazienti. Secondo il D.L. 9 aprile 2008, n. 81 art 279 è il medico competente dell'Azienda ad essere responsabile dell'identificazione e dell'esecuzione delle vaccinazioni che devono essere effettuate al personale sanitario. Il PNPV ha fissato come obiettivo minimo desiderabile il tasso di vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari pari al 75%.

E' stata svolta un'analisi descrittiva del ricorso alla vaccinazione antinfluenzale da parte degli operatori sanitari con particolare attenzione al confronto fra i dati relativi alle diverse regioni.

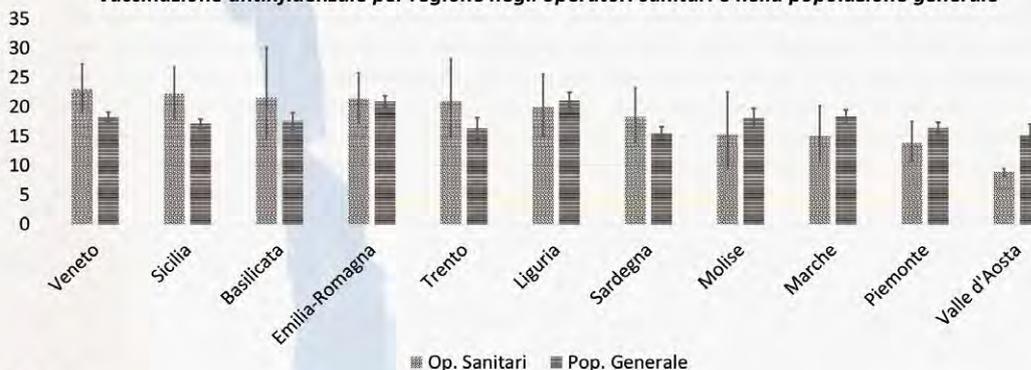
Contenuti:

I dati provengono dall'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai Servizi sanitari" condotta dall'ISTAT nel biennio 2012-2013. Sono stati calcolati i dati di prevalenza del ricorso alla vaccinazione nei 5823 operatori sanitari raggiunti dal questionario, stratificandoli per fattori socio demografici e regione di provenienza.

Vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari per ripartizione (p=0,01)



Vaccinazione antinfluenzale per regione negli operatori sanitari e nella popolazione generale



Conclusioni:

Il tasso di vaccinazione negli operatori sanitari è risultato pari al 18,1% con una differenza statisticamente significativa rispetto ai dati emersi dalla stessa indagine svolta nel biennio 2005-2006 (20,8%). Il tasso di vaccinazione è altresì maggiore di quello della popolazione generale (pOR 1,2 p<0.05). La differenza che emerge dal confronto fra i tassi delle ripartizioni Nord Est (20,4%) e Isole (20,5%) rispetto al Nord Ovest (p=0,01) viene confermata da una differenza fra i tassi di vaccinazione nelle diverse regioni come il Veneto (23%) e la Sicilia (22,3%), rispetto alla Valle d'Aosta (9%, p=0,01) ad esempio. L'analisi per classi di età ci fa escludere che il maggior tasso di copertura vaccinale sia dovuto ad un effetto della distribuzione di età degli operatori sanitari, rispetto alla popolazione generale.

Questi dati sono meritevoli di un'indagine ulteriore volta a comprendere se le differenze registrate siano da attribuire a specifiche campagne di sensibilizzazione svolte da singoli presidi ospedalieri o a politiche regionali, in modo da poter estendere esperienze organizzative virtuose.



SERVIZI DIETETICI E "SPENDING REVIEW": QUALITÀ DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE E CURA NUTRIZIONALE IN OSPEDALE.



AUTORI: B. Bruni¹, A. Barale², K. Nardi³, A. Baggiani⁴, M. Giraldi⁵, F. Gemmi⁶, M. Azadegan⁷

¹ Medico in formazione specialistica Dipartimento delle nuove tecnologie in medicina e chirurgia Università di Pisa ² Dietista Direzione Medica di Presidio servizio dietetico AOUP ³ Dietista Direzione Medica di Presidio AOUP ⁴ Professore Associato Dipartimento delle nuove tecnologie in medicina e chirurgia Università di Pisa ⁵ Direttore Medico di Presidio AOUP ⁶ Direttore Sanitario AOUP ⁷ Medico responsabile Servizio Dietetico Direzione Medica di Presidio AOUP

INTRODUZIONE

Nel 2012, come conseguenza della Spending Review, il DL 95/2012 ha costretto il SSN italiano a ridurre del 5% le spese relative all'acquisto dei servizi appaltati.

Il Servizio Dietetico, di concerto con la Direzione Medica di Presidio dell'AOUP, ha negoziato con la ditta appaltatrice del servizio mensa, una razionalizzazione della spesa, riducendo l'offerta di gara e aumentando l'appropriatezza delle richieste.

Il servizio dietetico dell'AOUP è attualmente composto da dietiste e fornisce consulenza dietetica per pazienti ricoverati, ambulatoriali e in regime di day hospital.

Lo scopo dello studio è:

- Valutare la possibilità di mantenere alta la qualità del servizio in un contesto di spesa pubblica ridotta;
- Identificare l'importanza del ruolo del dietista nella gestione della salute all'interno degli ospedali pubblici.

CONTENUTI

Sono state apportate modifiche al contratto originale per ottenere un prezzo scontato per i pasti e ridurre il volume degli acquisti, pur mantenendo invariata la qualità del servizio.

L'operazione è stata:

- ridurre i prezzi dei pasti sia per i pazienti che per i dipendenti;
- semplificare le diete e le richieste extra;
- sostituire la richiesta di pasto per i pazienti in dialisi con cibo adeguato e ad un prezzo inferiore.

I dietisti dell'AOUP hanno stilato una procedura aziendale (P.A. 101) per descrivere il processo ristorazione in ospedale allo scopo di garantire una maggiore trasparenza nella gestione del pasto.

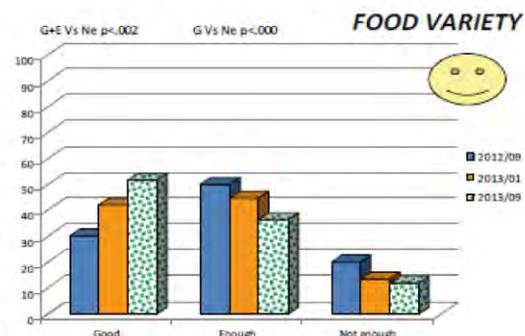
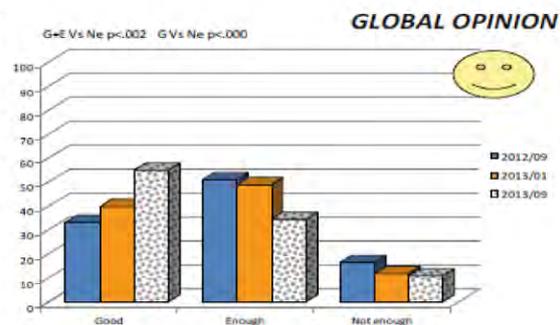
Dal settembre 2012 al settembre 2013 alcuni pazienti ricoverati di AOUP sono stati invitati a rispondere ad un questionario di gradimento (P.A. 101) sui servizi di ristorazione in ospedale.

Gli intervistati sono stati 493 maschi e 437 femmine (Età 56,5 ± 0,7), con tempo di degenza di almeno 10 giorni in AOUP.

Le domande riguardavano i vari aspetti del servizio: presentazione e pulizia del vassoio, tempi di consegna dei pasti, temperatura degli alimenti; se i metodi di cottura dei pasti e la varietà del cibo erano adeguate, accettabili o inadeguate; se la qualità della frutta, delle materie prime e la valutazione complessiva fosse abbastanza o non abbastanza buona.

I risultati esprimono valori positivi crescenti nel tempo per la varietà e qualità dei prodotti alimentari e una buona valutazione complessiva, nonostante la Spending Review

Dal confronto dei dati del 2013 con quelli del 2014 è emerso che il numero delle consulenze dietetiche dei pazienti ricoverati è aumentato del 38,4%, mentre le consulenze ambulatoriali sono aumentate del 67% (p<0,005).



CONCLUSIONI

Nell'era della medicina basata sull'evidenza, il cibo deve essere valutato, non solo in termini di costi, ma anche in termini di efficacia clinica. Il dietista è l'autorità professionale in grado di garantire ciò.

Il servizio di ristorazione ospedaliero deve essere considerato parte della terapia dei pazienti e come tale l'efficacia della sua consegna deve essere sottoposta alla stessa analisi critica che si applica per altre forme di trattamento.

Con gli interventi fatti siamo riusciti ad ottimizzare i costi senza influire negativamente sulla qualità percepita dal paziente.

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena Policlinico di Modena

IL RICOVERO IN AREA INTERNISTICA: L'IMPEGNO DEI PROFESSIONISTI PER UNA RISPOSTA NUOVA

Alessandro Callegaro¹, Lucia Pederzini¹, Maddalena Santangelo¹, Lucio Brugioni², Athos Borghi³, Antonio Luciani⁴, Antonia Gherardini⁵, Giuseppe Bonini⁶, Annarita Garzia⁷, Erica Villa⁸, Luca Sircana⁹, Ivan Trenti¹⁰

1. Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
2. Direttore Medicina Interna e Area Critica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
3. Direttore Degenza Post Acuzie, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
4. Direttore Pronto Soccorso Osservazione Breve Intensiva, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
5. Direzione Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
6. Direttore Dipartimento Medicine Interna e Specialistiche, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
7. Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
8. Direttore Generale, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

"La questione strategica che guida oggi un business non è: che cos'altro possiamo produrre? Bensì: cos'altro possiamo fare per i nostri clienti?"
(N. Dawar 2013)

INTRODUZIONE

La collocazione logistica non omogenea delle Strutture di ricovero di Medicina Interna e di Medicina Specialistica dovuta alla presenza di cantieri edili, ha portato la Direzione, già all'inizio del 2013, a definire alcuni ambiti di intervento per migliorare la risposta da fornire ai pazienti ricoverati in urgenza e le condizioni lavorative degli operatori. Il coinvolgimento dei professionisti promosso dalla Direzione, ha fatto emergere alcune proposte operative che nascono dal percorso professionale dei medici e degli infermieri, un percorso che si rifà al vissuto personale nel rapporto con i pazienti. Le proposte sono state strutturate in un **Progetto di riorganizzazione del ricovero urgente in area internistica**.

CONTENUTI

Il Progetto si è sviluppato attraverso diversi ambiti di intervento:

RIMODULAZIONE DELLA MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DEL PERCORSO DI RICOVERO URGENTE

Il **completo inquadramento** del paziente in Pronto Soccorso e l'**invio preferenziale per competenza** alle Unità Operative Specialistiche: il paziente viene studiato, valutato e se vi è necessità di ricovero viene collocato in degenza ordinaria specialistica. Tale rimodulazione dell'attività esistente assicura una modalità di funzionamento del percorso di ricovero urgente qualitativamente elevata;

RIMODULAZIONE NELLA GESTIONE DEL POSTO LETTO DI REPARTO NELL'ARCO DELLE 24 ORE

Le Unità Operative Specialistiche si impegnano a farsi carico di un maggior numero di pazienti che necessitano di ricovero da Pronto Soccorso, e a garantire una **disponibilità giornaliera minima di posti letto** a favore del Pronto Soccorso. Questa prioritaria gestione dei posti letto è stata strutturata nell'ottica di un miglioramento del sistema delle garanzie a favore dei pazienti con necessità di ricovero nell'arco delle 24 ORE, come mostrato in Tabella.

DISPONIBILITÀ MINIMA DIE PER RICOVERI DA PRONTO SOCCORSO

Medicina Interna Area Critica	Medicina Interna 2	Medicina Interna 1	Cardiologia	Gastroenterologia	Malattie Infettive	Nefrologia	Malattie Apparato Respiratorio
5	3	2	3	1	1	1	1

RIMODULAZIONE DEI RICOVERI IN FASCIA ORARIA NOTTURNA

E' stata creata una sinergia fra **Medicina Interna Area Critica** e **Osservazione Breve Intensiva** del Pronto Soccorso nel concentrare i ricoveri internistici in fascia oraria notturna, con disponibilità di almeno **5 posti** per ricoveri da Pronto Soccorso dalle ore 20 alle ore 8. L'**Osservazione Breve Intensiva** accoglie eventuali pazienti eccedenti i **5 posti**. Questa nuova configurazione organizzativa permette di assicurare una presa in carico efficace anche durante le ore notturne.

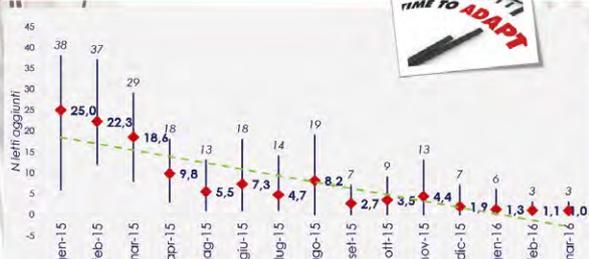
RIMODULAZIONE DEL RACCORDO CON DEGENZA POST ACUZIE

Il reparto di **Degenza Post Acuzie** si fa carico in modo prioritario dei pazienti provenienti dall'Area Internistica. Vengono ampliati ed aggiornati i criteri di accesso al reparto anche mediante una nuova scheda di Proposta di trasferimento in Degenza Post Acuzie, consentendo un miglioramento del sistema delle garanzie.

AVVIO DI AREA AD ATTIVAZIONE STRAORDINARIA

A completamento del progetto descritto, a fine anno 2015 è stata recepita la proposta di allestire un **"Area ad Attivazione Straordinaria"** attivabile in caso di necessità dai Direttori di Medicina Interna ed Area Critica, Pronto Soccorso e OBI, Servizio Infermieristico Tecnico di concerto con la Direzione. La funzione è quella di accogliere ricoveri eccedenti la dotazione di posti letto standard.

RISULTATI



L'approccio si è basato sulla definizione degli ambiti di intervento prioritari, senza attenersi rigidamente ad un modello prefissato ma cercando di migliorare la configurazione organizzativa con gradualità, in base alla disponibilità di professionisti e risorse. L'obiettivo era quello di **garantire l'appropriatezza dei ricoveri** da Pronto Soccorso in Medicina Interna e il corretto invio dei pazienti nelle Unità Operative Specialistiche. In aggiunta, in un'ottica di **ottimizzazione delle risorse e di miglioramento del sistema delle garanzie**, la volontà condivisa da Direzione e professionisti era quella di superare il ricorso al ricovero aggiuntivo, per aumentare la sicurezza dei pazienti. In quest'ambito grazie alla sinergia di sforzi si sono ottenuti risultati apprezzabili, come mostrato nel grafico.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia la Dott.ssa Laura Iacuzio della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia per l'implementazione del sistema di monitoraggio.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. A. Callegaro et Al. "Internistica. Il ricovero urgente", *TECNICA OSPEDALIERA* N°2 (2007)
2. N. Dawar "Quando il marketing è strategia", *Harvard Business Review ITALIA* (2013)
3. A. Cifalinò "Modelli e strumenti per il governo della rete dell'assistenza territoriale" *CERISMAS* (2014)

CORRISPONDENZA

Dott. Alessandro Callegaro
Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena
Via del Pozzo, 71, 41100 Modena
Tel 059/4222372
E-mail: callegaro.alessandro@policlinico.mo.it





Organizzazione per intensità di cure in Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI)



Cametti E.¹, Aprili I.¹, Antolini L.¹, Tardivo S.², Poli R.², Ghirlanda G.³, Bovo C.⁴

1. Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Verona;

2. Dirigente Medico di Direzione Medica AOUI Verona;

3. Direttore Medico AOUI Verona; 4. Direttore Sanitario AOUI Verona

Parole chiave: intensità di cure, appropriatezza, assistenza

INTRODUZIONE

Il principale obiettivo del modello assistenziale per intensità di cure è quello di garantire l'appropriatezza dell'assistenza, ovvero il livello di assistenza realmente necessario a ciascun paziente in base alla sua complessità ed instabilità clinica. Si tratta di un modello organizzativo innovativo che, basandosi sul principio di condivisione, programmazione e flessibilità delle risorse comuni, supera il concetto di reparto tradizionale per articolarsi in aree dedicate a pazienti sostanzialmente uniformi dal punto di vista delle esigenze assistenziali.



CONTENUTI

Presso l'AOUI di Verona tale modello è stato applicato mediante la trasformazione dell'esistente struttura in un "ospedale fatto di ospedali", secondo una logica organizzativa per funzioni integrate. Sono state adottate le seguenti modifiche organizzative: 1. realizzazione del Polo Chirurgico per la concentrazione e l'implementazione dell'attività chirurgica; 2. introduzione del setting assistenziale di Week Surgery per l'erogazione di attività di chirurgia elettiva di bassa-media complessità; 3. creazione della Sezione di Decisione Clinica per la valutazione, stabilizzazione e dimissione entro 72 ore di pazienti con condizioni di salute a rischio basso e intermedio; 4. realizzazione dell'Outpatient Clinic ("ospedale di giorno") per l'erogazione di attività ambulatoriali complesse; 5. riorganizzazione dell'assistenza infermieristica per Moduli di Attività.

La realizzazione di queste modifiche ha consentito di ottenere in termini di risultati: una riduzione dei ricoveri ordinari (52482 nel 2010 vs 46399 nel 2015), un miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale (91,8% di appropriatezza nel 2010 vs 98,5% nel 2015); un incremento dell'attività chirurgica complessiva (regime ordinario, Day Service e ambulatoriale) del 7,4% (2016 vs 2015); l'avvio dell'attività di Week Surgery, con un totale di 1677 interventi da settembre 2015 a luglio 2016.

CONCLUSIONI

L'organizzazione dell'assistenza per intensità di cura comporta una rivalutazione dei modelli consolidati, ponendo il paziente al centro di un percorso assistenziale che deve garantire efficacia e appropriatezza. Ciò può implicare alcune difficoltà legate ad esempio alla ridefinizione di ruoli e responsabilità degli operatori sanitari e ad una generale resistenza al cambiamento. Tuttavia, i risultati finora ottenuti presso la nostra AOUI sono incoraggianti: sembrano infatti identificare il modello assistenziale per intensità di cure come una risposta adeguata alla necessità di operare scelte di programmazione sanitaria che tengano conto dell'evoluzione dei bisogni della popolazione e dell'esigenza di razionalizzare le risorse.

42° Congresso Nazionale ANMDO Leadership, Competenza e Responsabilità in Sanità

Bologna 12-13-14 Ottobre 2016



REGIONE SICILIANA
Azienda Sanitaria Provinciale di Enna
www.asp.enna.it



IL "TRIAGE" IN AREA CHIRURGICA: UNA PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA PRESSO L'OSPEDALE UMBERTO I DI ENNA

Emanuele CASSARÀ*, Rosario CUNSOLO**, Davide DI FABRIZIO*, Michele POLITI**, Salvatore GIAMPICCOLO*
*Direttore Sanitario Aziendale, **Direttore Medico PO di Enna, *Dirigente Medico UOC Anestesia e Rianimazione, **Direttore UOC Anestesia e Rianimazione, *Infermiere Blocco Operatorio
Direttore Generale: Giovanna Fideleto

IL CONTESTO OPERATIVO

- ◆ **Emergenza/Urgenza (E/U) chirurgica:**
 - È un evento imprevedibile
 - **Comporta** tempestività di attivazione del Personale Sanitario e di allestimento della Sala Operatoria
- ◆ **Il PO Umberto I di Enna:**
 - È punto di riferimento per l'E/U nell'ASP di EN
 - **Registra** un crescente accesso per rimodulazione/ridimensionamento di alcune UU.OO. afferenti all'area chirurgica (fonte dati: sistema ORMAWEB, 2014-'16)



IL NUOVO SETTING ASSISTENZIALE

- ◆ **Strategie di prevenzione e controllo del rischio clinico:**
 - **Redazione** di apposita procedura
 - **Definizione** priorità da parte dei Direttori di ogni singola UO interessata



IL "TRIAGE" CHIRURGICO

- ◆ **La classificazione condivisa delle Emergenze/Urgenze:**
 - **CODICE 3** - Emergenze da espletare nell'arco di **minuti**
 - **CODICE 2** - Urgenze da espletare nell'arco di **ore**
 - **CODICE 1** - Urgenze differibili da effettuare **appena possibile**



I RISULTATI ATTESI

- **Uniformare** le modalità di accesso alla SO
- **Garantire** un linguaggio comune tra gli operatori
- **Evitare** eventuali fraintendimenti e criticità
- **Usare** uno strumento di miglioramento della qualità



42° Congresso Nazionale ANMDO
Bologna, 12-13-14 Ottobre 2016

Limitare il crowding in pronto soccorso: un approccio integrato

Roberto Cerchi, Alfredo Perulli, Daniela Monteverdi, Alessio Rebelli, Walter Zalukar, Erika Mesesnel, Chiara Gandolfi, Lucia Pelusi, Nicola Delli Quadri

INTRODUZIONE

Il sovraccollimento in Pronto Soccorso (PS) è strettamente correlato ad una insoddisfacente qualità percepita da parte degli utenti¹⁻² e ad un incremento del rischio clinico³⁻⁴. I picchi di attività e le relative attese sono spesso citati come i principali motivi per spiegare il fenomeno del sovraccollimento, e viene spesso usato come indicatore il "n° accessi/ora" per descrivere il problema e analizzare la performance del PS⁴. Attraverso l'analisi dei processi è possibile invece identificare i fattori interni ed esterni all'organizzazione, che se non adeguatamente valutati, portano a soluzioni parziali e potenzialmente inefficaci³.

OBBIETTIVI DELLO STUDIO

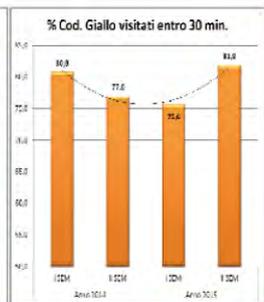
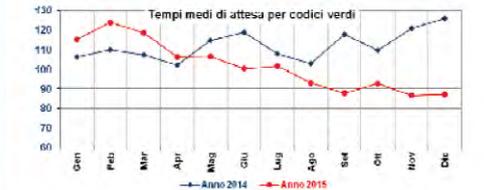
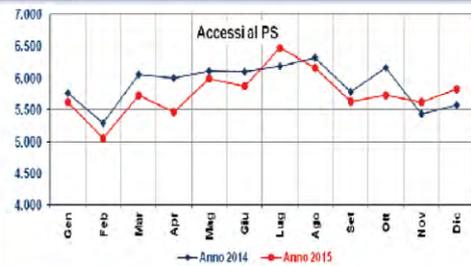
4 aree principali di intervento

- 1.area della comunicazione e umanizzazione dei percorsi in PS**
Inserimento di una nuova figura professionale (Assistenti di sala), da inserire nel PS allo scopo di potenziare il servizio alla cittadinanza attraverso il miglioramento della comunicazione sui tempi di attesa e criteri di priorità, con offerta di servizi di accoglienza e indirizzo per i pazienti e loro famigliari ed accompagnatori. (Indicatore: indagine customer satisfaction)
- 2.organizzazione interna del PS**
Analisi dei flussi e picchi di richiesta in PS: identificazione delle fasce orarie in cui è necessario potenziare il servizio al fine di bilanciare l'offerta di servizi ai picchi di domanda. Azione: potenziamento dei turni medico/infermieristici nella fascia oraria 8-14 (+ 3 medici + 6 IP) dal mese di giugno 2015. (Indicatore: Tempi attesa codici verdi e bianchi - % di ricoveri effettuati per n° accessi)
- 3.organizzazione dell'ospedale**
Inappropriatezza di setting di ricovero connessa alla gravità dei casi inviati dal PS per esaurimento dei posti in Medicina d'Urgenza.
Azione: incremento p.l. semintensivi e riduzione p.l. di area internistica
Tempi di attesa elevati per consulenza specialistica
Azioni: Istituzione di percorsi brevi di Otorinolaringoiatria, Oculistica, Urologia, Odontostomatologia nei casi di minor gravità dove è sufficiente una competenza specialistica predefinita al fine di ottenere la riduzione dei tempi d'attesa e razionalizzare i percorsi dell'utenza.
Modifica dell'assetto organizzativo in ortopedia con trasformazione della pronta disponibilità medica in articolazione della guardia attiva h24. Verifica dell'efficacia dell'intervento programmato.
Incremento dei trasporti secondari per decongestionare PS.
- 4.continuità assistenziale**
Una delle criticità emerse è la difficoltà di gestione dei percorsi extraospedalieri in rapporto alla continuità assistenziale. E' stato rilevato che occorre una tempistica molto stretta e un coordinamento molto sviluppato per poter dimettere i pazienti con necessità di continuità assistenziale dal pronto soccorso senza generare attese prolungate. Azione: sviluppo di sinergie con la componente territoriale, prevedendo oltre alla presenza di un infermiere di raccordo della continuità assistenziale in pronto soccorso anche una sua pronta disponibilità nelle giornate festive e prefestive.

Bibliografia

- McMillan JR, et al. Satisfaction with hospital emergency department as a function of patient triage. Health Care Manage Rev 1986;11:21-7.
- Hansagi H et al. The urgency of care need and patient satisfaction at a hospital emergency department. Health Care Manage Rev 1992;17:71-5.
- Miró O et al. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. Eur J Emerg Med 2000;7:79-80.
- Bindman AB et al. Consequences of queuing for care at a public hospital emergency department. JAMA 1991;266:1091-6.

RISULTATI



Strumenti di Visual Management in un ospedale organizzato per intensità di cura

Ciraolo F*., Mencucci M.*, Barchielli C. *, Litta L.*

*Direzione sanitaria, *Direzione Infermieristica

Ospedali Santa Maria Annunziata e Serristori, Azienda USL Toscana Centro

Parole chiave: Visual Management, Intensità di Cura, Lean Thinking



Piano per ogni paziente



Carrello camera di degenza



Carrello prelievi in reparto 5-S

Introduzione - Il Visual Management (VM) è una metodologia utilizzata nelle Lean Organizations per facilitare la trasparenza e visibilità dei processi, condividere informazioni e criticità in modo intuitivo ed istantaneo, saltando quelli che sono gli interventi di allineamento intermedio (passaggi di consegne, comunicazioni ridondanti, ecc.), con notevole risparmio di tempo e riduzione degli sprechi.



Visual inside (disposizione dei materiali all'interno degli armadi)



Segnali per il rifornimento armadio camera di degenza



Pannello del bod management

Contenuti - Il VM: utilizza strumenti visuali per l'analisi (ad es. value stream map), la pianificazione, il controllo ed il miglioramento di processi operativi, riduce l'interdipendenza tra unità di produzione, consente il riconoscimento immediato dello stato del processo e le deviazioni dagli standard, rende il processo direttamente osservabile attraverso un layout ad una serie di simboli o segnali condivisi ed appropriati, incorpora informazioni nel processo di organizzazione, che si tratti di una postazione di lavoro, di strumenti di gestione o informazione, di deposito o approvvigionamento di beni, mantiene un ambiente di lavoro pulito e ordinato attraverso programmi 5S.



Cassetto con shadows per la disposizione dei farmaci



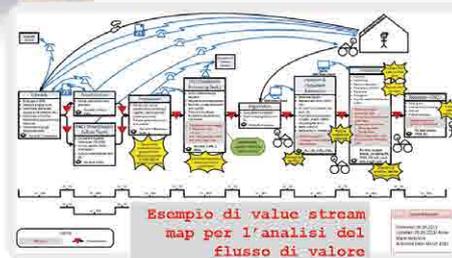
Kan-ban per il rifornimento di farmaci in tempo reale



Nell'Ospedale Santa Maria Annunziata della Azienda USL Toscana Centro, organizzato per intensità di cura, secondo le indicazioni regionali ed aziendali, già da alcuni anni sono applicati gli strumenti di VM. Tali strumenti hanno permesso una migliore gestione di processi sia semplici che di elevata complessità. La metodologia è stata adottata con entusiasmo dal personale infermieristico mentre si sono riscontrate maggiori difficoltà nella introduzione di meccanismi di programmazione visuale del ricovero e della dimissione da parte del personale medico.



Carrello con DPI per gestione isolamento funzionale



Esempio di value stream map per l'analisi del flusso di valore

Conclusioni
Il VM è una metodologia di recente introduzione nelle organizzazioni sanitarie che promuove il miglioramento continuo, facilita il lavoro, crea un senso di appartenenza condiviso, permette una gestione pre-attiva ed il training on the job, semplifica e standardizza i processi di lavoro. Molti sono i processi che possono essere ottimizzati attraverso l'utilizzo di strumenti visuali. La sfida è quella di favorire l'adozione di tali strumenti a tutti gli ambiti professionali sia in ambito organizzativo che nella gestione clinico-assistenziale.



Clean & Zero Odor: il pulito non ha odore

“Il pulito non ha odore” è il motto alla base del progetto innovativo che vuole proporre una soluzione al problema della presenza di cattivi odori nelle case di riposo. Un disagio che riguarda molte strutture e incide sul benessere dei pazienti e sulla percezione generale della qualità del servizio offerto dall’RSA.

Di questo problema si è fatta carico Markas, azienda che da anni cura il servizio di pulizia e sanificazione di strutture sanitarie e assistenziali in Italia, Austria e Romania. In collaborazione con l’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e l’ente di ricerca Consorzio Futuro in Ricerca dell’Università degli Studi di Ferrara, ha dato vita al progetto “Clean & Zero Odor”, uno studio scientifico sulla neutralizzazione degli odori nelle case di riposo. La ricerca “sul campo” è stata condotta presso due siti campione, la Fondazione Bruno Pari di Ostiano e la Fondazione Elisabetta Germani di Cingia De Botti: entrambe le strutture han-

no un ruolo importante nella rete dei servizi alla persona della provincia di Cremona. Qui, Markas ha voluto testare una delle soluzioni più innovative offerte dal mercato: la linea



ONS® “Odor Neutralizing System” per la detergenza specifica delle RSA sviluppata dalla ditta È così, che promette di agire in modo profondo sulla rimozione dello sporco, facilitando il controllo della proliferazione mi-



crobica responsabile dei cattivi odori. L’analisi microbiologica condotta dal Consorzio Futuro in Ricerca dell’Università degli Studi di Ferrara per verificare l’efficacia di tali prodotti, così come l’analisi sensoriale diretta dall’Università di Modena e Reggio Emilia, hanno registrato risultati positivi e un sensibile miglioramento della qualità dell’aria nei locali trattati con il sistema di pulizia Markas integrato alla linea ONS®.

Markas, che guarda al futuro, promette già nuovi sviluppi del progetto, convinta che, grazie all’innovazione costante, possano esserci ancora importanti margini di miglioramento al problema degli odori nelle strutture sanitarie e assistenziali. www.markas.it

Coopservice vincitrice del premio “Best Practice Patrimoni Pubblici”

Coopservice si è aggiudicata il prestigioso premio ‘Best Practice Patrimoni Pubblici’ assegnato nell’ambito dell’11° Forum Nazionale sui Patrimoni Immobiliari Pubblici, promosso da Patrimoni PA net - il laboratorio TEROTEC & FPA- tenutosi a Roma il 25 maggio scorso. Il premio è stato attribuito per l’attività di ‘Gestione manutentiva integrata’ degli edifici pubblici e scolastici del Comune di Pomezia. Si tratta di un progetto di Facility Management che dal 2016 ha portato il Comune di Pomezia a esternalizzare la gestione delle manutenzioni impiantistiche ed edili ad un unico operatore specializzato che garantisce il raggiungimento degli obiettivi di:

- razionalizzazione della spesa;
- puntuale programmazione delle attività di manutenzione ordinaria e straordinaria;
- sistematico controllo di gestione operativo ed economico;
- efficientamento energetico.

Il buon esito del progetto, oltre ai vantaggi di una gestione professionale altamente qualificata che ha alleviato il carico di impegni che grava sulle strutture tecniche ed amministrative comunali, consentirà di conseguire nell’arco del triennio 2016-2018 un risparmio complessivo sui costi di gestione di oltre 5 mln di euro che l’Amministrazione Comunale potrà impiegare per nuovi servizi e investimenti. Il Premio ‘Best Practice’ intende segnalare le esperienze



più innovative e virtuose promosse e sviluppate in partnership tra Enti Pubblici ed Imprese private per la gestione e la valorizzazione dei patrimoni immobiliari pubblici. L’obiettivo di fondo del Premio è favorire la promozione e la diffusione di una nuova cultura/prassi manageriale settoriale tra gli operatori pubblici e gli operatori privati, in particolare Società di servizi di Property, Facility & Energy Management, di Global Service, di costruzioni, di finanza e gestione immobiliare, al fine di stimolare lo studio, la sperimentazione e l’adozione di nuovi e più adeguati processi di “governance” dei patrimoni intesi come “risorse strategiche” degli Enti Pubblici.

www.coopservice.it

Da 35 anni l'unica in Italia



EXPOSANITA'

MED • CARE • INNOVATION

21ª mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza

18 | 19 | 20 | Tutti i Saloni

Solo: Horus, Mit, Primo Soccorso | **21 aprile 2018**

BolognaFiere

Il 20 e 21 aprile in contemporanea con



Seguici su

In collaborazione con



www.exposanita.it

Progetto e direzione



Gruppo  **tecniche nuove**

FORNITORI SI NASCE, PARTNER SI DIVENTA

Coopservice è specializzata nella fornitura di servizi ad aziende, enti pubblici e privati. Il suo punto di forza è rappresentato dalla capacità di integrare la professionalità dei propri operatori con le più avanzate risorse tecniche e dalla valorizzazione della loro esperienza, consentendo di approntare soluzioni adeguate per ogni situazione.

Coopservice si propone come referente unico per la gestione di tutte le attività no-core che il Cliente intende esternalizzare, progetta e gestisce un'ampia gamma di servizi integrati coinvolgendo i propri Clienti in tutte le fasi di organizzazione ed erogazione dei seguenti servizi:



**PULIZIA CIVILE
E INDUSTRIALE**



**PULIZIA E
SANIFICAZIONE OSPEDALI**



ECOLOGIA



**LOGISTICA E
MOVIMENTAZIONI**



**ENERGY & FACILITY
MANAGEMENT**



**SICUREZZA
E VIGILANZA**

Coopservice, molto più che un semplice fornitore.



 42122 Reggio Emilia · Via Rochdale, 5

 Tel. 0522 94011

 www.coopservice.it

 e-mail info@coopservice.it