

ANMDO **43**<sup>°</sup>  
CONGRESSO NAZIONALE



# **OBIETTIVO SICUREZZA IN OSPEDALE**

## **Responsabilità, strategie e modelli di gestione**

**FIRENZE** 25-26-27 Ottobre 2017

**ABSTRACT  
CONTRIBUTI SCIENTIFICI**

# **43° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.**

Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

## **OBIETTIVO SICUREZZA IN OSPEDALE** **Responsabilità, strategie e modelli di gestione**

FIRENZE, 25-26-27 Ottobre 2017

### PRESIDENTE

Dott. Gianfranco Finzi

### COMITATO SCIENTIFICO

Pasquale Francesco Amendola  
Alberto Appicciafuoco  
Antonio Battista  
Antonella Benvenuto  
Francesco Bisetto  
Silvio Brusaferrò  
Francesca Ciruolo  
Maria Teresa Cuppone  
Carmelo Del Giudice  
Fabrizio Gemmi  
Silvia Guarducci  
Karl Kob  
Rosario Lanzetta  
Renato Li Donni  
Giuseppe Matarazzo

Giovanni Messori Ioli  
Ida Iolanda Mura  
Ottavio Nicastro  
Angelo Pellicanò  
Gabriele Pelissero  
Clemente Ponzetti  
Roberto Predonzani  
Stefano Reggiani  
Antonio Scarmozzino  
Giuseppe Schirripa  
Gianluca Serafini  
Roberta Siliquini  
Domenico Stalteri  
Laura Tattini  
Giuseppe Zuccarello

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Alberto Appicciafuoco  
Michele Chittaro  
Karl Kob  
Ida Iolanda Mura

Ottavio Nicastro  
Gabriele Pelissero  
Franco Ripa  
Roberta Siliquini

POSTER .....	5
COMUNICAZIONI .....	79

**EDICOM**

Via A. Corti - Milano  
Tel. 0270633694 - Fax 0270633429  
info@gsanews.it - www.gsanews.it

È vietata la riproduzione anche parziale della presente pubblicazione senza preventiva autorizzazione di EDICOM srl

Realizzazione grafica: T&T studio sas - Milano

Pubblicazione: Ottobre 2017

# OBIETTIVO SICUREZZA IN OSPEDALE

## Responsabilità, strategie e modelli di gestione

**43° Congresso Nazionale ANMDO**  
Firenze, 25-26-27 Ottobre 2017

Il presentarsi di un evento inatteso mette in crisi una mente impreparata, ma può essere e cacemente 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

*blaming* e trasformandolo in una risorsa capace di migliorare l'organizzazione, richiede l'acquisizione di una consapevolezza di base, possibile attraverso la formazione e il confronto. È su questi presupposti che l'ANMDO ha scelto di dedicare il suo 43° Congresso Nazionale al tema della sicurezza in Ospedale, con una particolare attenzione al confronto di strategie e modelli di gestione. A questi aspetti si affiancherà una articolata riflessione sulla responsabilità professionale.

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*. La riduzione della sicurezza e riduzione delle possibilità di errore sono tra le principali conseguenze di azioni irresponsabili. 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* e 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. È 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.

*Il Presidente Nazionale ANMDO*  
**Dott. Gianfranco Finzi**

*La Segreteria Scientifica*

**43° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.**  
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

# POSTER

# SALUTE E MIGRANTI: ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO DELL'AOUI DI VERONA

L. Antolini<sup>1</sup>, C. Bovo<sup>2</sup>, R. Castello<sup>3</sup>, I. Aprili<sup>4</sup>, E. Cametti<sup>4</sup>, A. Carli<sup>4</sup>, G. Ghirlanda<sup>5</sup>, S. Tardivo<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Medico Borsista in Staff alla Direzione Sanitaria AOUI di Verona

<sup>2</sup> Direttore Sanitario AOUI di Verona

<sup>3</sup> Direttore UOC Medicina Generale e Sezione di Decisione Clinica

<sup>4</sup> Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

<sup>5</sup> Direttore Direzione Medica Ospedaliera AOUI di Verona

<sup>6</sup> Dirigente Medico di Direzione Medica Ospedaliera AOUI di Verona

**Parole chiave:** migranti, pronto soccorso, ricoveri

**Introduzione.** Il numero di migranti è cresciuto da 150 milioni nel 2000 a 244 milioni nel 2015 e il trend è in crescita. La sanità è uno dei settori maggiormente coinvolti in questi mutamenti: la migrazione può influire sulla salute dell'intera comunità. Oim e Oms si sono posti come obiettivo quello di diminuire il numero di malati e garantire equità di accesso alle cure. Risulta importante valutare in che modo il fenomeno impatta sul servizio sanitario, in particolare sui servizi di Pronto Soccorso, documentando se la popolazione migrante sia maggiormente suscettibile a patologie, o esponga la popolazione italiana a malattie. Si sono analizzati gli accessi al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, confrontando le principali caratteristiche tra utenti italiani e non italiani.

**Contenuti.** Nel 2015 gli accessi di utenti non italiani ai Pronto Soccorsi dell'AOUI di Verona rappresentavano il 19% sul totale, nel 2016 la percentuale è cresciuta al 20,5%. Se si considerano gli accessi al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico gli accessi di popolazione non italiana rappresentano ben il 35% e per il Pronto Soccorso Pediatrico il 23% degli accessi. I principali paesi di provenienza dei migranti sono dalla Romania (6601), seguita dal Marocco (3124) e da Sri Lanka (3031). Altri paesi numericamente importanti sono Nigeria, Moldavia, Albania. L'età media è di 33 anni, leggera prevalenza negli accessi di genere femminile (51%) rispetto che maschile (49%). Sono state confrontate le due popolazioni di accesso al Pronto Soccorso (utente italiano – utente non italiano) per codice triage (grafico 1) e per i principali esiti (tabella 1). La principale UO di ricovero dei pazienti stranieri è rappresentata dalla Ostetricia e Ginecologia (45% dei ricoveri), seguita dalla Pediatria 12%.

**Conclusioni.** Gli immigrati quando arrivano in Italia sono generalmente sani, giovani, forti e più stabili psicologicamente. La principale causa di ospedalizzazione è la gravidanza.

Hanno come principale punto di riferimento del SSN per rispondere a qualsiasi bisogno di cure il Pronto Soccorso.

Gli studiosi di medicina delle migrazioni sono concordi nel sostenere che sono più le malattie che i migranti prendono nel paese di immigrazione (dovute alla precarietà delle condizioni di vita) che quelle che portano con sé.

## Salute e Migranti, accessi al Pronto Soccorso dell'AOUI di Verona

**AUTORI:** Antolini L.<sup>1</sup>, Bovo C.<sup>2</sup>, Castello R.<sup>3</sup>, Aprili I.<sup>4</sup>, Cametti E.<sup>4</sup>, Carli A.<sup>4</sup>, Ghirlanda G.<sup>5</sup>, Tardivo S.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Medico Borsista in Staff alla Direzione Sanitaria AOUI di Verona, <sup>2</sup> Direttore Sanitario AOUI di Verona, <sup>3</sup> Direttore UOC Medicina Generale e Sezione di Decisione Clinica, <sup>4</sup> Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, <sup>5</sup> Direttore Direzione Medica Ospedaliera AOUI di Verona, <sup>6</sup> Dirigente Medico di Direzione Medica Ospedaliera AOUI di Verona

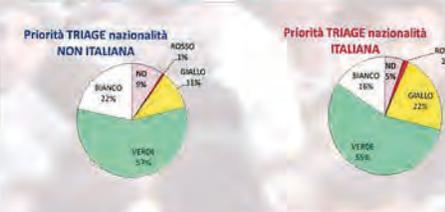
**PAROLE CHIAVE:** migranti, pronto soccorso, ricoveri

**INTRODUZIONE:** Il numero di migranti è cresciuto da 150 milioni nel 2000 a 244 milioni nel 2015 e il trend è in crescita. La sanità è uno dei settori maggiormente coinvolti in questi mutamenti: la migrazione può influire sulla salute dell'intera comunità. Oim e Oms si sono posti come obiettivo quello di diminuire il numero di malati e garantire equità di accesso alle cure. Risulta importante valutare in che modo il fenomeno impatta sul servizio sanitario, in particolare sui servizi di Pronto Soccorso, documentando se la popolazione migrante sia maggiormente suscettibile a patologie, o esponga la popolazione italiana a malattie. Si sono analizzati gli accessi al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, confrontando le principali caratteristiche tra utenti italiani e non italiani.

**CONTENUTI:** Nel 2015 gli accessi di utenti non italiani ai Pronto Soccorsi dell'AOUI di Verona rappresentavano il 19% sul totale, nel 2016 la percentuale è cresciuta al 20,5%. Se si considerano gli accessi al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico gli accessi di popolazione non italiana rappresentano ben il 35% e per il Pronto Soccorso Pediatrico il 23% degli accessi. I principali paesi di provenienza dei migranti sono dalla Romania (6601), seguita dal Marocco (3124) e da Sri Lanka (3031). Altri paesi numericamente importanti sono Nigeria, Moldavia, Albania. L'età media è di 33 anni, leggera prevalenza negli accessi di genere femminile (51%) rispetto che maschile (49%). Sono state confrontate le due popolazioni di accesso al Pronto Soccorso (utente italiano – utente non italiano) per codice triage (grafico 1) e per i principali esiti (tabella 1). La principale UO di ricovero dei pazienti stranieri è rappresentata dalla Ostetricia e Ginecologia (45% dei ricoveri), seguita dalla Pediatria 12%.



**Grafico 1:** Codice Triage, confronto negli accessi al PS di utenti di nazionalità e non italiana



**Tabella 1:** Esiti principali degli accessi PS, confronto utenti di nazionalità italiana e non italiana (anno 2015)

Confronto ESITI Stranieri - Italiani	Stranieri		Italiani	
	N°	%	N°	%
Dimesso	19972	77%	83141	78%
Ricovero	3029	12%	18428	17%
Abbandona prima della visita	1595	6%	4088	4%
Abbandona in corso di accertamenti	675	3%	1240	1%

### CONCLUSIONI:

- Gli immigrati quando arrivano in Italia sono generalmente sani, giovani, forti e più stabili psicologicamente. La principale causa di ospedalizzazione è la gravidanza.
- Hanno come principale punto di riferimento del SSN per rispondere a qualsiasi bisogno di cure il Pronto Soccorso.
- Gli studiosi di medicina delle migrazioni sono concordi nel sostenere che sono più le malattie che i migranti prendono nel paese di immigrazione (dovute alla precarietà delle condizioni di vita) che quelle che portano con sé.

Rischio clinico e Responsabilità professionale, 43° Congresso ANMDO, Firenze 25-26-27 Ottobre 2017

# SCREENING PER LE MALATTIE ESANTEMATICHE NEGLI OPERATORI SANITARI DELL'AO ORDINE MAURIZIANO DI TORINO

R. Arione\*\*, I. Vigna\*, G. Pagliaro°, G. Cugliari°, M.C. Azzolina\*, B. Mitola\*, I. Casonato^, M. Ferlini^, E. Manzon\*, S. Tini°, D. Dainese°, V. Gagliardi°

° S.S. Medico Competente

\* S.C. Direzione Medica di Presidio

\*\* Direttore Sanitario d'Azienda

^ S.C. Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia

A.O. Ordine Mauriziano di Torino

**Parole chiave:** vaccinazioni, operatori sanitari, malattie esantematiche

**Introduzione.** Nonostante la possibilità della vaccinazione, morbillo, parotite, rosolia e varicella sono ancora molto comuni in Italia, soprattutto nella popolazione infantile, ma la frequenza di casi gravi e complicanze è maggiore negli adulti.

Tali patologie possono essere malattie professionali per gli operatori sanitari e diffondersi a pazienti non immuni, con alto rischio di complicanze.

Nell'inverno 2017, come nel resto d'Italia, anche nella Regione Piemonte si è verificata un'epidemia di morbillo con alcuni casi di trasmissione da operatore a paziente, pertanto l'Ordine Mauriziano ha ritenuto fondamentale valutare lo stato immunitario per morbillo, parotite, rosolia e varicella delle sue figure sanitarie e eventualmente proporre la vaccinazione.

**Contenuti.** Tra febbraio e agosto 2017 è stato chiesto a tutti gli operatori sanitari dell'Azienda di sottoporsi gratuitamente, allo screening per morbillo, parotite, rosolia e varicella, partendo dalle aree a maggior rischio di contrazione/trasmmissione ai pazienti delle patologie esantematiche: DEA, Pediatria-Nido, Ostetricia e Rianimazioni, per estendersi poi a tutti gli altri reparti.

I campioni raccolti sono stati analizzati usando la ricerca degli anticorpi con tecnologia in chemiluminescenza e i risultati sono stati riportati come "recettivo", "immune" o "da ricontrollare".

La risposta all'offerta gratuita dello screening è risultata più che soddisfacente con oltre il 93% (1120) della popolazione di operatori sanitari screenati, il 13% del totale è risultato non immune ad almeno una delle malattie e l'1,2% non immune a due.

A tutti i soggetti non immuni per almeno una malattia è stato offerto gratuitamente il vaccino.

**Conclusioni.** Degli operatori screenati il 98% è risultato immune al morbillo, il 94% alla parotite, il 96% alla rosolia e il 99% alla varicella.

I casi di non immunità naturale sono prevalenti all'interno del campione dei dipendenti più giovani (26 - 35 anni).

L'accettazione della vaccinazione, in assenza di immunità naturale è stata quasi totale per i soggetti in fascia d'età più giovane e operanti nei reparti a maggior rischio, la figura professionale che più ha aderito alla vaccinazione è stata quella degli infermieri.

La campagna di screening e vaccinazione messa in atto ha consentito di avere un quadro puntuale della situazione immunitaria degli operatori sanitari dell'Azienda, che verrà costantemente aggiornato perchè a tutti i nuovi assunti verrà richiesto preventivamente lo stato immunitario.



Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino

## Screening per le malattie esantematiche negli operatori sanitari dell'AO Ordine Mauriziano di Torino

R. Arione\*\*, I. Vigna\*, G. Pagliaro°, G. Cugliari°, M.C. Azzolina\*, B. Mitola\*, I. Casonato^, M. Ferlini^, E. Manzon\*, S. Tini°, D. Dainese°, V. Gagliardi°

\*\* Direttore Sanitario d'Azienda

\* S.C. Direzione Medica di Presidio

° S.S. Medico Competente

^ S.C. Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia

Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino

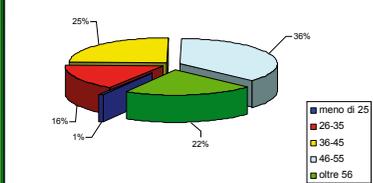
### INTRODUZIONE

Nonostante la possibilità della vaccinazione, morbillo, parotite, rosolia e varicella sono ancora malattie molto comuni in Italia, soprattutto tra la popolazione infantile, ma la frequenza di casi gravi e l'incidenza delle complicazioni sono maggiori negli adulti.

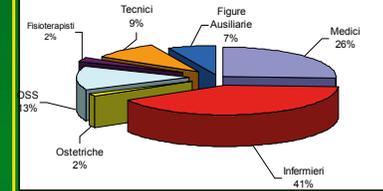
Le malattie esantematiche possono inoltre essere considerate malattie professionali per gli operatori sanitari e possono diffondersi a pazienti sensibili, spesso ad alto rischio di complicanze.

Come nel resto d'Italia nell'inverno 2017, anche nella Regione Piemonte, si è verificata un'epidemia di morbillo con alcuni casi di trasmissione da operatore sanitario a paziente, pertanto l'AO Ordine Mauriziano di Torino ha ritenuto fondamentale valutare lo stato immunitario per morbillo, parotite, rosolia e varicella delle sue figure sanitarie ed eventualmente proporre la specifica vaccinazione.

### Classi di età della popolazione



### Categorie di lavoratori



### CONTENUTI

Tra febbraio e agosto 2017 è stato chiesto a tutti gli operatori sanitari dell'Azienda di sottoporsi gratuitamente, allo screening per morbillo, parotite, rosolia e varicella, partendo dalle aree a maggior rischio di contrazione/trasmmissione ai pazienti delle patologie esantematiche: DEA, Pediatria-Nido, Ostetricia e Rianimazioni, per estendersi poi a tutti gli altri reparti.

I campioni raccolti sono stati analizzati usando la ricerca degli anticorpi con tecnologia in chemiluminescenza e i risultati sono stati riportati come "recettivo", "immune" o "da ricontrollare".

La risposta all'offerta gratuita dello screening è risultata più che soddisfacente con oltre il 93% (1120) della popolazione di operatori sanitari screenati, il 13% del totale è risultato non immune ad almeno una delle malattie e l'1,2% non immune a due.

A tutti i soggetti non immuni per almeno una malattia è stato offerto gratuitamente il vaccino.

### CONCLUSIONI

Degli operatori screenati il 98% è risultato immune al morbillo, il 94% alla parotite, il 96% alla rosolia e il 99% alla varicella.

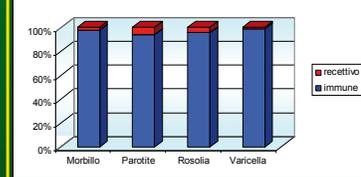
I casi di non immunità naturale sono prevalenti all'interno del campione dei dipendenti più giovani (26 - 35 anni).

L'accettazione della vaccinazione, in assenza di immunità naturale è stata quasi totale per i soggetti in fascia d'età più giovane e operanti nei reparti a maggior rischio, la figura professionale che più ha aderito alla vaccinazione è stata quella degli infermieri.

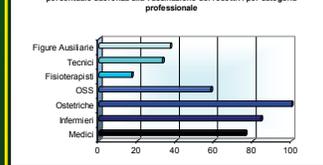
La campagna di screening e vaccinazione messa in atto ha consentito di avere un quadro puntuale della situazione immunitaria degli operatori sanitari dell'Azienda, che verrà costantemente aggiornato perchè a tutti i nuovi assunti verrà richiesto preventivamente lo stato immunitario.

Risultati dello screening per patologie esantematiche										
	Esantici n. (%)	Esantici n. (%)	Esantici n. (%)	Medici n. (%)	Infermieri n. (%)	Ostetriche n. (%)	OSS n. (%)	Fisioterapisti n. (%)	Tecnici n. (%)	Figure ausiliarie n. (%)
<b>Complesso di riferimento totale n. 1120</b>	108 (9,6)	791 (70,4)	40	388 (35)	438 (39,2)	39 (3,5)	146 (13)	31 (2,8)	166 (15)	39 (3,5)
<b>Morbillo</b>	Immune 103 (9,2)	1017 (90,8)	40	388 (35)	440 (39,5)	38 (3,4)	146 (13)	30 (2,7)	167 (15)	39 (3,5)
non immune	7 (0,6)	11 (1,0)	0	0	0	0	0	0	0	0
Recettivo	7 (0,6)	11 (1,0)	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Parotite</b>	Immune 315 (28,1)	799 (71,9)	40	371 (34,0)	428 (38,8)	38 (3,4)	138 (12,4)	24 (2,2)	161 (14,6)	39 (3,5)
non immune	20 (1,8)	42 (3,7)	0	0	0	0	0	0	0	0
Recettivo	20 (1,8)	42 (3,7)	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Rosolia</b>	Immune 315 (28,1)	799 (71,9)	40	371 (34,0)	428 (38,8)	38 (3,4)	138 (12,4)	24 (2,2)	161 (14,6)	39 (3,5)
non immune	20 (1,8)	42 (3,7)	0	0	0	0	0	0	0	0
Recettivo	20 (1,8)	42 (3,7)	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Varicella</b>	Immune 104 (9,3)	799 (71,9)	40	384 (35,2)	414 (37,4)	38 (3,4)	146 (13,1)	31 (2,8)	166 (15,0)	39 (3,5)
non immune	4 (0,4)	10 (0,9)	0	0	0	0	0	0	0	0
Recettivo	4 (0,4)	10 (0,9)	0	0	0	0	0	0	0	0

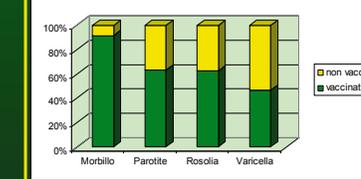
### risultati dello screening



### percentuale aderenza alla vaccinazione dei recettivi per categoria professionale



### adesione alla vaccinazione dei recettivi



# STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE SARDEGNA

B. Arru<sup>1</sup>, B.M. Are<sup>2</sup>, S. Bellu<sup>2</sup>, G. Deiana<sup>1</sup>, M.G. Deriu<sup>2</sup>, C. Dessanti<sup>1</sup>, N. Grandi<sup>1</sup>, C. Gugliotta<sup>1</sup>, E. Lampis<sup>1</sup>, S. Ogana<sup>1</sup>, A. Palmieri<sup>2</sup>, L. Pesapane<sup>2</sup>, V. Satta<sup>1</sup>, S. Soddu<sup>1</sup>, F. Trogu<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari

<sup>2</sup> U.O.C. Igiene e Medicina Preventiva A.O.U. Sassari

**Parole chiave:** infezioni, prevalenza, ospedale

**Introduzione.** Le Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.) rappresentano la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e costituiscono un importante problema di sanità pubblica. La Regione Sardegna ha incluso la lotta contro le I.C.A. nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 e ha accettato di prendere parte allo studio di prevalenza europeo E.C.D.C. negli Ospedali per acuti 2016-2017.

**Contenuti.** Sono state scelte per la rilevazione quattro strutture ospedaliere del Nord Sardegna: una di grandi dimensioni, l'A.O.U. di Sassari (517 p.l.), una di medie dimensioni, l'Ospedale Civile SS.ma Annunziata (350 p.l.) e due di piccole dimensioni, l'Ospedale Civile e l'Ospedale Marino di Alghero (104 e 38 p.l.). Lo studio è stato effettuato nel novembre 2016 e ha incluso tutti i reparti, ad eccezione dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza. Quanto ai pazienti, sono stati inclusi tutti i presenti in reparto alle 8:00 del mattino e non dimessi al momento della rilevazione. In merito ai criteri per la diagnosi di infezione ci si è attenuti a quanto specificato nel Protocollo.

Sono stati inclusi nello Studio 648 pazienti, il 51% dei quali di sesso femminile. Il giorno della rilevazione 47 pazienti (7,2%) presentavano segni e sintomi compatibili con una I.C.A., per un totale di 71 infezioni registrate. Le infezioni più rappresentate sono state quelle respiratorie (32,4%), seguite da quelle urinarie (24%), gastro-intestinali (12,7%) e dalle batteriemie (11,3%). (Tabella 1)

**Conclusioni.** L'alta prevalenza delle infezioni respiratorie e delle batteriemie evidenzia l'elevato impatto delle I.C.A. nelle realtà studiate sia da un punto di vista clinico che economico. Tali infezioni si associano infatti sia ad una più alta mortalità attribuibile che a maggiori costi. Non è facile individuare le cause del fenomeno a motivo dei noti limiti degli studi di prevalenza. Un fattore rilevante potrebbe essere tuttavia l'elevato utilizzo di dispositivi invasivi. In particolare, l'uso del catetere urinario ha mostrato, sia all'analisi univariata che a quella multivariata, una associazione statisticamente significativa con la presenza di I.C.A. (Tabella 2) Altri fattori significativamente associati con le I.C.A. sono il ricovero nei reparti di Geriatria e Riabilitazione, la gravità clinica della patologia di base e la durata della degenza. I risultati ottenuti, sia pure nei loro limiti, rappresentano un motivo di riflessione e una base di partenza per nuove iniziative.



## STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE SARDEGNA

Arru B.<sup>1</sup>, Are B.M.<sup>2</sup>, Bellu S.<sup>2</sup>, Deiana G.<sup>1</sup>, Deriu M.G.<sup>2</sup>, Dessanti C.<sup>1</sup>, Grandi N.<sup>1</sup>, Gugliotta C.<sup>1</sup>, Lampis E.<sup>1</sup>, Ogana S.<sup>1</sup>, Palmieri A.<sup>2</sup>, Pesapane L.<sup>2</sup>, Satta V.<sup>1</sup>, Soddu S.<sup>1</sup>, Trogu F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari

<sup>2</sup> U.O.C. Igiene e Medicina Preventiva A.O.U. Sassari

**Parole chiave:** infezioni; prevalenza; ospedale

### Introduzione

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.) rappresentano la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e costituiscono un importante problema di sanità pubblica. La Regione Sardegna ha incluso la lotta contro le I.C.A. nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 e ha accettato di prendere parte allo studio di prevalenza europeo E.C.D.C. negli Ospedali per acuti 2016-2017.

### Contenuti

Sono state scelte per la rilevazione quattro strutture ospedaliere del Nord Sardegna: una di grandi dimensioni, l'A.O.U. di Sassari (517 p.l.), una di medie dimensioni, l'Ospedale Civile SS.ma Annunziata (350 p.l.) e due di piccole dimensioni, l'Ospedale Civile e l'Ospedale Marino di Alghero (104 e 38 p.l.). Lo studio è stato effettuato nel novembre 2016 e ha incluso tutti i reparti, ad eccezione dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza. Quanto ai pazienti, sono stati inclusi tutti i presenti in reparto alle 8:00 del mattino e non dimessi al momento della rilevazione. In merito ai criteri per la diagnosi di infezione ci si è attenuti a quanto specificato nel Protocollo.

Sono stati inclusi nello Studio 648 pazienti, il 51% dei quali di sesso femminile. Il giorno della rilevazione 47 pazienti (7,2%) presentavano segni e sintomi compatibili con una I.C.A., per un totale di 71 infezioni registrate. Le infezioni più rappresentate sono state quelle respiratorie (32,4%), seguite da quelle urinarie (24%), gastro-intestinali (12,7%) e dalle batteriemie (11,3%). (Tabella 1)

Tabella 2. Analisi di alcuni fattori di rischio di I.C.A.

Variabile	Analisi univariata		Analisi multivariata	
	OR (IC 95%)	p-value	OR (IC 95%)	p-value
Geriatria	4.21 (1.31-13.46)	0.02	4.28 (1.25-14.70)	0.02
Riabilitazione	5.05 (1.29-19.72)	0.02	8.48 (2.07-34.70)	0.003
CVC	5.50 (2.91-10.39)	<0.0001	5.28 (2.68-10.42)	<0.0001
C.U.	2.92 (1.59-5.34)	<0.0001	2.02 (1.06-3.85)	0.03
Gravità clinica	5.45 (2.38-12.50)	<0.0001	-	-
Durata degenza	1.02 IQR 6 (3-13)	0.004	-	-

### Conclusioni

L'alta prevalenza delle infezioni respiratorie e delle batteriemie evidenzia l'elevato impatto delle I.C.A. nelle realtà studiate sia da un punto di vista clinico che economico. Tali infezioni si associano infatti sia ad una più alta mortalità attribuibile che a maggiori costi. Non è facile individuare le cause del fenomeno a motivo dei noti limiti degli studi di prevalenza. Un fattore rilevante potrebbe essere tuttavia l'elevato utilizzo di dispositivi invasivi. In particolare, l'uso del catetere urinario ha mostrato, sia all'analisi univariata che a quella multivariata, una associazione statisticamente significativa con la presenza di I.C.A. (Tabella 2) Altri fattori significativamente associati con le I.C.A. sono il ricovero nei reparti di Geriatria e Riabilitazione, la gravità clinica della patologia di base e la durata della degenza. I risultati ottenuti, sia pure nei loro limiti, rappresentano un motivo di riflessione e una base di partenza per nuove iniziative.

Tabella 1. Confronto con il precedente Studio di prevalenza ECDC

	Presente studio	Studio E.C.D.C. Italia
Anno	2016	2011
N Ospedali	4	49
N pazienti	648	14784
Prevalenza infetti/100	7,2	6,3
Pz portatori di devices/100		
CVP	85,8	56
CVC	13	12
CU	33,4	25
INT	3	3
Siti di infezione (% tot I.C.A.)		
Respiratoria	32,4	24
Urinaria	24	21
Sito chirurgico	5	16
Batteriemia	11,3	16

# IL REGOLAMENTO DEL BLOCCO OPERATORIO AZIENDALE COME STRUMENTO PER OTTIMIZZARE L'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE

E. Azzan<sup>1</sup>, D. Balestrino<sup>2</sup>, G. Parovina<sup>2</sup>, S. Porretto<sup>3</sup>, S. Reggiani<sup>2</sup>, G. Gentili<sup>\*</sup>

<sup>1</sup> Direttore Sanitario Aziendale ASL AL

<sup>2</sup> Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero ASL AL

<sup>3</sup> Direttore Struttura Complessa Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero ASL AL

<sup>\*</sup> Direttore Generale ASL AL

**Parole chiave:** programmazione, blocchi operatori

**Introduzione.** Il monitoraggio e la programmazione dell'utilizzo dei Blocchi Operatori sono un elemento di cruciale importanza al fine di gestire nel modo ottimale le risorse disponibili e ridurre i tempi di attesa degli interventi chirurgici.

In ASL AL il Blocco Operatorio Aziendale è una struttura interdisciplinare cui accedono tutte le specialità chirurgiche e interventistiche presenti ed è costituito da 5 Blocchi Operatori, 1 Blocco interventistico, 1 Sala Interventistica multidisciplinare e 2 Sale di Cardiologia Interventistica.

**Contenuti.** Considerando la modesta riduzione del numero totale degli interventi chirurgici eseguiti nei primi cinque mesi del 2017 rispetto allo stesso periodo del 2016 sono state intraprese alcune iniziative di miglioramento:

- *pianificazione settimanale dell'attività operatoria dei Blocchi Operatori:* i Direttori delle Strutture Chirurgiche afferenti a ciascun Blocco Operatorio sono tenuti a consegnare la lista operatoria settimanale al Coordinatore Clinico e al Coordinatore Infermieristico entro le 14.00 del giovedì che precede la settimana di riferimento
- *pianificazione giornaliera della sala operatoria:* il Direttore della Struttura Chirurgica o un suo delegato segnala gli interventi da eseguire ogni giorno della settimana nella lista operatoria giornaliera che deve essere trasmessa in sala operatoria entro le 14 del giorno precedente alla seduta.
- *costante monitoraggio degli indicatori attraverso sistemi informativi aziendali:* tasso di utilizzo delle sale operatorie e tempi di "sala vuota", puntualità e rispetto dell'orario d'inizio del primo intervento, intervallo medio tra gli interventi
- *incontri bimensili della commissione per la gestione del Blocco Operatorio Aziendale* al fine di evidenziare le maggiori criticità e definirne le soluzioni
- *riunione settimanale dei chirurghi delle specialità afferenti* ai rispettivi Blocchi con i coordinatori clinici e infermieristici al fine di condividere la programmazione delle sedute operatorie.

**Conclusioni.** Dalle prime analisi è emerso che sono presenti diversi aspetti con un margine di miglioramento principalmente riguardanti le tempistiche degli interventi. Le sfiorature orarie e i tempi di "sala vuota" con il conseguente sottoutilizzo della stessa sono risultati infatti troppo elevati soprattutto in alcuni Blocchi e per alcune discipline. Nelle riunioni della Commissione del Blocco Operatorio Aziendale si è cercato di comprendere le possibili cause di questi ritardi (tempi di anestesia, ritardo del paziente, ritardo del chirurgo o dell'anestesista).

A seguito di questo primo periodo di monitoraggio (giugno-agosto 2017) il numero degli interventi delle specialità chirurgiche, dopo la riduzione avvenuta nei primi 5 mesi, è sensibilmente aumentato rispetto allo stesso periodo del 2016 (3305 rispetto a 3209). Il monitoraggio continuerà nei prossimi mesi e permetterà di valutare i risultati degli interventi realizzati.



## Il Regolamento del Blocco Operatorio Aziendale: uno strumento per ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie

E. Azzan<sup>1</sup>, D. Balestrino<sup>2</sup>, G. Parovina<sup>2</sup>, S. Porretto<sup>3</sup>, S. Reggiani<sup>2</sup>, G. Gentili<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Direttore Sanitario Aziendale ASL AL

<sup>2</sup> Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero ASL AL

<sup>3</sup> Direttore Struttura Complessa Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero ASL AL

<sup>4</sup> Direttore Generale ASL AL

### Introduzione

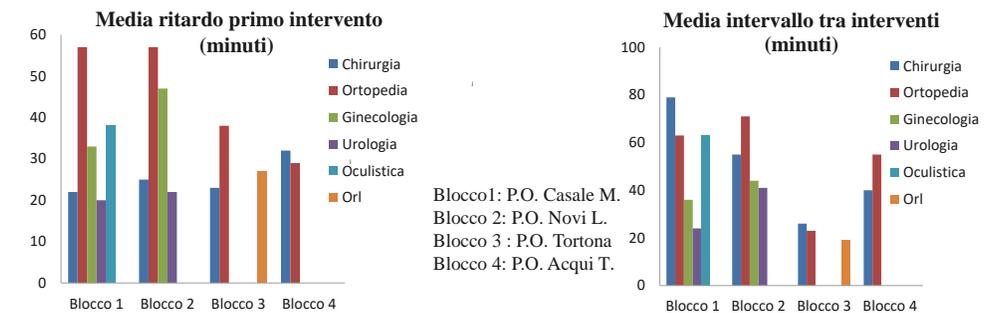
Il monitoraggio e la programmazione dell'utilizzo dei Blocchi Operatori sono un elemento di cruciale importanza al fine di gestire nel modo ottimale le risorse disponibili e ridurre i tempi di attesa degli interventi chirurgici.

In ASL AL il Blocco Operatorio Aziendale è una struttura interdisciplinare cui accedono tutte le specialità chirurgiche e interventistiche presenti ed è costituito da 5 Blocchi Operatori, 1 Blocco Interventistico, 1 Sala Interventistica multidisciplinare e 2 Sale di Cardiologia Interventistica.

### Contenuti

Considerando la modesta riduzione del numero totale degli interventi chirurgici eseguiti nei primi cinque mesi del 2017 rispetto allo stesso periodo del 2016 sono state intraprese alcune iniziative di miglioramento:

- ✓ *pianificazione settimanale dell'attività operatoria dei Blocchi Operatori:* i Direttori delle Strutture Chirurgiche afferenti a ciascun Blocco Operatorio sono tenuti a consegnare la lista operatoria settimanale al Coordinatore Clinico e al Coordinatore Infermieristico entro le 14.00 del giovedì che precede la settimana di riferimento;
- ✓ *pianificazione giornaliera della sala operatoria:* il Direttore della Struttura Chirurgica o un suo delegato segnala gli interventi da eseguire ogni giorno della settimana nella lista operatoria giornaliera che deve essere trasmessa in sala operatoria entro le 14 del giorno precedente alla seduta;
- ✓ *costante monitoraggio degli indicatori attraverso sistema informativo aziendale:* tasso di utilizzo delle sale operatorie e tempi di "sala vuota", puntualità e rispetto dell'orario d'inizio del primo intervento, intervallo medio tra gli interventi;
- ✓ *incontri bimensili della Commissione per la gestione del Blocco Operatorio Aziendale* al fine di evidenziare le maggiori criticità e definirne le soluzioni;
- ✓ *riunione settimanale dei chirurghi delle specialità afferenti* ai rispettivi Blocchi con i Coordinatori Clinici e Infermieristici al fine di condividere la programmazione delle sedute operatorie.



### Conclusioni

Dalle prime analisi è emerso che sono presenti diversi aspetti con un margine di miglioramento riguardanti principalmente le tempistiche degli interventi. Le sfiorature orarie e i tempi di "sala vuota" con il conseguente sottoutilizzo della stessa sono risultati infatti troppo elevati soprattutto in alcuni Blocchi e per alcune discipline. Nelle riunioni della Commissione del Blocco Operatorio Aziendale si è cercato di comprendere le possibili cause di questi ritardi (tempi di anestesia, ritardo del paziente, ritardo del chirurgo o dell'anestesista).

A seguito di questo primo periodo di monitoraggio (giugno -agosto 2017) il numero degli interventi delle specialità chirurgiche, dopo la riduzione avvenuta nei primi 5 mesi, è sensibilmente aumentato rispetto allo stesso periodo del 2016 (3305 rispetto a 3209). Il monitoraggio continuerà nei prossimi mesi e permetterà di valutare i risultati degli interventi realizzati.

# ANALISI ORGANIZZATIVA DI UN PIANO DI MAXIEMERGENZA E RIORGANIZZAZIONE SUCCESSIVA AD UN CASO REALE

M.C. Azzolina\*, B. Mitola\*, E. Bossola°, O. Testa°, I. Vigna\*, R. Arione\*\*  
e Gruppo di Lavoro Aziendale P.E.I.M.A.F.

\*\* Direttore Sanitario d'Azienda

\* S.C. Direzione Medica di Presidio

° S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

°° S.C. DIPSА - QU.RRE

Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino

**Parole chiave:** maxiemergenza, P.E.I.M.A.F.

**Introduzione.** La notte del 3 giugno 2017, durante la finale di Champions League, trasmessa su un maxi schermo a Torino in Piazza San Carlo, in seguito ad un improvviso boato causato dalla caduta di alcune trasse, la folla è stata presa dal terrore accalcandosi nel tentativo di fuggire nell'erronea convinzione di essere in presenza di un atto terroristico. In seguito a ciò i feriti sono stati condotti, assieme alle persone giunte con mezzi propri, nei principali ospedali di Torino e prima cintura con la conseguente attivazione dei rispettivi piani di maxiemergenza.

L'obiettivo del lavoro è l'analisi dell'applicazione di un piano di maxiemergenza e la valutazione della metodologia utilizzata per la sua revisione.

**Contenuti.** L'Ospedale Mauriziano, adeguandosi agli obblighi di legge (D. Lgs. 626/1994 e successivo D. Lgs. 81/2008), si è dotato, a partire dal 2006, di un piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti. Tale piano viene verificato mediante esercitazioni periodiche.

L'evento ha causato 1 morto e 1526 feriti, 180 di questi sono stati gestiti dal Dipartimento di Emergenza e Accettazione dell'Ospedale Mauriziano nell'arco di 4 ore e 15 minuti dalla fase di attivazione. Nella fase precedente all'attivazione sono arrivati 6 pazienti coinvolti nell'evento con mezzi propri e nelle ore successive alla chiusura della maxiemergenza sono state trattate 66 persone.

Delle 180 persone solo 4 hanno richiesto il ricovero ospedaliero: due in medicina d'urgenza, uno in pneumologia e uno è stato trasferito presso O.I.R.M. Regina Margherita per competenza pediatrica. La fase di recupero è durata 24 ore.

Sono stati successivamente messi in atto, ad opera della Direzione Sanitaria, i seguenti interventi per rielaborare l'evento con finalità di perfezionamento del piano di maxiemergenza:

Debriefing dell'evento con il personale coinvolto tramite una riunione frontale plenaria

Aggiornamento del piano aziendale attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro costituito dalla Direzione Sanitaria assieme ai referenti medici, infermieristici ed amministrativi

Riorganizzazione del Piano Formativo Aziendale sulla gestione delle Emergenze

**Conclusioni.** Grazie alle riflessioni emerse dal confronto durante il debriefing si è tempestivamente lavorato per la revisione e l'aggiornamento del piano di emergenza aziendale. A tre mesi dall'evento il piano aggiornato è diventato operativo.



## Analisi organizzativa di un piano di maxiemergenza e riorganizzazione successiva ad un caso reale

M.C. Azzolina\*, B. Mitola\*, E. Bossola°, O. Testa°, I. Vigna\*, R. Arione\*\* e Gruppo di Lavoro Aziendale P.E.I.M.A.F.

\*\* Direttore Sanitario d'Azienda  
\* S.C. Direzione Medica di Presidio  
° S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza  
°° S.C. DIPSА - QU.RRE  
Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino

INTRODUZIONE

CONTENUTI

La notte del 3 giugno 2017, durante la finale di Champions League, trasmessa su un maxi schermo a Torino in Piazza San Carlo, in seguito ad un improvviso boato causato dalla caduta di alcune trasse, la folla è stata presa dal terrore accalcandosi nel tentativo di fuggire nell'erronea convinzione di essere in presenza di un atto terroristico. In seguito a ciò i feriti sono stati condotti, assieme alle persone giunte con mezzi propri, nei principali ospedali di Torino e prima cintura con la conseguente attivazione dei rispettivi piani di maxiemergenza.

L'obiettivo del lavoro è l'analisi dell'applicazione di un piano di maxiemergenza e la valutazione della metodologia utilizzata per la sua revisione.

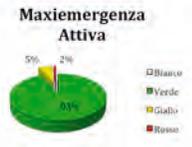
L'Ospedale Mauriziano, adeguandosi agli obblighi di legge (D. Lgs. 626/1994 e successivo D. Lgs. 81/2008), si è dotato, a partire dal 2006, di un piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti. Tale piano viene verificato mediante esercitazioni periodiche.

L'evento ha causato 1 morto e 1526 feriti, 180 di questi sono stati gestiti dal Dipartimento di Emergenza e Accettazione dell'Ospedale Mauriziano nell'arco di 4 ore e 15 minuti dalla fase di attivazione. Nella fase precedente all'attivazione sono arrivati 6 pazienti coinvolti nell'evento con mezzi propri e nelle ore successive alla chiusura della maxiemergenza sono state trattate 66 persone.

Delle 180 persone solo 4 hanno richiesto il ricovero ospedaliero: due in medicina d'urgenza, uno in pneumologia e uno è stato trasferito presso O.I.R.M. Regina Margherita per competenza pediatrica. La fase di recupero è durata 24 ore.

Sono stati successivamente messi in atto, ad opera della Direzione Sanitaria, i seguenti interventi per rielaborare l'evento con finalità di perfezionamento del piano di maxiemergenza:

- Debriefing dell'evento con il personale coinvolto tramite una riunione frontale plenaria
- Aggiornamento del piano aziendale attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro costituito dalla Direzione Sanitaria assieme ai referenti medici ed infermieristici ed amministrativi
- Riorganizzazione del Piano Formativo Aziendale sulla gestione delle Emergenze




**CONCLUSIONI**

Grazie alle riflessioni emerse dal confronto durante il debriefing si è tempestivamente lavorato per la revisione e l'aggiornamento del piano di emergenza aziendale. A tre mesi dall'evento il piano aggiornato è diventato operativo. I risultati degli interventi sono rappresentati nella tabella a seguire.





SINGRAZIAMENTO PER COME È STATA GESTITA LA MAXI AFFLUENZA AL PRONTO SOCCORSO



Il Debriefing	ha evidenziato:
	l'aderenza al piano
	la necessità di semplificare l'attuale piano integrandolo con schede operative sintetiche
	la necessità di migliorare il programma informatico
	l'importanza dell'Unità di Crisi nelle variazioni al piano di maxiemergenza
	la modifica e la ricollocazione della segnaletica specifica per l'emergenza
	la necessità di individuare un nuovo punto di triage
La Revisione del Piano Aziendale	ha comportato:
	la ridefinizione del criterio di attivazione del PEIMAF con indicazione di "30 o più pazienti di ogni tipologia"
	lo stato di allerta e di attivazione avviene o tramite la comunicazione o all'arrivo di un numero elevato di persone anche non annunciato
	la modifica della modalità di attivazione degli specialisti
	l'inserimento dell'opzione "Allerta e Attivazione non comunicate dal 118"
	l'assegnazione della priorità alla piastra dell'emergenza per il laboratorio analisi
	l'inserimento nel piano delle figure dei Bed Manager Infermieristici (Dipartimento Medico e Chirurgico) per la gestione dei ricoveri
	l'aggiornamento della situazione posti letto disponibili aggiuntivi
	la disponibilità di computer portatili con installazione del programma informatico "Babele" per aumentare le postazioni utilizzabili
	l'acquisto di megafoni per fornire le comunicazioni in caso di particolare sovrappollamento
	l'uso di braccialetti identificativi semplificati e con numeri di identificazione più chiari
La Riorganizzazione del Piano Formativo Aziendale	ha portato a:
	variazioni del programma del corso per il personale del Pronto Soccorso con aumento delle ore di esercitazioni pratiche
	ristituzione ed incremento delle esercitazioni periodiche che coinvolgono tutto il personale del Pronto Soccorso
	refresh annuali pratici per tutto il personale dell'ospedale

# INDOVINA CHI VIENE AL BRUNCH... OVVERO... GLI IMPROVEMENT CORNER

F. Bartolozzi\*, D. Brosio\*, K. Castiglione\*\*, M. Bellin Cittadini\*, G. Mancuso\*, M. Saliola\*

\* Direzione Sanitaria; \*\* Direzione HR – CdC Villa Margherita, Roma

**Parole chiave:** formazione, qualità, rischio clinico

**Introduzione.** Il miglioramento della qualità del servizio e la conseguente corretta gestione del rischio clinico passano attraverso una continua attenzione all'aggiornamento e al confronto professionale, alla discussione di casi, alla simulazioni di eventi. Da due anni a Villa Margherita è iniziato un percorso di confronto e crescita aziendale attraverso Gruppi di Miglioramento, deputati alla elaborazione di linee guida e procedure interne, e l'applicazione della filosofia Lean nel disegno dei percorsi clinico-organizzativi. Come naturale evoluzione di questo processo, che non può essere calato dall'alto, ma va vissuto dal personale di prima linea, è nata la necessità di uno spazio di confronto, formazione e ricerca per tutto il personale.

**Contenuti.** È stato creato uno spazio fisso settimanale in cui, come in una sorta di club o di circolo, le persone interessate si ritrovano per confrontarsi, aggiornarsi, rivedere procedure, fare simulazioni, discutere casi. Un Comitato Scientifico composto dai dipendenti di ogni profilo professionale è responsabile della programmazione degli incontri, con il contributo e le idee di tutti i dipendenti (medici, infermieri, ostetriche, O.S.S., personale ausiliario e amministrativo).

L'incontro avviene in un ambiente informale, ha la durata di massimo 30/35 minuti e il relatore "offre", insieme alla Direzione, un piccolo rinfresco che aiuta a rilassare l'atmosfera. Le tipologie di incontri hanno riguardato: brevi pillole formative su determinate metodologie, tecniche o azioni (caratteristiche di un farmaco; razionale dell'utilizzo della clorexidina al 2%); discussioni di casi clinici e percorsi diagnostico-terapeutici; audit sui dati raccolti su nostri pazienti (discussione dei dati sullo studio di prevalenza delle I.C.A.) o su segnalazioni di incident reporting; simulazione di azioni (come le mani trasportano... utilizzando farina e polvere di cacao; utilizzo delle Non Technical Skills nel passaggio di consegne; preparazione di sacche e compatibilità fra farmaci: la formazione dei precipitati); revisioni di letteratura; lettura di articoli o di sentenze in tema di errore medico.

Nel periodo giugno 2016 – settembre 2017 sono stati svolti 48 incontri. Il 69% del personale dell'area sanitaria ha partecipato ad almeno un incontro, il 47% del personale totale.

Al termine di ogni incontro il personale può esprimere il proprio gradimento o suggerimenti online (Google Form). Tutto il materiale presentato o raccolto nel corso dell'incontro viene poi inviato via email a tutti i dipendenti.

In accordo con la Direzione Risorse Umane alle persone che partecipano agli incontri sono riconosciuti dei "crediti virtuali" che danno priorità nella partecipazione alla formazione ECM finanziata con i fondi interprofessionali.

**Conclusioni.** La creazione di uno spazio informale di crescita e discussione permette una condivisione di buone pratiche, di abitudini e di comportamenti che aiutano a creare una cultura organizzativa aziendale unitaria, in grado di migliorare la sicurezza delle cure e la qualità dell'assistenza. La formazione viene vista come momento di scambio bidirezionale: la partecipazione di tutte le figure professionali facilita il dialogo e il senso di appartenenza al team.



43° Congresso Nazionale ANMDO  
Firenze 25 26 27 Ottobre 2017



# INDOVINA CHI VIENE AL BRUNCH... OVVERO... GLI IMPROVEMENT CORNER

Bartolozzi F\*, Brosio D\*, Bellin Cittadini M\*, Castiglione K\*\*, Mancuso G\*, Saliola M  
\* Direzione Sanitaria; \*\* Direzione HR, Casa di Cura Villa Margherita, Roma

## INTRODUZIONE

Il miglioramento della qualità del servizio e la conseguente corretta gestione del rischio clinico passano attraverso una continua attenzione all'aggiornamento e al confronto professionale, alla discussione di casi, alla simulazioni di eventi. Da due anni a Villa Margherita è iniziato un percorso di confronto e crescita aziendale attraverso Gruppi di Miglioramento, deputati alla elaborazione di linee guida e procedure interne, e l'applicazione della filosofia Lean nel disegno dei percorsi clinico-organizzativi. Come naturale evoluzione di questo processo, che non può essere calato dall'alto, ma va vissuto dal personale di prima linea, è nata la necessità di uno spazio di confronto, formazione e ricerca per tutto il personale.

## CONTENUTI

È stato creato uno spazio fisso settimanale in cui, come in una sorta di club o di circolo, le persone interessate si ritrovano per confrontarsi, aggiornarsi, rivedere procedure, fare simulazioni, discutere casi. Un Comitato Scientifico composto dai dipendenti di ogni profilo professionale è responsabile della programmazione degli incontri, con il contributo e le idee di tutti i dipendenti (medici, infermieri, ostetriche, O.S.S., personale ausiliario e amministrativo).

L'incontro avviene in un ambiente informale, ha la durata di massimo 30/35 minuti e il relatore "offre", insieme alla Direzione, un piccolo rinfresco che aiuta a rilassare l'atmosfera. Le tipologie di incontri hanno riguardato: brevi pillole formative su determinate metodologie, tecniche o azioni (caratteristiche di un farmaco; razionale dell'utilizzo della clorexidina al 2%); discussioni di casi clinici e percorsi diagnostico-terapeutici; audit sui dati raccolti su nostri pazienti (discussione dei dati sullo studio di prevalenza delle I.C.A.) o su segnalazioni di incident reporting; simulazione di azioni (come le mani trasportano... utilizzando farina e polvere di cacao; utilizzo delle Non Technical Skills nel passaggio di consegne; preparazione di sacche e compatibilità fra farmaci: la formazione dei precipitati); revisioni di letteratura; lettura di articoli o di sentenze in tema di errore medico.

Nel periodo giugno 2016 – settembre 2017 sono stati svolti 48 incontri. Il 69% del personale dell'area sanitaria ha partecipato ad almeno un incontro, il 47% del personale totale.

Al termine di ogni incontro il personale può esprimere il proprio gradimento o suggerimenti online (Google Form). Tutto il materiale presentato o raccolto nel corso dell'incontro viene poi inviato via email a tutti i dipendenti.

In accordo con la Direzione Risorse Umane alle persone che partecipano agli incontri sono riconosciuti dei "crediti virtuali" che danno priorità nella partecipazione alla formazione ECM finanziata con i fondi interprofessionali.



Simulazione di preparazione del campo sterile



La presa in carico del paziente oncologico



Il disegno preoperatorio della stomia



Interazioni fra farmaci: KCl e CaCl precipiteranno?



Igiene della mani: la polvere di cacao ci aiuta a scoprire cosa tocchiamo

## CONCLUSIONI

La creazione di uno spazio informale di crescita e discussione permette una condivisione di buone pratiche, di abitudini e di comportamenti che aiutano a creare una cultura organizzativa aziendale unitaria, in grado di migliorare la sicurezza delle cure e la qualità dell'assistenza. La formazione viene vista come momento di scambio bidirezionale: la partecipazione di tutte le figure professionali facilita il dialogo e il senso di appartenenza al team.

Casa di Cura Villa Margherita – info: [f.bartolozzi@clivillamargherita.it](mailto:f.bartolozzi@clivillamargherita.it)

# L'ACCESSO DEGLI ANIMALI IN OSPEDALE E GLI INTERVENTI ASSISTITI CON ANIMALI: L'ESPERIENZA DELL'A.S.S.T. DI MANTOVA

C. Basili<sup>1</sup>, M. Nespeca<sup>2</sup>, M. Galavotti<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Direttore FF Presidio Ospedaliero di Mantova, Direzione Sanitaria Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Mantova; <sup>2</sup> Coordinatore Infermieristico, Responsabile Logistica del paziente, dei beni e dei servizi, Struttura Governo dei Processi Clinici, Direzione Sanitaria Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Mantova;

<sup>3</sup> Direttore Sanitario Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Mantova

**Introduzione.** Le ricerche degli ultimi trent'anni hanno dimostrato che gli individui possono sperimentare immediati effetti positivi a livello fisiologico semplicemente toccando un animale, in particolar modo un cane. Da diversi studi emerge che accarezzando un cane si abbassa la pressione sanguigna (Vormbrock, Grossberg, 1988), diminuisce la frequenza cardiaca e la respirazione rallenta (Lynch, Fregin, Mackie, Monroe, 1974). La Pet Therapy non è invasiva, è una co-terapia dolce che cerca di migliorare l'esistenza delle persone armonizzandosi con le condizioni socio-sanitarie già esistenti, inserendosi quindi in un definito progetto educativo. Essa richiede sempre un adeguato progetto educativo-riabilitativo che risponda alle esigenze di ogni singolo caso. Per una sua corretta applicazione è necessario avvalersi di numerose figure professionali, ciascuna con competenze specifiche, le quali andranno a costituire un'équipe di lavoro di carattere multidisciplinare. Per ogni intervento occorre sviluppare un programma terapeutico che coinvolga: il medico, lo psicologo e il pedagogista i quali valutano, con la consulenza del pet partner e dell'educatore, come la relazione con gli animali possa essere utile. A seguito del sempre maggiore interesse sviluppatosi in questo campo è stato ipotizzato di sostituire il termine Pet Therapy con quello più adeguato di "Animal-Assisted Activities" ed ancora "Animal-Assisted Therapy".

**Materiali e Metodi.** La Direzione Sanitaria della ASST di Mantova ha redatto un apposito regolamento per disciplinare le modalità di accesso di animali domestici/da compagnia nelle proprie strutture ospedaliere per le seguenti situazioni:

- piccoli animali da compagnia di proprietà che vengono portati "in visita" ad un paziente ricoverato
- cani guida per utenti non vedenti che devono recarsi negli ambulatori e nei servizi dell' ASST di Mantova.
- animali da utilizzare per interventi assistiti con animali in specifici percorsi autorizzati

Sono state definite delle regole di accesso dell'animale e una apposita modulistica autorizzativa che prevede:

- modulo richiesta di accesso di animale da compagnia alla struttura di degenza
- autocertificazione profilassi vaccinale e trattamento contro gli ectoparassiti e gli endoparassiti
- modulo di consenso ad interventi assistiti con animali (I.A.A.)

Le regole di accesso prevedono che:

- l'accesso degli animali di proprietà, può avvenire esclusivamente dopo aver compilato e firmato i moduli autorizzativi che andranno archiviati nella cartella clinica del paziente;
- gli I.A.A., possono essere messi in atto da associazioni riconosciute ed autorizzate allo svolgimento di questa attività
- l'intervento deve essere regolamentato da apposito progetto che l'Associazione deve condividere con il Direttore della Struttura coinvolta
- il progetto deve riportare gli obiettivi dell' intervento, la modalità di espletamento, i tempi e la calendarizzazione, nonché tutte le certificazioni relative agli animali e agli operatori
- il progetto va condiviso e approvato dal Direttore della Struttura e dal Direttore Medico di Presidio ed autorizzato dalla Direzione Sanitaria.

**Risultati.** I progetti realizzati nelle strutture dell' ASST di Mantova interessano le seguenti strutture:

- Pediatria Presidio Ospedaliero di Asola che ha l'obiettivo di supportare con l'utilizzo di un coniglio, i pazienti pediatrici prima o dopo l'esecuzione del prelievo ematico o nel periodo del pre-post operatorio
- Pediatria Presidio Ospedaliero di Pieve di Coriano che ha l'obiettivo di supportare con l'utilizzo del cane i bambini e adolescenti affetti da disagio adolescenziale, problemi di salute legati alla alimentazione e disturbi del comportamento
- Cure Palliative Presidio Ospedaliero di Mantova che ha l'obiettivo di supportare con l'utilizzo dei cani i pazienti degenti in Hospice per favorire il rilassamento corporeo, la diminuzione dello stress e della agitazione

# IL DIPARTIMENTO INTERNAZIONALE DELL'OSPEDALE CRISTO RE, SERVIZIO DI CLINICAL MANAGEMENT DEL PAZIENTE STRANIERO

D. Basso<sup>^</sup>, G. Massi<sup>\*</sup>, O. Montardit<sup>\*</sup>, B.A. Miraglia<sup>°</sup>, A.M. Mastromatteo<sup>°</sup>, G. Nasi<sup>°</sup>

<sup>^</sup> Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

<sup>\*</sup> Dipartimento Internazionale Ospedale Cristo Re GIOMI Roma

<sup>°</sup> Direzione Sanitaria Ospedale Cristo Re GIOMI Roma

**Parole chiave:** mediazione culturale, dipartimento internazionale, management stranieri

**Introduzione.** In Italia il personale sanitario si trova sempre più spesso a dover interagire con pazienti di diversa etnia e numerosi sono i casi in cui non si parla la stessa lingua.

Le criticità che si possono presentare per la gestione dell'assistenza al paziente straniero sono legate principalmente al diverso linguaggio e a consuetudini differenti non dimenticando che la percezione stessa dello stato di salute individuale è diversa in quanto si fonda su meccanismi propri di ogni singola cultura. Inoltre in base allo stato di salute del malato si modificano le cure e le modalità di accesso alla prestazione sanitaria (pronto soccorso, ambulatorio, reparto di degenza, ecc.) rendendo ancora più complessi i percorsi assistenziali di integrazione culturale.

Il professionista della salute necessita, invece, di strumenti facili da utilizzare per una corretta comunicazione e per risolvere le criticità di un malinteso evitando incomprensione con il paziente nel capire i sintomi presentati e ricevere le corrette informazioni di anamnesi. Eppure nella gestione intraospedaliera si corre il rischio di trattare pazienti stranieri che non parlino correttamente la lingua italiana con personale sanitario che altrimenti non riesca ad interagire.

**Contenuti.** Per facilitare la gestione del paziente internazionale l'Ospedale Cristo Re ha attivato un Dipartimento specifico con personale dedicato in servizio h24 e multilingue. Si sono, così, implementati il servizio di accoglienza del paziente straniero e la traduzione simultanea affiancando l'operatore sanitario con mediatori linguistici presenti in struttura permettendo a tutti gli stakeholder di avere un'assistenza in lingua e un accompagnamento personalizzato: medico, infermiere, paziente, familiari, sono affiancati da personale amministrativo multilingue in tutte le fasi cliniche così come per lo svolgimento delle pratiche amministrative e di affidamento sono direttamente contattate e seguite scuole, società turistiche, associazioni, assicurazioni, istituzioni (ambasciate, consolati). In questo modo, nel contesto di Roma, il nostro Ospedale può garantire un'assistenza e un servizio sempre più appropriati alle esigenze degli stranieri, utenza crescente esponenzialmente in pochi anni. L'attenzione al paziente internazionale è intesa, interpretata e gestita nella struttura come parte integrante del miglioramento della qualità con l'erogazione di servizi sanitari culturalmente adeguati nelle diverse unità operative ospedaliere. L'obiettivo primario, infatti, è di coadiuvare il personale sanitario nella gestione clinica durante la presa in carico e l'intero percorso del paziente che presenta una barriera linguistica e/o culturale. A tale scopo si è già in grado di fornire assistenza e ricezione di casi clinici internazionali in cinque lingue: Inglese, Spagnolo, Portoghese, Tedesco, Francese, il servizio è attivo 24 ore su 7 giorni.

**Conclusioni.** Il Dipartimento Internazionale ha reso superabile la difficile confidenza con l'ambiente medico circostante di chi si trova all'estero, alle volte troppo legato a standard del paese di origine. L'intermediatore linguistico presente al Cristo Re permette alle persone di esprimersi e il paziente può fornire le informazioni corrette a medico e infermiere, elimina le barriere culturali e linguistiche che compromettono la corretta accessibilità e l'utilizzazione dei servizi, migliora la qualità delle cure e contribuisce significativamente alla soddisfazione del paziente.



43° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO – FIRENZE 2017

"Rischio clinico e responsabilità professionale obiettivo sicurezza in ospedale.

Responsabilità, strategie e modelli di gestione a confronto"

IL DIPARTIMENTO INTERNAZIONALE DELL'OSPEDALE CRISTO RE  
SERVIZIO DI CLINICAL MANAGEMENT DEL PAZIENTE STRANIERO

Basso D<sup>^</sup>, Massi G<sup>\*</sup>, Montardit O<sup>\*</sup>, Miraglia BA<sup>°</sup>, Mastromatteo AM<sup>°</sup>, Nasi G<sup>°</sup>

<sup>^</sup> Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

<sup>\*</sup> Dipartimento Internazionale Ospedale Cristo Re GIOMI Roma

<sup>°</sup> Direzione Sanitaria Ospedale Cristo Re GIOMI Roma



**INTRODUZIONE:** In Italia il personale sanitario si trova sempre più spesso a dover interagire con pazienti di diversa etnia e numerosi sono i casi in cui non si parla la stessa lingua. Le criticità che si possono presentare per la gestione dell'assistenza al paziente straniero sono legate principalmente al diverso linguaggio e a consuetudini differenti non dimenticando che la percezione stessa dello stato di salute individuale è diversa in quanto si fonda su meccanismi propri di ogni singola cultura. Inoltre in base allo stato di salute del malato si modificano le cure e le modalità di accesso alla prestazione sanitaria (pronto soccorso, ambulatorio, reparto di degenza, ecc.) rendendo ancora più complessi i percorsi assistenziali di integrazione culturale. Il professionista della salute necessita, invece, di strumenti facili da utilizzare per una corretta comunicazione e per risolvere le criticità di un malinteso evitando incomprensione con il paziente nel capire i sintomi presentati e ricevere le corrette informazioni di anamnesi. Eppure nella gestione intraospedaliera si corre il rischio di trattare pazienti stranieri che non parlino correttamente la lingua italiana con personale sanitario che altrimenti non riesca ad interagire.



- L'attenzione al paziente internazionale è intesa, interpretata e gestita nella struttura come parte integrante del miglioramento della qualità con l'erogazione di servizi sanitari culturalmente adeguati nelle diverse unità operative ospedaliere. L'obiettivo primario, infatti, è di coadiuvare il personale sanitario nella gestione clinica durante la presa in carico e l'intero percorso del paziente che presenta una barriera linguistica e/o culturale. A tale scopo si è già in grado di fornire assistenza e ricezione di casi clinici internazionali in cinque lingue: Inglese, Spagnolo, Portoghese, Tedesco, Francese, il servizio è attivo 24 ore su 7 giorni.

**CONTENUTI:** Per facilitare la gestione del paziente internazionale l'Ospedale Cristo Re ha attivato un Dipartimento specifico con personale dedicato in servizio h24 e multilingue. Si sono, così, implementati il servizio di accoglienza del paziente straniero e la traduzione simultanea affiancando l'operatore sanitario con mediatori linguistici presenti in struttura permettendo a tutti gli stakeholder di avere un'assistenza in lingua e un accompagnamento personalizzato: medico, infermiere, paziente, familiari, sono affiancati da personale amministrativo multilingue in tutte le fasi cliniche così come per lo svolgimento delle pratiche amministrative e di affidamento sono direttamente contattate e seguite scuole, società turistiche, associazioni, assicurazioni, istituzioni (ambasciate, consolati). In questo modo, nel contesto di Roma, il nostro Ospedale può garantire un'assistenza e un servizio sempre più appropriati alle esigenze degli stranieri, utenza crescente esponenzialmente in pochi anni.



**CONCLUSIONI:** Il Dipartimento Internazionale ha reso superabile la difficile confidenza con l'ambiente medico circostante di chi si trova all'estero, alle volte troppo legato a standard del paese di origine. L'intermediatore linguistico presente al Cristo Re permette alle persone di esprimersi e il paziente può fornire le informazioni corrette a medico e infermiere, elimina le barriere culturali e linguistiche che compromettono la corretta accessibilità e l'utilizzazione dei servizi, migliora la qualità delle cure e contribuisce significativamente alla soddisfazione del paziente.

direzionesanitaria@ospedalecristore.it

# IGIENE DEGLI AMBIENTI: METODOLOGIA TRADIZIONALE E INNOVATIVA A CONFRONTO

C. Bertolini<sup>1</sup>, G.M. Schifino<sup>1</sup>, A. D'Acquisto<sup>2</sup>, G. Gallo<sup>3</sup>, L. Carpinelli<sup>4</sup>, M.T. Cuppone<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Specializzando Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Pavia

<sup>2</sup> Vicedirettore Sanitario Policlinico San Donato

<sup>3</sup> Responsabile Sistema Gestione Qualità,

<sup>4</sup> Vicedirettore Sanitario Policlinico San Donato

<sup>5</sup> Direttore Sanitario Policlinico San Donato

**Parole chiave:** igiene, igiene ambientale, microrganismi

**Introduzione.** Il mantenimento delle corretta igiene ambientale all'interno delle strutture sanitarie riveste un ruolo fondamentale al fine di diminuire la diffusione dei microrganismi, limitare la propagazione delle infezioni e di migliorare la qualità della vita del paziente e degli operatori. In commercio ci sono diversi detergenti impiegati a tale scopo. L'IRCCS Policlinico San Donato si propone di valutare l'efficacia di una nuova linea di detergenti denominata Stayclean mettendola a confronto con il tradizionale sistema di pulizia.

**Contenuti.** Per la corretta attuazione del sistema sono stati utilizzati tre prodotti- due detergenti per pavimenti e superfici ed un Coadiuvante monodose- compatibili con i principali disinfettanti previsti dai protocolli ministeriali per la sanità. I reparti A e B sono stati selezionati per il periodo di sperimentazione: le stanze n. 603 B e la n.609 A per la nuova metodologia di pulizia mentre, per la metodologia tradizionale la n.615 A. Per il controllo microbiologico l'arco temporale di analisi è stato di 3 mesi dal 20/2/2017 al 22/5/2017 con campionature a tampone su 5 punti differenti delle pavimentazioni per ciascuna camera per un totale di 15 saggi quotidiani. L'analisi dei valori di carica batterica totale ha richiesto 225 piastre di raccolta Rodac. Le campionature sono state svolte prima dell'inizio dello studio per verificare la carica batterica totale e successivamente in fase di avviamento prima e dopo il servizio di pulizia del mattino. Ponendo come soglia limite di qualità il valore di 100 Unità formante colonie per piastra (S 24 m<sup>2</sup>) si è proceduto al conteggio delle occorrenze positive(<100) per ciascuna giornata, stanza per stanza. Come indice igienico ottimale è stato riconosciuto un valore limite di 4-5 UFC/cm<sup>2</sup>. Analizzando l'andamento trimestrale della carica batterica totale (CBT) con il nuovo sistema si evidenzia come dopo le prime 4 settimane dedicate all'avviamento con la calibrazione del metodo, la carica batterica totale si è mantenuta entro la soglia 100 rispetto al metodo tradizionale in cui si sono registrati valori >100.

**Conclusioni.** In base ai dati ottenuti dallo studio trimestrale viene garantita l'efficacia del sistema di pulizia mediante il sistema stayClean. Nell'ambito di una gestione complessiva dell'igiene ambientale, la sperimentazione ha fornito buoni elementi di valutazione e di miglioramento igienico utile a tutta la comunità professionale operante nella struttura ospedaliera.



I.R.C.C.S.  
POLICLINICO SAN DONATO

**KEYWORDS**  
Igiene,  
Igiene Ambientale,  
Microrganismi

## IGIENE DEGLI AMBIENTI: METODOLOGIA TRADIZIONALE ED INNOVATIVA A CONFRONTO

C.Bertolini<sup>1</sup>, G.M. Schifino<sup>1</sup>, A. D'Acquisto<sup>2</sup>, F. Marinoni<sup>3</sup>, G. Gallo<sup>4</sup>, L. Carpinelli<sup>2</sup>, M.T. Cuppone<sup>5</sup>

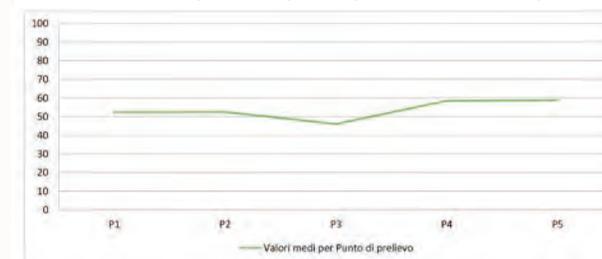
<sup>1</sup>Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia; <sup>2</sup>Vicedirettore Sanitario, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato; <sup>3</sup>Vicepresidente, Progiene 2000; <sup>4</sup>Responsabile Sistema Gestione Qualità, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato; <sup>5</sup>Direttore Sanitario, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato

### INTRODUZIONE

Il mantenimento delle corrette condizioni igieniche all'interno delle strutture sanitarie riveste un ruolo fondamentale al fine di diminuire la diffusione dei microrganismi, limitare la propagazione delle infezioni e di migliorare la qualità della vita del paziente e degli operatori.

In commercio ci sono diversi prodotti di detergenza impiegati a tale scopo. L'I.R.C.C.S. Policlinico San Donato si propone di valutare l'efficacia di una nuova linea di detergenza denominata *StayClean* mettendola a confronto con il tradizionale sistema di pulizia

Valori medi trimestrali per ciascun punto di prelievo con sistema stayCLEAN®.



Ponendo come soglia limite di qualità il valore di 100 Unità Formante Colonie per piastra (S 24 m<sup>2</sup>) si è proceduto al conteggio delle occorrenze positive (<100) per ciascuna giornata, stanza per stanza. Come indice igienico ottimale è stato riconosciuto un valore limite di 4-5 UFC/cm<sup>2</sup>. Analizzando l'andamento trimestrale della Carica Batterica Totale con il nuovo sistema si evidenzia come dopo le prime 4 settimane dedicate all'avviamento con la calibrazione del metodo, la Carica Batterica Totale si è mantenuta entro la soglia 100 rispetto al metodo tradizionale in cui si sono registrati valori >100

### CONCLUSIONI

In base ai dati ottenuti dallo studio trimestrale viene garantita l'efficacia del sistema di pulizia mediante il sistema *StayClean*. Nell'ambito di una gestione complessiva dell'igiene ambientale, la sperimentazione ha fornito buoni elementi di valutazione e di miglioramento igienico utile a tutta la comunità professionale operante nella struttura ospedaliera.

### CONTENUTI

Per la corretta attuazione del sistema sono stati utilizzati tre prodotti, due detergenti per i pavimenti e superfici ed un Coadiuvante monodose, compatibili con i principali disinfettanti richiesti dai protocolli ministeriali per la sanità. I reparti A e B sono stati selezionati per il periodo di sperimentazione: le stanze n. 603 B e la n. 609 A per la nuova metodologia di pulizia mentre per la metodologia tradizionale la n. 615 A.

Per il controllo microbiologico l'arco temporale di analisi è stato di 3 mesi dal 20 Febbraio 2017 al 22 Maggio 2017 con campionature a tampone su 5 punti differenti delle pavimentazioni per ciascuna camera per un totale di 15 saggi quotidiani.

L'analisi dei valori di carica batterica totale ha richiesto 225 piastre di raccolta *Rodac*. Le campionature sono state svolte prima dell'inizio dello studio per verificare la carica batterica totale e successivamente in fase di avviamento prima e dopo il servizio di pulizia del mattino.

Data campionamento: 29/03/2017

Superficie indagata (UFC/piastra)	REP 02306/2017 Reparto B - Stanza 603 Prima delle pulizie	REP 02307/2017 Reparto A - Stanza 609 Prima delle pulizie	REP 02308/2017 Reparto A - Stanza 615 Prima delle pulizie
P1	2	5	> 100
P2	9	3	> 100
P3	8	4	> 100
P4	16	18	> 100
P5	24	8	> 100



GRUPPO OSPEDALIERO  
SAN DONATO



Sistema Sanitario  
Regione Lombardia

# VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ATTRAVERSO GLI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)

N. Borciani<sup>1</sup>, E. Ferretti<sup>1</sup>, MC. Magnolo<sup>1</sup>, S. Baruzzo<sup>2</sup>, V. Annessi<sup>3</sup>, C. Marchesi<sup>4</sup>, F. Nicolini<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Dirigente Medico Staff Sistema Informativo-Accountability-Performance Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

<sup>2</sup> Responsabile Staff Sistema Informativo-Accountability-Performance Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

<sup>3</sup> Direttore Chirurgia Generale Ospedale Civile di Guastalla, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

<sup>4</sup> Direttore Sanitario Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

<sup>5</sup> Direttore Generale Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

**Parole chiave:** performance, indicatori

**Introduzione.** La valutazione della performance rappresenta uno strumento indispensabile sia per stimare in maniera multidimensionale la qualità delle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie, sia per avviare opportuni miglioramenti quando il benchmark documenta performance inferiori alla media regionale o nazionale. Il Decreto Ministeriale 70/2015, che contiene il Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, identifica le soglie minime di esito e di volume di alcune attività cliniche. Il decreto stabilisce che tali soglie si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati e che le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma Nazionale Esiti (PNE). Più recentemente nell'attuazione del comma 524 della Legge di stabilità 2016, sono state definite le Linee guida per la predisposizione di piani di rientro aziendali che comprendono il rispetto dei parametri relativi a volumi ed esiti delle cure. Oggi diviene pertanto indispensabile per ciascuna struttura ospedaliera acquisire metodi e strumenti per analizzare le proprie performance. Per fare questo il ministero indirizza alle elaborazioni del PNE che fornisce valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure in ambito ospedaliero; l'edizione 2016, relativa ai dati 2015, analizza 66 indicatori di esito/processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione. Sul sito web del PNE ogni azienda può identificare le criticità e sviluppare, implementare e in seguito verificare l'impatto dei piani di miglioramento applicati.

**Contenuti.** Dall'analisi dei risultati dell'elaborazione PNE sull'anno 2015, per l'Azienda USL di Reggio Emilia, l'indicatore "Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni", attribuito all'Ospedale Civile di Guastalla, ha esitato in un valore pari a 0.0%, al di sotto del valore soglia fornito dal PNE per la bassa mortalità ( $\leq 1.0\%$ ) che identifica le situazioni in cui risulta opportuno effettuare un'audit clinico. Pur trattandosi di un risultato di buona performance della struttura, su indicazione di Age.na.s e della Regione Emilia-Romagna (RER) si è provveduto pertanto ad effettuare un'audit sulle cartelle cliniche per verificare tale risultato. Sono state esaminate le 80 cartelle cliniche selezionate dalla RER di cui 38 dimessi nel 2014 e 42 dimessi nel 2015. La disamina ha riguardato la congruenza tra la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e la cartella clinica e ha tenuto conto della completezza delle informazioni contenute nella documentazione sanitaria al fine di verificare la codifica e l'appropriatezza clinica in termini di indicazione all'intervento e tipologia di procedura chirurgica eseguita. I risultati dell'audit dovranno essere valutati ed elaborati da Age.na.s, tuttavia dalla nostra valutazione preliminare è stata confermata l'indicazione all'intervento e la sostanziale correttezza della codifica delle SDO rispetto al codice di patologia principale e al codice di intervento chirurgico praticato, indicando una buona performance della struttura rispetto a tale indicatore.

**Conclusioni.** Il PNE sviluppa nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) la valutazione degli esiti degli interventi sanitari che può essere definita come stima dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari. La qualità della valutazione parte da una corretta codifica della SDO che a sua volta dipende dalla congruenza tra le informazioni contenute in cartella clinica e i codici ICDIX-CM codificati in SDO. La disamina delle cartelle con audit clinici è spesso indispensabile per interpretare e confermare i risultati. Le misure di PNE sono infatti strumenti di valutazione della performance a supporto dei programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia nel SSN, come da noi rilevato per l'indicatore "Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni".

## BUNDLE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

A. Brighenti<sup>o</sup>, A. Ansuini<sup>\*</sup>, V. Benigni<sup>\*\*</sup>, A. Chiodera<sup>\*\*o</sup>, C. Cini<sup>\*\*o</sup>, B.M. Gentilozzi<sup>oo</sup>, M.R. Mazzocanti<sup>\*\*</sup>, M. Romiti<sup>\*\*o</sup>, M. Sartelli<sup>\*\*o</sup>, A.M. Schimizzi<sup>\*\*</sup>, L. Scoccia<sup>^^</sup>, M. Silvestrini<sup>oo</sup>, E. Di Tondo<sup>\*\*</sup>, A. Vesprini<sup>^^</sup>, N. Storti<sup>^</sup>

<sup>o</sup> Medico in formazione Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche; <sup>^</sup> Direttore Sanitario ASUR Marche; <sup>\*</sup> Direttore UO Anestesia e Rianimazione AV2; <sup>\*\*</sup> Dirigente Medico Igienista ASUR Marche; <sup>\*\*o</sup> Direttore UOSD Mal. Infettive AV3; <sup>\*\*o</sup> Dirigente Medico Chirurgo ASUR Marche; <sup>oo</sup> P.O. Infermieristica ASUR Marche; <sup>^^</sup> Dirigente Medico UO Medicina AV2; <sup>^^</sup> Dirigente Farmacista ospedaliero AV3; <sup>^^</sup> Dirigente Rischio Clinico AV4

**Parole chiave:** infezione del sito chirurgico, bundle, igiene ospedaliera

**Introduzione.** Le infezioni del sito chirurgico rappresentano circa il 15-20% delle ICA. L'incidenza stimata nelle Unità Operative di Chirurgia può variare tra il 3 e l'8% e la comparsa di questa complicanza prolunga la degenza mediamente di 7 giorni, determinando un costo sanitario aggiuntivo medio del 10-20%, senza contare il rischio di esito in complicanze severe o morte, ed il trattamento contribuisce consistentemente alla diffusione dell'antibiotico resistenza.

Per la rilevanza di questo fenomeno l'OMS ha pubblicato nel novembre scorso linee guida ad hoc "Global guideline for the prevention of surgical site infection" con lo scopo di essere recepite e tradotte in buone pratiche. La prevenzione delle ICA si attua adottando pratiche assistenziali di provata efficacia e deve essere obiettivo e responsabilità di ciascun operatore sanitario, da chi si occupa della gestione aziendale a chi dell'assistenza diretta. L'Institute for Healthcare Improvement (IHI) ha elaborato nel 2001 il concetto di bundle come pacchetto assistenziale che include un gruppo di interventi (3-5) di provata efficacia e la cui applicazione sinergica migliora la qualità dell'esito con un effetto maggiore di quello che ciascuno otterrebbe se attuato singolarmente. L'ASUR Marche ha costituito nel febbraio 2017 un gruppo di lavoro multidisciplinare a cui ha affidato l'obiettivo di individuare un bundle di raccomandazioni e di redigere quindi un documento dove fossero riportate le evidenze e le indicazioni operative, da mettere in atto nel contesto aziendale, con lo scopo di ridurre la frequenza di infezioni del sito chirurgico.

**Contenuti.** Sono state individuate 4 raccomandazioni *evidence-based* da implementare in aggiunta alle già consolidate e diffuse pratiche per la riduzione del rischio infettivo:

- Effettuazione della doccia/bagno preoperatorio: è da considerare una pratica da suggerire sempre poiché riduce la carica microbica cutanea, da effettuare la sera prima dell'intervento o la mattina stessa con saponi comuni, per tale scopo infatti non si evince dalla letteratura alcuna superiorità dei saponi a base di Clorexidina.
- Evitare la rimozione dei peli dal sito chirurgico. Se i peli devono essere rimossi, utilizzare clipper con testine mono-uso: la revisione della letteratura suggerisce che, a prescindere dalla procedura chirurgica, i peli non andrebbero rimossi. Qualora fosse assolutamente necessario, la procedura dovrebbe essere effettuata solo con Clipper con testine monouso, fuori dalla sala operatoria e non più di due ore prima dell'intervento<sup>2</sup>. Deve essere inoltre riportata nella documentazione sanitaria la motivazione che ha indotto la tricotomia.
- Somministrazione antibiotico profilassi nei casi previsti secondo posologia e tempi indicati dalle linee guida: l'antibiotico profilassi va effettuata nei dosaggi e con le molecole consigliate, nei tempi indicati, in base alla tipologia di intervento chirurgico.
- Asepsi del sito chirurgico tramite l'antisettico appropriato: il Panel di esperti suggerisce l'uso di un antisettico a base di Clorexidina/Iodopovidone in soluzione alcoolica. Da utilizzarsi con le dovute precauzioni. Le soluzioni su base alcoolica devono essere fatte asciugare completamente prima dell'inizio dell'intervento.

**Conclusioni.** L'ASUR Marche ha pubblicato la DG n 1200 del 27/09/17 rendendo obbligatoria l'applicazione del bundle nei presidi ospedalieri di competenza, e predisposto un'azione di monitoraggio dell'applicazione della stessa.



## BUNDLE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

Brighenti A.<sup>o</sup>, Ansuini A.<sup>\*</sup>, Benigni V.<sup>\*\*</sup>, Chiodera A.<sup>\*\*o</sup>, Cini C.<sup>\*\*o</sup>, Gentilozzi B.M.<sup>oo</sup>, Mazzocanti M.R.<sup>\*\*</sup>, Romiti M.<sup>\*\*o</sup>, Sartelli M.<sup>\*\*o</sup>, Schimizzi A.M.<sup>\*\*o</sup>, Scoccia L.<sup>^^</sup>, Silvestrini M.<sup>oo</sup>, Di Tondo E.<sup>\*\*</sup>, Vesprini A.<sup>^^</sup>, Storti N.<sup>^</sup>.

<sup>o</sup>Medico in formazione Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche, <sup>^</sup>Direttore Sanitario ASUR Marche, <sup>\*</sup>Direttore UO Anestesia e Rianimazione AV2, <sup>\*\*</sup>Dirigente Medico Igienista ASUR Marche, <sup>\*\*o</sup>Direttore UOSD Mal. Infettive AV3, <sup>\*\*o</sup>Dirigente Medico Chirurgo ASUR Marche, <sup>oo</sup>PO. Infermieristica ASUR Marche, <sup>^^</sup>Dirigente Medico UO Medicina AV2, <sup>^^</sup>Dirigente Farmacista ospedaliero AV3, <sup>^^</sup>Dirigente Rischio Clinico AV4

**PAROLE CHIAVE:** Infezione del sito chirurgico, Bundle, Igiene Ospedaliera

### INTRODUZIONE

Le infezioni del sito chirurgico rappresentano circa il 15-20% delle ICA. L'incidenza stimata nelle Unità Operative di Chirurgia può variare tra il 3 e l'8% e la comparsa di questa complicanza prolunga la degenza mediamente di 7 giorni, determinando un costo sanitario aggiuntivo medio del 10-20%, senza contare il rischio di esito in complicanze severe o morte, ed il trattamento contribuisce consistentemente alla diffusione dell'antibiotico resistenza.

Per la rilevanza di questo fenomeno l'OMS ha pubblicato nel novembre scorso linee guida ad hoc "Global guideline for the prevention of surgical site infection" con lo scopo di essere recepite e tradotte in buone pratiche.

La prevenzione delle ICA si attua adottando pratiche assistenziali di provata efficacia e deve essere obiettivo e responsabilità di ciascun operatore sanitario, da chi si occupa della gestione aziendale a chi dell'assistenza diretta.

L'Institute for Healthcare Improvement (IHI) ha elaborato nel 2001 il concetto di bundle come pacchetto assistenziale che include un gruppo di interventi (3-5) di provata efficacia e la cui applicazione sinergica migliora la qualità dell'esito con un effetto maggiore di quello che ciascuno otterrebbe se attuato singolarmente.

L'ASUR Marche ha costituito nel febbraio 2017 un gruppo di lavoro multidisciplinare a cui ha affidato l'obiettivo di individuare un bundle di raccomandazioni e di redigere quindi un documento dove fossero riportate le evidenze e le indicazioni operative, da mettere in atto nel contesto aziendale, con lo scopo di ridurre la frequenza di infezioni del sito chirurgico.

### CONTENUTI

Sono state individuate 4 raccomandazioni *evidence-based* da implementare in aggiunta alle già consolidate e diffuse pratiche per la riduzione del rischio infettivo:

**Effettuazione della doccia/bagno preoperatorio:** è da considerare una pratica da suggerire sempre poiché riduce la carica microbica cutanea, da effettuare la sera prima dell'intervento o la mattina stessa con saponi comuni, per tale scopo infatti non si evince dalla letteratura alcuna superiorità dei saponi a base di Clorexidina.

**Evitare la rimozione dei peli dal sito chirurgico:** se i peli devono essere rimossi, utilizzare clipper con testine mono-uso: la revisione della letteratura suggerisce che, a prescindere dalla procedura chirurgica, i peli non andrebbero rimossi. Qualora fosse assolutamente necessario, la procedura dovrebbe essere effettuata solo con Clipper con testine monouso, fuori dalla sala operatoria e non più di due ore prima dell'intervento<sup>2</sup>. Deve essere inoltre riportata nella documentazione sanitaria la motivazione che ha indotto la tricotomia.

**Somministrazione antibiotico profilassi nei casi previsti secondo posologia e tempi indicati dalle linee guida:** l'antibiotico profilassi va effettuata nei dosaggi e con le molecole consigliate, nei tempi indicati, in base alla tipologia di intervento chirurgico.

**Asepsi del sito chirurgico tramite l'antisettico appropriato:** il Panel di esperti suggerisce l'uso di un antisettico a base di Clorexidina/Iodopovidone in soluzione alcoolica. Da utilizzarsi con le dovute precauzioni. Le soluzioni su base alcoolica devono essere fatte asciugare completamente prima dell'inizio dell'intervento.

### CONCLUSIONI

L'ASUR Marche ha pubblicato la DG n 1200 del 27/09/17 rendendo obbligatoria l'applicazione del bundle nei presidi ospedalieri di competenza, e predisposto un'azione di monitoraggio dell'applicazione della stessa.

43° Congresso Nazionale  
Firenze 25-27 ottobre



## STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE PRESTAZIONI: LA SLOW MEDICINE AL PAPARDO DI MESSINA

G. Ferlazzo<sup>1</sup>, M. Calabrò<sup>2</sup>, P. Cardia<sup>3</sup>, F. Zaffino<sup>4</sup>, V. Franchina<sup>5</sup>, P. Cardia<sup>6</sup>, M. Restuccia<sup>7</sup>, M.L. Di Liberti<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Responsabile scientifico progetto Slow Medicine, Azienda Ospedaliera Papardo, Messina; <sup>2</sup> Giornalista professionista Azienda Ospedaliera Papardo, Messina; <sup>3</sup> Statistico Azienda Ospedaliera Papardo, Messina <sup>4</sup> Data manager, socio Slow Medicine; <sup>5</sup> Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Papardo, Messina; <sup>6</sup> Direttore Amministrativo Azienda Ospedaliera Papardo, Messina; <sup>7</sup> Commissario Azienda Ospedaliera Papardo, Messina

**Parole chiave:** appropriatezza, slow medicine, governo clinico

**Introduzione.** Negli ultimi anni i sistemi sanitari sono ricorsi sempre più al coinvolgimento ed alla partecipazione attiva dei professionisti della salute in percorsi finalizzati a sviluppare e consolidare nelle organizzazioni sanitarie ospedaliere/territoriali un'attenzione sistematica e continuativa alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni.

**Contenuti.** In questo contesto, nell'ambito della linea progettuale 16 "Sviluppo degli strumenti di governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni Risk Management" del Piano Sanitario Nazionale 2013, l'Azienda Ospedaliera (A.O.) Papardo di Messina ha avviato dal 2014 il progetto "Fare di più non significa fare meglio: pratiche ad alto rischio d'inappropriatezza in Sicilia", ispirato al progetto italiano promosso e sviluppato dalla Società di Slow Medicine e al movimento internazionale Choosing Wisely. L'impegno dell'A.O. Papardo, capofila in Sicilia del progetto, è stato quello di sviluppare un programma regionale per promuovere l'appropriatezza delle cure attraverso il coinvolgimento delle diverse società medico-scientifiche regionali. Le attività svolte sono state orientate a:

- individuare le pratiche ad alto rischio d'inappropriatezza nei vari ambiti e setting clinico-assistenziali;
- monitorare le economie derivanti dall'applicazione delle pratiche approvate
- divulgare e monitorare il miglioramento della qualità all'interno dei servizi per la salute;
- consolidare il rapporto di dialogo e fiducia tra professionisti della salute e cittadini
- dare diffusa informazione sulle attività del progetto e dei risultati con la realizzazione di eventi, workshop e attraverso i media e social media;
- promuovere l'utilizzo di obiettivi misurabili di appropriatezza in termini di interventi sul miglioramento dello stato di salute e soddisfazione dei cittadini.

Il progetto, in atto ongoing, ha visto il coinvolgimento di 9 società scientifiche (sezione regionale) che hanno attivamente aderito alla progettualità individuando delle proposte di pratiche di inappropriatezza in Sicilia nei seguenti ambiti di riferimento: Medicina di laboratorio (LABI<sup>1</sup>), Reumatologia (CREI), Endocrinologia (SIE), Odontoiatria (Patologia Orale SIPMO-Chirurgia Orale SIdCO), Infermieristica nel paziente cardiologico (GISE), Terapia del dolore cronico (CREI), Radiologia (in collaborazione con SIRM), Oncologia (AIOM), Cardiologia (in collaborazione con i presidenti regionali pro tempore di AIAC-ANCE-ARCA-ANMCO-GICR-IACPR- SIC-SICIGISE-SIEC). In particolare le proposte individuate dagli specialisti reumatologi siciliani, approvate dal Consiglio direttivo del Collegio dei Reumatologi Italiani, sono state accettate e pubblicate da Slow Medicine come raccomandazioni nazionali. È stata inoltre effettuata un'analisi epidemiologica dei DRG (diagnosis-related group) a rischio di inappropriatezza in Cardiologia per soggetto erogatore e area provinciale della Regione Sicilia. Per quanto riguarda l'informazione e la formazione, sono stati realizzati quindici eventi informativi-divulgativi sul territorio regionale, accreditati dall'Agenas Sicilia, con un'ampia partecipazione di personale medico e paramedico (1205 partecipanti, con una media di 72,3 ad evento).

**Conclusioni.** L'A.O. Papardo nel suo impegno futuro si propone di continuare ad implementare la rete territoriale incrementando la collaborazione dei professionisti della salute, in particolare dei Medici di Medicina Generale. È infatti in fase di attivazione un protocollo d'intesa con l'Ordine dei Medici della provincia di Messina che, con il supporto dell'Assessorato Regionale della Salute e di un team interaziendale, avvierà una campagna regionale per promuovere l'uso corretto e razionale dell'antibioticoterapia e prevenire l'antibiotico-resistenza. L'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni sanitarie rappresentano la chiave attuale e la sfida futura per la sostenibilità del sistema sanitario.

# ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP: STRUMENTO PER LA GOVERNANCE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALLA PRATICA ASSISTENZIALE

V. Campanile<sup>^</sup>, P. Nardella<sup>\*</sup>, S. Porziotta<sup>\*</sup>, G. Caruso<sup>\*</sup>, A. Di Toma<sup>°</sup>, O. Narracci<sup>§</sup>

<sup>^</sup> Direttore Sanitario Aziendale ASL BT

<sup>\*</sup> Dirigente Medico Direzione Medica Presidio Bonomo Andria - ASL BT

<sup>°</sup> CPS Coordinatrice Infermieristica Direzione Medica Presidio Bonomo Andria - ASL BT

<sup>§</sup> Direttore Generale ASL BT

**Parole chiave:** antimicrobial stewardship, nosocomial infections, risk management

**Introduzione.** Le infezioni correlate alla pratica assistenziale (ICPA) rappresentano un elemento fondamentale per la definizione della Qualità dell'assistenza sanitaria e costituiscono un'importante causa di morbosità, mortalità e costi prevenibili per il Sistema Sanitario. Lo sviluppo delle ICPA è associato sia al ruolo della terapia antibiotica nell'emergenza di ceppi batterici resistenti, sia all'effetto dell'introduzione di nuove tecnologie sanitarie responsabili di infezioni in sedi corporee normalmente sterili. Tale studio nasce dall'esigenza di effettuare nel Presidio Ospedaliero "Lorenzo Bonomo" di Andria una stima della prevalenza delle ICPA e valutare gli strumenti attualmente utilizzati per la prevenzione, il controllo ed il monitoraggio delle ICPA, al fine di implementare ulteriori strategie migliorative basate su prove di comprovata efficacia (EBM). La terapia antibiotica rappresenta uno dei capitoli più rilevanti della pratica medica sia da un punto di vista clinico che di sanità pubblica e farmaco-economia; pertanto, i programmi di ottimizzazione terapeutica contribuiscono in termini di appropriatezza, riduzione di effetti collaterali, resistenze batteriche e costi sanitari.

**Materiali e Metodi.** Il P.O. Bonomo è dotato di 140 posti letto. L'analisi della prevalenza delle ICPA è stata condotta tra il 7 e il 12 Novembre 2016 attraverso lo studio delle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati, escludendo i pazienti ricoverati in giornata, quelli in dimissione e i day hospital/day surgery. Per la definizione di caso sono stati utilizzati i criteri del Centre for Disease Control and Prevention di Atlanta.

**Risultati.** Nel periodo in esame sono state esaminate 113 cartelle cliniche. I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando il software statistico SPSS versione 16. Dallo studio è emerso che il campione ha un'età media pari a 66 anni; il 50% è di genere maschile e il 50% femminile. Sono state rilevate 5 infezioni ospedaliere e 15 comunitarie. Le sedi più interessate sono risultate le alte vie respiratorie (31,6%), il tratto urinario (26,3%), le basse vie respiratorie (10,5%) e l'apparato cardiovascolare (10,5%).

Degli 88 pazienti reclutati, 63 (71,6%) stavano effettuando terapia antibiotica, il 42% per profilassi, il 27,3% per terapia e il 2,3% per terapia dopo antibiogramma.

I microrganismi più frequentemente isolati sono risultati l'Acinetobacter e l'Escherichia coli, e gli antibiotici più utilizzati sono stati la Cefazolina e altre Cefalosporine.

Dall'analisi effettuata è emerso che le ICPA sono più frequenti nei reparti medici (26,5%) piuttosto che in quelli chirurgici (16,3%), pur non essendoci alcuna correlazione statisticamente significativa che giustifichi tale risultato. Pertanto, sarebbe necessario effettuare un monitoraggio periodico delle ICPA al fine di identificare eventuali criticità (es. adesione a procedure e LG) e mettere in atto programmi di controllo efficaci nel ridurre il rischio infettivo e le conseguenze cliniche ed economiche associate.

Come da Regolamento CIO della ASL BT, nel P.O. Bonomo sono stati individuati i componenti del Gruppo Operativo, individuando presso ciascuna Unità Operativa/Servizio il Nucleo Operativo costituito da un medico e un infermiere referente delle infezioni. Tale strategia organizzativa consente di snellire e rendere più efficienti le attività del CIO, nel rispetto delle linee guida ed attraverso il monitoraggio continuo del consumo di antibiotici e di eventuali resistenze microbiche.



ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP: STRUMENTO  
PER LA GOVERNANCE DELLE INFEZIONI  
CORRELATE ALLA PRATICA ASSISTENZIALE



Campanile V.<sup>^</sup>, Nardella P.<sup>\*</sup>, Porziotta S.<sup>\*</sup>, Caruso G.<sup>\*</sup>, Di Toma A.<sup>°</sup>, Narracci O.<sup>§</sup>

<sup>^</sup>Direttore Sanitario Aziendale ASL BT

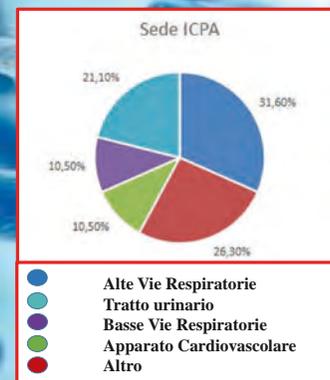
<sup>\*</sup>Dirigente Medico Direzione Medica Presidio Bonomo Andria - ASL BT

<sup>°</sup>CPS Coordinatrice Infermieristica Direzione Medica Presidio Bonomo Andria - ASL BT

<sup>§</sup>Direttore Generale ASL BT

## INTRODUZIONE

Le infezioni correlate alla pratica assistenziale (ICPA) rappresentano un elemento fondamentale per la definizione della Qualità dell'assistenza sanitaria e costituiscono un'importante causa di morbosità, mortalità e costi prevenibili per il Sistema Sanitario. Lo sviluppo delle ICPA è associato sia al ruolo della terapia antibiotica nell'emergenza di ceppi batterici resistenti, sia all'effetto dell'introduzione di nuove tecnologie sanitarie responsabili di infezioni in sedi corporee normalmente sterili. Tale studio nasce dall'esigenza di effettuare nel Presidio Ospedaliero "Lorenzo Bonomo" di Andria una stima della prevalenza delle ICPA e valutare gli strumenti attualmente utilizzati per la prevenzione, il controllo ed il monitoraggio delle ICPA, al fine di implementare ulteriori strategie migliorative basate su prove di comprovata efficacia (EBM). La terapia antibiotica rappresenta uno dei capitoli più rilevanti della pratica medica sia da un punto di vista clinico che di sanità pubblica e farmaco-economia; pertanto, i programmi di ottimizzazione terapeutica contribuiscono in termini di appropriatezza, riduzione di effetti collaterali, resistenze batteriche e costi sanitari.



## CONTENUTI

Il P.O. Bonomo è dotato di 140 posti letto. L'analisi della prevalenza delle ICPA è stata condotta tra il 7 e il 12 Novembre 2016 attraverso lo studio delle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati, escludendo i pazienti ricoverati in giornata, quelli in dimissione e i day hospital/day surgery. Per la definizione di caso sono stati utilizzati i criteri del Centre for Disease Control and Prevention di Atlanta.

Nel periodo in esame sono state esaminate 113 cartelle cliniche. I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando il software statistico SPSS versione 16. Dallo studio è emerso che il campione ha un'età media pari a 66 anni; il 50% è di genere maschile e il 50% femminile. Sono state rilevate 5 infezioni ospedaliere e 15 comunitarie. Le sedi più interessate sono risultate le alte vie respiratorie (31,6%), il tratto urinario (26,3%), le basse vie respiratorie (10,5%) e l'apparato cardiovascolare (10,5%).

Degli 88 pazienti reclutati, 63 (71,6%) stavano effettuando terapia antibiotica, il 42% per profilassi, il 27,3% per terapia e il 2,3% per terapia dopo antibiogramma.

I microrganismi più frequentemente isolati sono risultati l'Acinetobacter e l'Escherichia coli, e gli antibiotici più utilizzati sono stati la Cefazolina e altre Cefalosporine.

## CONCLUSIONI

Dall'analisi effettuata è emerso che le ICPA sono più frequenti nei reparti medici (26,5%) piuttosto che in quelli chirurgici (16,3%), pur non essendoci alcuna correlazione statisticamente significativa che giustifichi tale risultato. Pertanto, sarebbe necessario effettuare un monitoraggio periodico delle ICPA al fine di identificare eventuali criticità (es. adesione a procedure e LG) e mettere in atto programmi di controllo efficaci nel ridurre il rischio infettivo e le conseguenze cliniche ed economiche associate.

Come da Regolamento CIO della ASL BT, nel P.O. Bonomo sono stati individuati i componenti del Gruppo Operativo, individuando presso ciascuna Unità Operativa/Servizio il Nucleo Operativo costituito da un medico e un infermiere referente delle infezioni. Tale strategia organizzativa consente di snellire e rendere più efficienti le attività del CIO, nel rispetto delle linee guida ed attraverso il monitoraggio continuo del consumo di antibiotici e di eventuali resistenze microbiche.

# IL REGOLAMENTO PER I BLOCCHI OPERATORI DELLA ASST VALLE OLONA: OTTIMIZZAZIONE GESTIONALE ED ELABORAZIONE DI UN DOCUMENTO UNICO

**D. Rocca\***, **A. Carducci\***, **A. Triarico\*\***, **R.D. Covello\*\*\***, **S. Greco°**, **E. Bossi°°**,  
**V. Frontuto°°°**, **A. Benevento°°°°**

\* Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia

\*\* Direttore Medico, P.O. di Busto Arsizio

\*\*\* Responsabile S.C. U.O. Anestesia e Rianimazione, P.O. di Busto Arsizio

° Responsabile S.C. U.O. Anestesia e Rianimazione, P.O. di Saronno

°° Responsabile S.C. U.O. Anestesia e Rianimazione, P.O. di Gallarate

°°° Direttore SITRA, ASST Valle-Olona

°°°° Direttore Dipartimento di Scienze Chirurgiche, ASST Valle-Olona

**Parole chiave:** blocco operatorio, politica aziendale

**Introduzione.** A decorrere dal mese di gennaio 2016, la Direzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Valle Olona ha avviato un processo di ridefinizione degli obiettivi, sulla base della rilevante trasformazione del contesto assistenziale socio-sanitario della Regione Lombardia nato dall'attuazione della "Legge Regionale 23/2015". Tra tutti gli aspetti presi in esame, è emersa la necessità di rivedere le scelte gestionali e le modalità organizzative che regolavano le attività dei Blocchi Operatori (BB.OO.) presenti nei Presidi Ospedalieri (PP.OO.).

**Contenuti.** Nel mese di ottobre 2016 è stato costituito dalla Direzione Sanitaria un Gruppo di Lavoro (GdL) al fine della realizzazione di un Documento Unico che uniformasse le procedure già vigenti presso i singoli BB.OO., pur tenendo conto delle esperienze ed esigenze dei diversi Presidi Ospedalieri. A tale scopo hanno preso parte al GdL il Direttore Medico del P.O. di Busto Arsizio, il Direttore del Dipartimento Chirurgico, i Responsabili Medici ed i Coordinatori infermieristici dei BB.OO., i Rappresentanti del SITRA (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale) ed un Referente per i Sistemi Informativi.

In primis, è stata effettuata una ricognizione dettagliata riguardante le attività ed i modelli organizzativi presenti all'interno dei Blocchi Operatori, al fine di individuare gli aspetti suscettibili di ottimizzazione e di individuare dei percorsi comuni. Sono state quindi successivamente definite, a livello aziendale, le Responsabilità delle singole figure professionali che lavorano all'interno dei BB.OO. Dal punto di vista operativo sono stati ridefiniti i criteri di compilazione, di invio e validazione delle schede di programmazione settimanale e giornaliera delle sedute operatorie (modulistica contenente dati essenziali per il rispetto dei calendari di attività).

Anche il registro operatorio informatizzato ha subito degli aggiornamenti grazie l'identificazione di campi obbligatori da compilare: questo provvedimento è stato ritenuto utile e necessario sia dal punto di vista medico-legale al fine della tracciabilità del dato, sia per facilitare l'estrazione dei flussi di lavoro delle sale operatorie. Nell'ultimo capitolo del Documento si è voluto inoltre trattare degli imprevisti e delle urgenze, definendone responsabilità e modalità di gestione.

**Conclusioni.** L'elaborazione della "Politica Aziendale - Regolamento Unico per i Blocchi Operatori" è stata portata a termine nel mese di agosto 2017 ed ha rappresentato un'attività di lavoro perfettamente in linea con gli standard di miglioramento circa l'efficienza dei servizi e della sicurezza delle prestazioni per le attività svolte all'interno dei Blocchi Operatori della ASST Valle Olona.



Firenze, 25 – 26 – 27 Ottobre 2017  
Istituto degli Innocenti

## IL REGOLAMENTO PER I BLOCCHI OPERATORI DELLA ASST VALLE OLONA: OTTIMIZZAZIONE GESTIONALE ED ELABORAZIONE DI UN DOCUMENTO UNICO

**A. Carducci\***, **D. Rocca\***, **A. Triarico\*\***, **R.D. Covello\*\*\***, **S. Greco°**, **E. Bossi°°**, **V. Frontuto°°°**, **A. Benevento°°°°**

\*Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia; \*\*Direttore Medico, P.O. di Busto Arsizio; \*\*\*Responsabile S.C. U.O. Anestesia e Rianimazione, P.O. di Busto Arsizio; ° Responsabile S.C. U.O. Anestesia e Rianimazione, P.O. di Saronno; °° Responsabile S.C. U.O. Anestesia e Rianimazione, P.O. di Gallarate; °°° Direttore SITRA, ASST Valle-Olona; °°°° Direttore Dipartimento di Scienze Chirurgiche, ASST Valle-Olona.

### INTRODUZIONE

A decorrere dal mese di gennaio 2016, la Direzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Valle Olona ha avviato un processo di ridefinizione degli obiettivi, sulla base della rilevante trasformazione del contesto assistenziale socio-sanitario della Regione Lombardia nato dall'attuazione della "Legge Regionale 23/2015". Tra tutti gli aspetti presi in esame, è emersa la necessità di rivedere le scelte gestionali e le modalità organizzative che regolavano le attività dei Blocchi Operatori (BB.OO.) presenti nei Presidi Ospedalieri (PP.OO.).



### CONTENUTI

Nel mese di ottobre 2016 è stato costituito dalla Direzione Sanitaria un Gruppo di Lavoro (GdL) al fine della realizzazione di un Documento Unico che uniformasse le procedure già vigenti presso i singoli BB.OO., pur tenendo conto delle esperienze ed esigenze dei diversi Presidi Ospedalieri. A tale scopo hanno preso parte al GdL il Direttore Medico del P.O. di Busto Arsizio, il Direttore del Dipartimento Chirurgico, i Responsabili Medici ed i Coordinatori infermieristici dei BB.OO., i Rappresentanti del SITRA (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale) ed un Referente per i Sistemi Informativi.

In primis, è stata effettuata una ricognizione dettagliata riguardante le attività ed i modelli organizzativi presenti all'interno dei Blocchi Operatori, al fine di individuare gli aspetti suscettibili di ottimizzazione e di individuare dei percorsi comuni. Sono state quindi successivamente definite, a livello aziendale, le Responsabilità delle singole figure professionali che lavorano all'interno dei BB.OO. Dal punto di vista operativo sono stati ridefiniti i criteri di compilazione, di invio e validazione delle schede di programmazione settimanale e giornaliera delle sedute operatorie (modulistica contenente dati essenziali per il rispetto dei calendari di attività).

Anche il registro operatorio informatizzato ha subito degli aggiornamenti grazie l'identificazione di campi obbligatori da compilare: questo provvedimento è stato ritenuto utile e necessario sia dal punto di vista medico-legale al fine della tracciabilità del dato, sia per facilitare l'estrazione dei flussi di lavoro delle sale operatorie. Nell'ultimo capitolo del Documento si è voluto inoltre trattare degli imprevisti e delle urgenze, definendone responsabilità e modalità di gestione.



### CONCLUSIONI

L'elaborazione della "Politica Aziendale - Regolamento Unico per i Blocchi Operatori" è stata portata a termine nel mese di agosto 2017 ed ha rappresentato un'attività di lavoro perfettamente in linea con gli standard di miglioramento circa l'efficienza dei servizi e della sicurezza delle prestazioni per le attività svolte all'interno dei Blocchi Operatori della ASST Valle Olona.

# DAL RISCONTRO DI LEGIONELLA ALLA ORGANIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE

**F. Carfagnini\*, G. Ciancia\*, M. Sebastiani, L. Incicchitti, F. Luzi, C. Martini, R. Papa, L. Polenta, G. Serafini**

Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona",

\* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva UNIVPM

**Parole chiave:** prevenzione, rischio infettivo, Legionella

**Introduzione.** In data venerdì 22 luglio 2017 ore 18 la DMO riceve comunicazione che in corso di campionamento periodico nelle sotto centrali di distribuzione dell'acqua ai reparti, si è riscontrata in alcune di esse positività alla Legionella (Legionella Pneumophila sierotipo 2-15 e 1). I controlli effettuati sono risultati positivi in 8 prelievi di acqua calda ed in 4 prelievi in acqua fredda (Tab.1). Alcuni di questi prelievi erano positivi oltre le 100 UFC e 4 oltre le 400 UFC. Il tutto senza riscontro di alcun caso clinico di Legionella.

**Tab. 1.** Risultati dei campionamenti dell'acqua

SOTTO-CENTRALE	Struttura A									Struttura B		Struttura C
	A	B	C	D	F	G	I	L	M	N	Q	R
Acqua fredda	pos	neg	pos	pos	pos							
Acqua calda	pos	pos	pos	pos	pos	-	pos	pos	pos	neg	neg	-

**Contenuti.** La DMO ha immediatamente fornito indicazione ai reparti (ore 22 del 21.7) per la adozione di misure di cautela preventiva secondo le "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi" del Ministero della Salute, 2015. È stato poi attivato un gruppo di lavoro costituito da Direzione Medica Ospedaliera, Igiene Ospedaliera, Ufficio tecnico, Servizio Prevenzione e Protezione, con la presenza della ditta per la manutenzione impianti che, preso atto delle Linee Guide del Ministero della Salute e realizzato quali reparti fossero interessati, ha messo in atto i provvedimenti di seguito indicati, quali:

- provvedimenti immediati:
  - distacco dei riuniti odontoiatrici dalla rete idrica e alimentazione con sistema autosteril (mattina del 24.7);
  - posizionamento di filtri anti-legionella (4 docce e 2 rubinetti) in tutti i reparti (dal 24.7);
  - shock termico nelle sotto-centrali interessate (notte tra il 24.7 ed il 25.7 e successive);
  - operazione di flussaggio nei terminali di erogazione dell'acqua potabile, due volte la settimana.

provvedimenti in corso di realizzazione:

- rivisitazione documento di valutazione del rischio specifico;
- installazione nelle sotto centrali idriche di sistemi di dosaggio per la sanificazione, prima con perossido di idrogeno e successivamente con monoclorammina;
- installazione di vasche di accumulo idrico "dopo il contatore" per il trattamento con biossido di cloro.

**Conclusioni.** L'occasione del rilievo di positività alla Legionella nelle sotto centrali di distribuzione dell'acqua ai reparti è motivo per dotare in via definitiva l'azienda di sistemi preventivi contro le infezioni da Legionella. Sono stati disposti prelievi programmati e periodici per verificare la efficacia delle misure adottate ed in corso di adozione.

## DAL RISCONTRO DI LEGIONELLA ALLA ORGANIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE

Autori: Federica Carfagnini\*, Giulia Ciancia\*, Maurizio Sebastiani, Leonardo Incicchitti, Francesco Luzi, Claudio Martini, Roberto Papa, Laura Polenta, Gianluca Serafini

Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona", \*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva UNIVPM

Parole chiave: prevenzione, rischio infettivo, Legionella,

### INTRODUZIONE

In data venerdì 22 luglio 2017 ore 18 la DMO riceve comunicazione che in corso di campionamento periodico nelle sotto centrali di distribuzione dell'acqua ai reparti, si è riscontrata in alcune di esse positività alla Legionella (Legionella Pneumophila sierotipo 2-15 e 1). I controlli effettuati sono risultati positivi in 8 prelievi di acqua calda ed in 4 prelievi in acqua fredda (Tab.1). Alcuni di questi prelievi erano positivi oltre le 100 UFC e 4 oltre le 400 UFC. Il tutto senza riscontro di alcun caso clinico di Legionella.

SOTTO-CENTRALE	STRUTTURA A									STRUTTURA B		STRUTTURA C
	A	B	C	D	F	G	I	L	M	N	Q	R
Acqua fredda	pos	neg	pos	pos	pos							
Acqua calda	pos	pos	pos	pos	pos	-	pos	pos	pos	neg	neg	-

Tab.1. Risultati dei campionamenti dell'acqua

### CONTENUTI

La DMO ha immediatamente fornito indicazione ai reparti (ore 22 del 21.7) per la adozione di misure di cautela preventiva secondo le "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi" del Ministero della Salute, 2015. È stato poi attivato un gruppo di lavoro costituito da Direzione Medica Ospedaliera, Igiene Ospedaliera, Ufficio tecnico, Servizio Prevenzione e Protezione, con la presenza della ditta per la manutenzione impianti che, preso atto delle Linee Guide del Ministero della Salute e realizzato quali reparti fossero interessati, ha messo in atto i provvedimenti di seguito indicati, quali:

➤ provvedimenti immediati:

- distacco dei riuniti odontoiatrici dalla rete idrica e alimentazione con sistema autosteril (mattina del 24.7);
- posizionamento di filtri anti-legionella (4 docce e 2 rubinetti) in tutti i reparti (dal 24.7);
- shock termico nelle sotto-centrali interessate (notte tra il 24.7 ed il 25.7 e successive);
- operazione di flussaggio nei terminali di erogazione dell'acqua potabile, due volte la settimana.

➤ provvedimenti in corso di realizzazione:

- rivisitazione documento di valutazione del rischio specifico;
- installazione nelle sotto centrali idriche di sistemi di dosaggio per la sanificazione, prima con perossido di idrogeno e successivamente con monoclorammina;
- installazione di vasche di accumulo idrico "dopo il contatore" per il trattamento con biossido di cloro.

### CONCLUSIONI

L'occasione del rilievo di positività alla Legionella nelle sotto centrali di distribuzione dell'acqua ai reparti è motivo per dotare in via definitiva l'azienda di sistemi preventivi contro le infezioni da Legionella. Sono stati disposti prelievi programmati e periodici per verificare la efficacia delle misure adottate ed in corso di adozione.

# LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DA LAVORI EDILI IN OSPEDALE - ICRA

R. Cerchi<sup>1</sup>, L. Pelusi<sup>2</sup>, B. Gregoretti<sup>1</sup>, D. Monteverdi<sup>3</sup>, A. Perulli<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Medico Direzione Medica di Presidio;

<sup>2</sup> Direttore Medico Presidi Cattinara e Maggiore

<sup>3</sup> Refer. Rischio Clinico;

<sup>4</sup> Resp. Qualità - Risk Manager;

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

**Parole chiave:** controllo delle infezioni, edilizia, assessment del rischio

**Introduzione.** L'apertura di un cantiere edile in ospedale determina una serie di problemi sanitari e ambientali che coinvolgono addetti, pazienti, visitatori e operatori. La principale problematica in fase di realizzazione del cantiere è rappresentata dalla produzione di polveri prodotte dai lavori di demolizione, dalla movimentazione di materiali da costruzione e di risulta lungo la viabilità del cantiere. Qualsiasi intervento di ristrutturazione edilizia implica, comunque numerose conseguenze, quella di maggior rilievo epidemiologico è certamente la comparsa di infezioni da patogeni opportunisti (funghi filamentosi o batteri), veicolati dall'aria e/o dall'acqua, oltre al potenziale incremento di incidenza di patologie respiratorie imputabili all'inalazione cronica e continuativa di polveri patogene.

La criticità e l'invasività di un intervento di ristrutturazione edilizia all'interno di ambienti sensibili quali sono gli ospedali richiedono un approccio attento e programmatico attraverso il quale è possibile distinguere differenti tipologie di lavori caratterizzati da diversi livelli di rischio associato. La valutazione dei rischi di trasmissione di patogeni in corso di demolizioni edilizie può essere effettuata con sistemi di definizione di classi di rischio cui si possono far seguire accorgimenti organizzativi idonei alla mitigazione del rischio.

**Contenuti.** Il nostro obiettivo è stato pertanto valutare, adattare ed implementare alla realtà italiana dello strumento ICRA "Infection Control Risk Assessment Matrix of Precautions for Construction & Renovation" al fine di identificare in modo attendibile il rischio infettivo a partenza dai cantieri interni all'ospedale e al contempo identificare le procedure da attivare preventivamente l'avvio di interventi di riqualificazione edilizia. Lo strumento prevede 4 step consequenziali:

- identificazione della tipologia di intervento edile necessario e suo inquadramento in 4 categorie
- analisi delle aree coinvolte e definizione del livello di rischio in 4 categorie
- identificazione della classe di rischio con il sistema della matrice
- identificazione delle relative prescrizioni.

**Conclusioni.** Lo strumento è in grado di fornire alla CIO informazioni utili ed efficaci per la valutazione del rischio e consente di prevenire la trasmissione di germi patogeni quali l'aspergilliosi.

Lo strumento è in uso dal 2015 ed è stato finora testato su cantieri di piccole e medie dimensioni (ad es. emodinamica).



## La prevenzione delle infezioni da lavori edili in ospedale

ICRA - Infection Control Risk Assessment Matrix of Precautions for Construction & Renovation

Cerchi R.<sup>1</sup>; Pelusi L.<sup>2</sup>; Gregoretti B.<sup>1</sup>; Monteverdi D.<sup>3</sup>; Perulli A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medico Direzione Medica di Presidio; <sup>2</sup> Direttore Medico Presidi Cattinara e Maggiore; <sup>3</sup> Refer. Rischio Clinico; <sup>4</sup> Resp. Qualità e Risk Manager

INQUADRAMENTO	OBBIETTIVO	RISULTATI
L'attività di un cantiere edile in ospedale determina una serie di problemi sanitari e ambientali per gli addetti, i pazienti, i visitatori e operatori. La produzione di polveri durante i lavori di demolizione e nella movimentazione di materiali da costruzione e di risulta possono determinare la comparsa di infezioni da patogeni opportunisti (funghi filamentosi o batteri), veicolati dall'aria e/o dall'acqua, e un potenziale incremento di incidenza di patologie respiratorie.	Valutare, adattare ed implementare alla realtà italiana della "Infection Control Risk Assessment Matrix of Precautions for Construction & Renovation" al fine di identificare in modo attendibile le classi di rischio e le procedure da attivare preventivamente all'inizio di interventi di riqualificazione edilizia limitando il più possibile la diffusione di germi patogeni derivanti dalle opere di demolizione.	Lo strumento prevede 4 step consequenziali fino alla definizione della classe di rischio e delle relative prescrizioni. È in grado di fornire alla CIO informazioni utili ed efficaci per la valutazione del rischio e consente di prevenire la trasmissione di germi patogeni quali l'aspergilliosi. Lo strumento è in uso dal 2015 ed è stato finora testato su cantieri di piccole e medie dimensioni (ad es. emodinamica)

1. Tipologia dei lavori edili

<b>Tipo A</b>	Ispezione e attività non invasive: Include a titolo di esempio le seguenti attività: - Limitata rimozione di controsoffitto per ispezione pitturatura (senza carteggiatura) - Posa in opera di rivestimenti murali, piccoli lavori elettrici, piccoli lavori idraulici con interruzione localizzata dell'erogazione dell'acqua fino a 15 min, attività senza produzione di polvere
<b>Tipo B</b>	Lavori di piccola entità e durata, con minima produzione di polvere Include a titolo di esempio le seguenti attività: - Lavori che prevedano l'accesso a quadri - Lavori con possibilità di controllo delle polveri prodotte (ad es. cablaggio reti telefoniche e/o dati, predisposizione di tracce murali, taglio di piccole aree di cartongesso) - Lavori di riparazione di pareti e soffitti dove la produzione di polvere può essere controllata - Lavori idraulici con interruzione localizzata dell'erogazione dell'acqua minore di 30 min
<b>Tipo C</b>	Lavori con produzione di livelli di polvere moderati o alti, o con demolizione e/o rimozione di elementi da costruzione fissi o che impegnano più di una giornata lavorativa Include a titolo di esempio le seguenti attività: - Carteggiatura pareti prima della pitturazione o asportazione di un rivestimento murale - Rimozione di controsoffitti, pavimenti o pannelli murali - Piccole costruzioni murali - Lavori elettrici nel controsoffitto - Lavori di cablaggio elettrico, telefonico o dati di ampia portata - Lavori idraulici con interruzione dell'erogazione dell'acqua tra i 30 e i 60 min
<b>Tipo D</b>	Lavori di entità maggiore con demolizioni e costruzioni importanti Include a titolo di esempio le seguenti attività: - Attività che richiedono più giorni lavorativi - Pesanti demolizioni o rimozione estensiva di cablaggi esistenti - Nuove costruzioni - Lavori idraulici con interruzione dell'erogazione dell'acqua superiore ai 60 min

2. Livello di rischio per il paziente in rapporto all'area coinvolta

Rischio Basso	Rischio Medio	Rischio Alto	Rischio Altissimo
<ul style="list-style-type: none"> <li>Arete amministrative</li> <li>Ufficio</li> <li>Arete in cui non sono eseguite cure ai pazienti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zone comuni</li> <li>Bar</li> <li>Laboratori Analisi Cliniche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pronto Soccorso</li> <li>Radiologia</li> <li>Medicina Nucleare</li> <li>Day Surgery</li> <li>Eccardiografia</li> <li>Reparti chirurgici</li> <li>Reparti medici</li> <li>Cardiologia</li> <li>Ambulatori per Cardiologia</li> <li>Estetici</li> <li>Ambulatori per interni</li> <li>Medicina Riabilitativa</li> <li>Pneumologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutte le aree Critiche</li> <li>Ematologia</li> <li>Terapie intensive (comprese recovery room)</li> <li>Stanze di isolamento a pressione negativa</li> <li>Oncologia</li> <li>Dialisi</li> <li>Area di endoscopia</li> <li>Sala Operatoria</li> <li>Allestimento farmaci in capped sterile</li> <li>Ambulatori chirurgici Classe A</li> </ul>

Matrice della classe di rischio e per le relative precauzioni

Tipologia lavori	Tipo A	Tipo B	Tipo C	Tipo D
Basso	I	II	III	IV
Medio	I	II	III	IV
Alto	I	II	III	IV
Altissimo	II	III	IV	IV

Dall'intersezione tra il tipo di lavoro edile in programma (colonna ABCD) e il livello di rischio per il paziente in rapporto all'area coinvolta (riga Basso, Medio, Alto, Altissimo) si ottiene la CLASSE DI RISCHIO che identifica le precauzioni necessarie.

La Classe di rischio può assumere 4 livelli di gravità crescenti, dalla I alla IV

3. Prescrizioni da attivare

Classi	Durante l'esecuzione dei lavori	A conclusione dei lavori
<b>Classe I</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Adottare misure generali per il controllo delle polveri</li> <li>Rimpiazzare immediatamente i pannelli dei controsoffitti rimossi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ripulire l'area di cantiere</li> </ol>
<b>Classe II</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Adottare sistemi per la prevenzione della dispersione delle polveri nell'aria</li> <li>Stappare le porte e le finestre non utilizzate con nastro adesivo</li> <li>Brinare le superfici di lavoro per il controllo delle polveri</li> <li>Chiudere le bocche d'aerazione nelle aree di cantiere</li> <li>Posizionare tappeti antipolvere nelle vie d'accesso e uscite dal cantiere</li> <li>Disabilitare o isolare il sistema di ventilazione/condizionamento nell'area di cantiere fino alla fine dei lavori</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pulire le aree di lavoro con disinfettante</li> <li>Stoccare i materiali di risulta in contenitori coperti prima del loro trasporto</li> <li>Prima di lasciare l'area di lavoro pulire utilizzando stracci umidi (mop) o aspirapolvere con filtro HEPA</li> <li>Ripristinare il sistema di ventilazione/condizionamento</li> </ol>
<b>Classe III*</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Disabilitare o isolare il sistema di ventilazione/condizionamento nell'area di cantiere fino alla fine dei lavori</li> <li>Completare tutte le barriere di isolamento previste (in cartongesso, legno o plastica) o adottare soluzioni di confinamento dinamico (filtri HEPA) per la delimitazione dell'area di cantiere prima dell'inizio dei lavori</li> <li>Mantenere una pressione negativa nell'area di cantiere utilizzando sistemi di aspirazione muniti di filtro HEPA</li> <li>Stoccare i materiali di risulta in contenitori coperti prima del loro trasporto</li> <li>Trasportare i materiali di risulta in contenitori chiusi (con sovrappiù o telo)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Non rimuovere le barriere antipolvere finché il lavoro non è stato completato, l'area ripulita a fondo ed ispezionata</li> <li>Rimuovere le barriere di isolamento con cura al fine di non disperdere le polveri nell'ambiente</li> <li>Pulire l'area di lavoro con aspirapolveri muniti di filtro HEPA</li> <li>Pulire le aree di lavoro con disinfettante</li> <li>Ripristinare il sistema di ventilazione/condizionamento</li> </ol>
<b>Classe IV*</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Disabilitare o isolare il sistema di ventilazione/condizionamento nell'area di cantiere fino alla fine dei lavori</li> <li>Completare tutte le barriere di isolamento previste (in cartongesso, legno o plastica) o adottare soluzioni di confinamento dinamico (filtri HEPA) per la delimitazione dell'area di cantiere prima dell'inizio dei lavori</li> <li>Mantenere una pressione negativa nell'area di cantiere utilizzando sistemi di aspirazione muniti di filtro HEPA</li> <li>Stappare tutti i canali, condotti, passaggi esistenti nelle strutture perimetrali</li> <li>Allestire un'area di uscita dal cantiere con pressione negativa e un aspiratore con filtro HEPA per rimuovere la polvere dagli abiti di lavoro del personale. In alternativa adottare camici e soprascarpe usa e getta da rimuovere in uscita dal cantiere</li> <li>Tutto il personale esterno che accede all'area di cantiere deve usare soprascarpe usa e getta</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Non rimuovere le barriere antipolvere finché il lavoro non è stato completato, l'area ripulita a fondo ed ispezionata</li> <li>Rimuovere le barriere di isolamento con cura al fine di non disperdere le polveri nell'ambiente</li> <li>Pulire l'area di lavoro con aspirapolveri muniti di filtro HEPA</li> <li>Pulire le aree di lavoro con disinfettante</li> <li>Ripristinare il sistema di ventilazione/condizionamento</li> </ol>

Da usare se Classe III o IV  
Valutazione dell'impatto potenziale sulle aree interessate dai lavori di ristrutturazione

Zona principale sottoposta a ristrutturazione:		Area Torce:			
Unità sottostante	Unità soprastante	Lateralmente dx	Lateralmente sx	Unità dietro	Unità di fronte
Tipologia di attività	Tipologia di attività	Tipologia di attività	Tipologia di attività	Tipologia di attività	Tipologia di attività
Risk Group	Risk Group	Risk Group	Risk Group	Risk Group	Risk Group

### Bibliografia

South Dakota Department Of Health - <http://doh.sd.gov/documents/diseases/HAI/Meyer-Matrix.pdf>

INFO: [alfredo.perulli@asuits.sanita.fvg.it](mailto:alfredo.perulli@asuits.sanita.fvg.it)

# FUNZIONI E ATTRIBUZIONI DEL BED MANAGER NELLA REALTÀ ORGANIZZATIVA DELL'OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA ERBOSA

M. Chellini<sup>1</sup>, R. Gobbi<sup>2</sup>, G. Finzi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Medico in Formazione Specialistica Igiene e Medicina Preventiva, Università di Firenze

<sup>2</sup> Coordinamento Infermieristico Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosa, Gruppo San Donato, Bologna

<sup>3</sup> Presidente ANMDO, Direttore Sanitario Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosa, Gruppo San Donato, Bologna

**Parole chiave:** bed manager, patient flow, posti letto

**Introduzione.** La funzione prioritaria del Bed Manager (BM) è quella di assicurare il coordinamento delle azioni operative per una corretta gestione della risorsa posto letto (PL).

In particolare, nel contesto ospedaliero privato accreditato di Villa Erbosa GSD (VE), egli gestisce ricoveri, dimissioni e trasferimenti nelle diverse unità operative specialistiche della struttura, in regime convenzionato o privato, in un'ottica integrata di sistema.

**Contenuti.** Il BM di VE programma l'occupazione dei PL e fa fronte alle criticità che possono presentarsi in corso d'opera organizzando e coordinando in maniera dinamica e flessibile il personale di volta in volta coinvolto.

Nell'espletamento della sua funzione egli si interfaccia costantemente con:

- L'ufficio ricoveri/prenotazioni di VE
- Il pronto soccorso degli Ospedali pubblici invianti dell'area metropolitana bolognese
- La Centrale Metropolitana Post-Acuzie, organo territoriale di gestione del flusso di pazienti post-acute
- I Coordinatori Infermieristici delle Unità Operative coinvolte nella ricezione del paziente

Avvalendosi di specifici strumenti (tab.2) egli è in grado di assolvere alle specifiche funzioni (tab.1) necessarie a garantire la continuità del percorso clinico-assistenziale del paziente.

Tali strumenti gli permettono inoltre di tenere sotto controllo il quadro occupazionale dei PL e di poter rispondere in maniera pronta ed efficace ad ogni necessità di adattamento della risorsa PL che risulta in questo modo costantemente supervisionata.

**Conclusioni.** La gestione del "Patient Flow" è estremamente complessa e necessita della collaborazione di tutti i professionisti del percorso clinico-assistenziale fin dall'accettazione, durante il ricovero, per arrivare alla dimissione del paziente. Le dinamiche che coinvolgono il BM sono dunque molteplici, come sono molteplici le esigenze organizzative a cui questa figura professionale è chiamata a rispondere.

Il Bed Management rappresenta un modello organizzativo in grado di governare e di gestire in modo avanzato ed efficiente i flussi di ricovero, trasferimento e dimissione in una logica di rete ospedaliera integrata. I vantaggi di un sistema così articolato e complesso sono:

- ottimizzazione dei flussi
- appropriatezza del setting assistenziale destinato al paziente
- razionalizzazione delle risorse
- gestione condivisa dell'emergenza sanitaria

## Funzioni e attribuzioni del Bed Manager nella realtà organizzativa dell'Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosa



M. Chellini<sup>1</sup>, R. Gobbi<sup>2</sup>, G. Finzi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Medico in Formazione Specialistica Igiene e Medicina Preventiva, Università di Firenze

<sup>2</sup> Coordinamento Infermieristico Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosa, Gruppo San Donato, Bologna

<sup>3</sup> Presidente ANMDO, Direttore Sanitario Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosa, Gruppo San Donato, Bologna

### Introduzione

La funzione prioritaria del Bed Manager (BM) è quella di assicurare il coordinamento delle azioni operative per una corretta gestione della risorsa posto letto (PL).

In particolare, nel contesto ospedaliero privato accreditato di Villa Erbosa GSD (VE), egli gestisce ricoveri, dimissioni e trasferimenti nelle diverse unità operative specialistiche della struttura, in regime convenzionato o privato, in un'ottica integrata di sistema.

### Contenuti

Il BM di VE programma l'occupazione dei PL e fa fronte alle criticità che possono presentarsi in corso d'opera organizzando e coordinando in maniera dinamica e flessibile il personale di volta in volta coinvolto.

Nell'espletamento della sua funzione egli si interfaccia costantemente con:

- L'ufficio ricoveri/prenotazioni di VE
  - Il pronto soccorso degli Ospedali pubblici invianti dell'area metropolitana bolognese
  - La Centrale Metropolitana Post-Acuzie, organo territoriale di gestione del flusso di pazienti post-acute
  - I Coordinatori Infermieristici delle Unità Operative coinvolte nella ricezione del paziente
- Avvalendosi di specifici strumenti (tab.2) egli è in grado di assolvere alle specifiche funzioni (tab.1) necessarie a garantire la continuità del percorso clinico-assistenziale del paziente.

Tali strumenti gli permettono inoltre di tenere sotto controllo il quadro occupazionale dei PL e di poter rispondere in maniera pronta ed efficace ad ogni necessità di adattamento della risorsa PL che risulta in questo modo costantemente supervisionata.

FUNZIONI
Monitoraggio del ricovero/dimissione/trasferimento del paziente acuto, post-acute e riabilitazione estensiva
Analisi e monitoraggio dei dati relativi alla domanda giornaliera in situazioni critiche
Analisi e utilizzo dei dati giornalieri sul Patient-flow per creare un modello previsionale di afflusso con conseguente disponibilità di posto letto
Gestione del paziente ricoverato all'interno delle UU.OO di Chirurgia Generale, Specialistica e Ortopedica
Gestione dei pazienti ricoverati in regime di riabilitazione fuori Regione convenzionati / trasferimenti interni
Gestione del Patient-flow relativo ai ricoveri solventi/assicurazioni

Tabella 1. Funzioni del Bed Manager dell'Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosa, GSD

### Conclusioni

La gestione del "Patient Flow" è estremamente complessa e necessita della collaborazione di tutti i professionisti del percorso clinico-assistenziale fin dall'accettazione, durante il ricovero, per arrivare alla dimissione del paziente. Le dinamiche che coinvolgono il BM sono dunque molteplici, come sono molteplici le esigenze organizzative a cui questa figura professionale è chiamata a rispondere.

Il Bed Management rappresenta un modello organizzativo in grado di governare e di gestire in modo avanzato ed efficiente i flussi di ricovero, trasferimento e dimissione in una logica di rete ospedaliera integrata.

STRUMENTI
Cruscotto letti settimanale
Report di dimissioni/trasferimenti giornaliero
Elenco unico di prestazioni di ricovero programmato giornaliero
Programma informatico di gestione degenze
Sistema informatico GARSIA-CeMPA
Cingolo d'emergenza
Cingolo provvisorio
Cingolo giornaliero
Modulo di prenotazione ricovero

Tabella 2. Strumenti utilizzati dal Bed Manager dell'Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosa, GSD

I vantaggi di un sistema così articolato e complesso sono:

- ottimizzazione dei flussi
- appropriatezza del setting assistenziale destinato al paziente
- razionalizzazione delle risorse
- gestione condivisa dell'emergenza sanitaria

**Parole chiave:** Bed Manager, Patient Flow, posti letto

# L'IMPLEMENTAZIONE DELLA TECNOLOGIA RADIO FREQUENCY IDENTIFICATION

G. Ciancia\*, F. Carfagnini\*, M. Sebastiani, L. Incicchitti, F. Luzi, C. Martini, R. Papa, L. Polenta, Gianluca Serafini

Direzione Medica Ospedaliera Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona", \* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva UNIVPM

**Parole chiave:** logistica, innovazione, technology

**Introduzione.** Il blocco operatorio centrale della Azienda (19 sale) movimentata materiali sanitari e medical devices per 5 milioni l'anno. Ciò comporta la necessità di un utilizzo sempre più frequente del sistema informatico e di nuovi strumenti per facilitare le operazioni di carico/scarico dei materiali. La tecnologia Radio Frequency Identification (RFID) è un sistema wireless che utilizza campi elettromagnetici a radiofrequenza, per ottenere dati utili al rilevamento e all'identificazione di elementi, nonché alla tracciabilità delle risorse.

**Contenuti.** L'Azienda è in procinto di attivare una sperimentazione sull'utilizzo del RFID per la gestione dei materiali del blocco operatorio. Un sistema RFID è costituito da un transponder ("tag"), il reader e un'applicazione software. Sull'elemento da identificare viene posto il tag, un'etichetta elettronica che attivata dal lettore trasmette un segnale con i dati memorizzati nel chip al suo interno. Possono essere utilizzati due tipologie di tag. Il primo tipo, indicato come "passivo", possiede la capacità di memorizzare e trasmettere informazioni, ma non possiede una propria fonte di alimentazione; queste caratteristiche rendono tali tag più economici e ideali per applicazioni in cui gli elementi devono essere identificati solo in alcuni o particolari luoghi. L'altro tipo di tag, chiamato "attivo", possiede una batteria integrata, che pertanto può continuamente trasmettere e ricevere segnali su lunghe distanze e memorizzare grandi quantità di informazioni. Il reader riceve i dati e ne permette l'invio ad un sistema informatico esterno, tramite il quale questi possono essere analizzati ed elaborati.

**Conclusioni.** L'applicazione della tecnologia RFID permetterà di avere una completa informatizzazione della movimentazione dei materiali di consumo, rendendo immediata e automatizzata la gestione degli ordini di ricostituzione delle scorte, nonché la conoscenza in tempo reale dei costi del singolo intervento da attribuire al paziente e quindi al reparto chirurgico. La RFID, nelle attese, dovrà comportare riduzione dei costi, miglioramento della gestione delle forniture e riduzione del carico di lavoro del personale sanitario ed amministrativo per la gestione dei dispositivi medici. L'adozione della tecnologia RFID peraltro comporterà un investimento iniziale di una certa consistenza, maggiore attenzione alla gestione della privacy, possibile interferenza con dispositivi medici preesistenti nella struttura.

## L'IMPLEMENTAZIONE DELLA TECNOLOGIA RADIO FREQUENCY IDENTIFICATION

Autori: Giulia Ciancia\*, Federica Carfagnini\*, Maurizio Sebastiani, Leonardo Incicchitti, Francesco Luzi, Claudio Martini, Roberto Papa, Laura Polenta, Gianluca Serafini

Direzione Medica Ospedaliera Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona", \*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva UNIVPM

Parole chiave: logistica, innovazione, technology

### INTRODUZIONE

Il blocco operatorio centrale della Azienda (19 sale) movimentata materiali sanitari e medical devices per 5 milioni l'anno. Ciò comporta la necessità di un utilizzo sempre più frequente del sistema informatico e di nuovi strumenti per facilitare le operazioni di carico/scarico dei materiali. La tecnologia Radio Frequency Identification (RFID) è un sistema wireless che utilizza campi elettromagnetici a radiofrequenza, per ottenere dati utili al rilevamento e all'identificazione di elementi, nonché alla tracciabilità delle risorse.

### CONTENUTI

L'Azienda è in procinto di attivare una sperimentazione sull'utilizzo del RFID per la gestione dei materiali del blocco operatorio. Un sistema RFID è costituito da un transponder ("tag"), il reader e un'applicazione software. Sull'elemento da identificare viene posto il tag, un'etichetta elettronica che attivata dal lettore trasmette un segnale con i dati memorizzati nel chip al suo interno. Possono essere utilizzati due tipologie di tag. Il primo tipo, indicato come "passivo", possiede la capacità di memorizzare e trasmettere informazioni, ma non possiede una propria fonte di alimentazione; queste caratteristiche rendono tali tag più economici e ideali per applicazioni in cui gli elementi devono essere identificati solo in alcuni o particolari luoghi. L'altro tipo di tag, chiamato "attivo", possiede una batteria integrata, che pertanto può continuamente trasmettere e ricevere segnali su lunghe distanze e memorizzare grandi quantità di informazioni. Il reader riceve i dati e ne permette l'invio ad un sistema informatico esterno, tramite il quale questi possono essere analizzati ed elaborati.

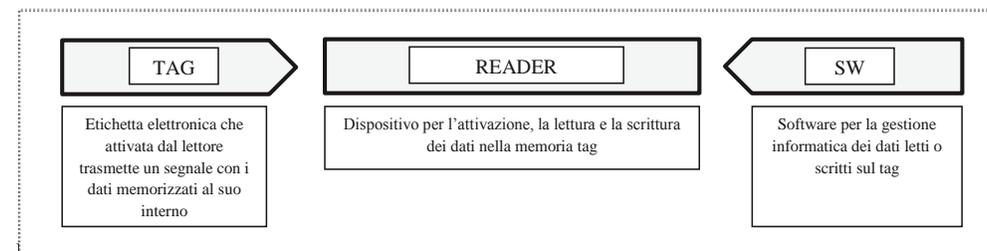


Fig. n. 1 Schema RFID

### CONCLUSIONI

L'applicazione della tecnologia RFID permetterà di avere una completa informatizzazione della movimentazione dei materiali di consumo, rendendo immediata e automatizzata la gestione degli ordini di ricostituzione delle scorte, nonché la conoscenza in tempo reale dei costi del singolo intervento da attribuire al paziente e quindi al reparto chirurgico. La RFID, nelle attese, dovrà comportare riduzione dei costi, miglioramento della gestione delle forniture e riduzione del carico di lavoro del personale sanitario ed amministrativo per la gestione dei dispositivi medici. L'adozione della tecnologia RFID peraltro comporterà un investimento iniziale di una certa consistenza, maggiore attenzione alla gestione della privacy, possibile interferenza con dispositivi medici preesistenti nella struttura.

# LA CONDIVISIONE È GIA' PREVENZIONE

A. Cirrone, Cipolla<sup>1</sup>, P.M. Santino<sup>2</sup>, D. La Verde<sup>3</sup>, V. Cucchiara<sup>4</sup>, C. Consiglio<sup>5</sup>, G. Ferrigno<sup>6</sup>, C. Iacono<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Responsabile Direzione Medica P.O. Mussomeli; <sup>2</sup> Direttore Sanitario ASP Caltanissetta; <sup>3</sup> Responsabile per le procedure sanitarie CGS ASP Caltanissetta; <sup>4</sup> Specialista ambulatoriale Biologa ASP Caltanissetta; <sup>5</sup> Dirigente Psicologo ASP Caltanissetta; <sup>6</sup> Specialista volontario in Management sanitario ASP Caltanissetta; <sup>7</sup> Direttore Generale ASP Caltanissetta

**Parole chiave:** prevenzione, screening, coinvolgimento

**Introduzione.** L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, sulla base delle direttive regionali (D.A. n. 2495/09) e delle Linee guida nazionali, europee e delle società scientifiche (GISCI - GISCoR - GISMa), nell'anno 2010 ha attivato su tutto il suo territorio i seguenti tre programmi di screening oncologici:

- per la diagnosi precoce dei tumori della mammella nelle donne fra i 50 ed i 69 anni mediante mammografia biennale
- per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero nelle donne fra i 25 ed i 64 anni mediante pap-test triennale
- per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto nelle donne e uomini fra i 50 ed i 69 anni mediante test per la ricerca del sangue occulto nelle feci biennale

**Contenuti.** Nell'anno 2016 l'ASP di Caltanissetta, in ottemperanza alle direttive regionali ha pianificato diverse azioni per potenziare i tre programmi di screening oncologici. Le azioni poste in essere si propongono soprattutto di implementare la partecipazione di quelle fasce di popolazione hanno una scarsa percezione dell'importanza della prevenzione.

- Coinvolgimento e Formazione operatori incontri periodici (audit e confronto fra pari) tra i professionisti dei Centri di 1° e 2° livello al fine di promuovere la qualità degli interventi,
- Collaborazione con stakeholder, volontariato attivo e Federfarma: Le farmacie provvedono a pubblicizzare e promuovere i programmi di screening, prenotare tramite CUP i test di screening, distribuire e ritirare il SOF TEST.
- Comunicazione/Informazione alla popolazione attraverso la pubblicazione periodica nei social media e giornali locali e regionali dei calendari di attività, locandine e brochure,
- Coinvolgimento e sensibilizzazione dei MMG per: informazione dei pazienti sull'utilità ed efficacia degli screening; Arruolamento soggetti; Pulizia delle liste; Attività di counseling nell'esecuzione dei test, sui casi positivi e nella gestione del rischio familiare; Gestione dei non responders; Distribuzione del SOF TEST
- Implementazione dei centri di 1° livello: impiego di una unità mobile di mammografia.; utilizzo del personale ostetrico ospedaliero.
- Software di gestione dei programmi di screening assistenza On-Site e aggiornamento periodico dell'anagrafe.
- Recupero non responders attraverso 2° sollecito, telefonata, coinvolgimento MMG Associazioni di volontariato.
- Verifica e monitoraggio delle attività realizzate da parte del CGS per la rilevazioni delle criticità e la pianificazione degli interventi necessari. Gli indicatori sono forniti dalle rispettive società scientifiche (GISMa; GISCI; GISCoR).

**Conclusioni.** Nell'ASP di Caltanissetta, dal 2015 viene invitato il 100% della popolazione target. Emerge come la costante attività di promozione degli screening oncologici ha determinato un incremento dell'adesione agli screening dal 2012 al 2016

- Screening mammografico: +7%;
- Screening cervicale: +5%;
- Screening colorettales: +3%

**LA CONDIVISIONE È GIA' PREVENZIONE**

A. Cirrone, Cipolla<sup>1</sup>, P.M. Santino<sup>2</sup>, D. La Verde<sup>3</sup>, V. Cucchiara<sup>4</sup>, C. Consiglio<sup>5</sup>, G. Ferrigno<sup>6</sup>, C. Iacono<sup>7</sup>

**PAROLE CHIAVE:** PREVENZIONE, COINVOLGIMENTO, SCREENING.

**INTRODUZIONE**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, sulla base delle direttive regionali (D.A. n. 2495/09) e delle Linee guida nazionali, europee e delle società scientifiche (GISCI - GISCoR - GISMa), nell'anno 2010 ha attivato su tutto il suo territorio i seguenti tre programmi di screening oncologici:

- per la diagnosi precoce dei tumori della mammella nelle donne fra i 50 ed i 69 anni mediante mammografia biennale
- per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero nelle donne fra i 25 ed i 64 anni mediante pap-test triennale
- per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto nelle persone (donne e uomini) fra i 50 ed i 69 anni mediante test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT) biennale

**CONTENUTI**

Nell'anno 2016 l'ASP di Caltanissetta, in ottemperanza alle direttive regionali ha pianificato diverse azioni per potenziare i tre programmi di screening oncologici. Le azioni poste in essere si propongono soprattutto di implementare la partecipazione di quelle fasce di popolazione che hanno una scarsa percezione dell'importanza della prevenzione.

**Coinvolgimento e Formazione operatori** incontri periodici (audit e confronto fra pari) tra i professionisti dei Centri di 1° e 2° livello al fine di promuovere la qualità degli interventi,

**Comunicazione/Informazione alla popolazione** attraverso la pubblicazione periodica nei social media e giornali locali e regionali dei calendari di attività, locandine e brochure,

**Coinvolgimento e sensibilizzazione dei MMG per**

- Informazione i pazienti sull'utilità ed efficacia degli screening;
- Arruolamento soggetti;
- Pulizia delle liste;
- Attività di counseling nell'esecuzione dei test, sui casi positivi e nella gestione del rischio familiare;
- Gestione dei non responders;
- distribuzione del SOF TEST

**Collaborazione con stakeholder, volontariato attivo e Federfarma:** Le farmacie provvedono a pubblicizzare e promuovere i programmi di screening, prenotare tramite CUP i test di screening, distribuire e ritirare il SOF TEST.

**Implementazione dei centri di 1° livello:** impiego di una unità mobile di mammografia.; utilizzo del personale ostetrico ospedaliero.

**Software di gestione dei programmi di screening** assistenza On-Site e aggiornamento periodico dell'anagrafe

**Recupero non responders** attraverso 2° sollecito, telefonata, coinvolgimento MMG Associazioni di volontariato.

**CONCLUSIONI**

Di seguito i risultati ottenuti

**Adesione screening mammografico 2012-2016**

Area	2012-2013	2014	2015	2016
ITALIA	~45%	~48%	~50%	~52%
NORD	~48%	~50%	~52%	~55%
CENTRO	~45%	~48%	~50%	~52%
SUD	~42%	~45%	~48%	~50%
ASPD CL	~40%	~45%	~50%	~55%

**Adesione screening cervicale Italia e ASP di CL**

Area	2013-2014	2015	2016
ITALIA	~40%	~45%	~48%
ASP DI CL	~35%	~40%	~45%

**Adesione screening colorettales 2013-2016**

Area	2013-2014	2015	2016
ITALIA	~35%	~38%	~40%
NORD	~38%	~40%	~42%
CENTRO	~35%	~38%	~40%
SUD	~32%	~35%	~38%
ASP DI CL	~30%	~35%	~40%

# FRAMEWORK CONCETTUALE PER LA GESTIONE EFFICACE DELLA SANIFICAZIONE AMBIENTALE OSPEDALIERA.

## LITERATURE REVIEW

L. Cosentino, M. Formoso, A. Bisceglie, G. Calabrese, I. Lisena, G. Caggiano, G. Villone  
Gruppo Integrato Reg. Puglia - ANMDO/Siti/SIMPIOS/SIFO

**Parole chiave:** ambiente, biofilm dry surfaces, standard

**Introduzione.** Evidence supporting the role of the contaminated surface environment in the transmission of several key healthcare-associated pathogens. Focusing attention on environmental cleaning/disinfection practices. È possibile configurare e accogliere 3 costrutti guida (Key concepts):

- 1) Il determinante ambiente: superfici ambientali inanimate (high touch surfaces; high-touch objects) come serbatoio e fattore di trasmissione di agenti patogeni.
  - Molti agenti patogeni sono frequentemente disseminati nell'ambiente sanitario e persistono per ore o giorni, in alcuni casi per mesi aumentando il rischio di trasmissione ad altri pazienti (environmental reservoirs and pathogens transmission in health care environments).
  - È necessario stratificare il rischio di contaminazione ambientale nei setting assistenziali. (High-touch Surfaces/Low-touch surfaces of patient zone and healthcare areas in Health Care Settings; Stratification risk contamination for frequency cleaning in functional areas within hospital).
  - Esiste una correlazione tra livelli di contaminazione ambientale e contaminazione delle mani e/o guanti degli Operatori Sanitari (relationship between level of environmental contamination and HCW hands contamination).
- 2) I biofilm sulle superfici secche ambientali (dry environmental surfaces): una minaccia misconosciuta.
  - L'adesione di patogeni a superfici secche ("dry hospital surfaces") seguita (in < 24 h) dalla formazione di biofilm è un problema microbiologico critico per i servizi sanitari.
  - La presenza o l'assenza di sostanza organica influenza l'efficacia della sanificazione (pulizia/disinfezione) delle superfici; anche la presenza di sostanza inorganica e polvere può cambiare le caratteristiche di superficie che influenzano il bioadesione.
  - Considerate le caratteristiche dei biofilm presenti sulle superfici secche (adesione reversibile/ irreversibile, maturazione) e la difficoltà di identificazione/rimozione è importante agire e a livello di prevenzione della formazione.
- 3) la sanificazione ambientale (environmental cleaning and disinfection) come strumento efficace e flessibile di prevenzione e controllo.
  - Molti studi hanno dimostrato che le superfici ambientali presenti nelle stanze di degenza sono frequentemente pulite/disinfettate in modo inadeguato e rappresentano un importante fattore di trasmissione dei patogeni associati alle ICA.
  - La pulizia/disinfezione delle superfici riduce la sopravvivenza e la diffusione dei patogeni nosocomiali ambientali (environmental microbial decontamination) e il conseguente rischio di ICA.
  - Le buone pratiche di pulizia e disinfezione delle superfici ambientali come parte di un approccio multi-barriera (Bundle strategy; Surface disinfection as part of a multi-barrier approach) nella prevenzione e controllo delle ICA in condizioni normali (routine quotidiana) e in situazioni di outbreaks. (Cleaning/disinfection program: Manual methods/No touch methods decontamination; Standard cleaning/disinfection; Practical implementation and quality assurance of environmental disinfection; Evaluating effectiveness/efficacy cleaning practices: evaluate and establish monitoring techniques for defining and measuring).

## WORLD HAND HYGIENE DAY 2017: L'ESPERIENZA DEL P.O. CIVICO DI PALERMO

**M. Cracchiolo\***, **M.S. Bonfante\*\***, **R. Mancuso\*\***, **M.G.L. Marsala\*\***, **Z. Picciuca\*\*\***

\* Medico in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Palermo

\*\* Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio ARNAS Civico- Di Cristina- Benfratelli Palermo

\*\*\* Coordinatore Infermieristico Direzione Medica di Presidio ARNAS Civico- Di Cristina- Benfratelli Palermo

**Parole chiave:** igiene delle mani, infezioni correlate all'assistenza, antibioticoresistenza

**Introduzione.** Uno studio condotto dall'European Centers for Disease Control (ECDC) riporta come nell'Unione europea, ogni anno, circa 3,2 milioni di pazienti si ammalano per infezioni contratte durante la permanenza in strutture ospedaliere. Di questi, circa 37 mila muoiono a causa di conseguenze correlate a tali infezioni. Data la rilevanza del problema, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) promuove e sostiene la campagna "Save Lives: Clean Your Hands" in occasione della Giornata mondiale per l'igiene delle mani, che quest'anno si è tenuta il 5 maggio. La campagna mira a ribadire a livello internazionale l'importanza di promuovere l'igiene delle mani come misura preventiva fondamentale per ridurre il rischio di infezioni nei luoghi di cura; in particolar modo, quest'anno con lo slogan "Fight antibiotic resistance... it's in your hands" (Combattere l'antibiotico resistenza è nelle tue mani) l'Oms punta a focalizzare l'attenzione degli operatori sanitari sull'importanza del lavaggio corretto delle mani per prevenire le infezioni correlate all'assistenza e, conseguentemente, per prevenire fenomeni di resistenza agli antibiotici.

**Contenuti.** Presso il P.O. Civico di Palermo, si è scelto di aderire alla Campagna OMS, richiamando l'attenzione degli operatori sulla necessità di eseguire correttamente la manovra di lavaggio delle mani attraverso l'uso del gel idroalcolico, da tempo disponibile in tutte le aree di degenza del P.O.

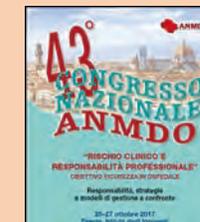
Sono stati coinvolti circa 100 operatori sanitari, tra medici, infermieri, Operatori Socio-sanitari e studenti tirocinanti, scelti in alcune UU.OO. del Presidio Ospedaliero, quali: Chirurgia Toracica, Chirurgia Oncologica, Urologia, Ginecologia Oncologica, Ostetricia e Ginecologia e UTIN.

È stato chiesto agli operatori di sottoporsi alla prova di corretta esecuzione della manovra di frizione delle mani con il gel alcolico, attraverso l'utilizzo di uno strumento chiamato "Box pedagogico", un apparecchio dotato di una lampada a luce ultravioletta che verifica se il frizionamento della mani è stato eseguito correttamente, verificandone in tempo reale l'efficacia.

Durante l'iniziativa sono stati inoltre distribuiti agli operatori coinvolti dei piccoli gadget e un flaconcino di gel idroalcolico in formato tascabile.

Inoltre, per tutta la giornata, nell'atrio dei padiglioni coinvolti, sono stati affissi dei poster per richiamare l'attenzione sull'argomento.

**Conclusioni.** La corretta igiene delle mani, per quanto semplice e apparentemente banale, è in realtà la prima difesa contro i germi, e rappresenta l'azione più importante per prevenire la trasmissione delle infezioni e dell'antibioticoresistenza. Il successo dell'iniziativa organizzata in occasione del World Hand Hygiene Day offre lo spunto per implementare in maniera continuativa iniziative simili a livello locale, sulle best practice relative al tema dell'Igiene delle mani in ospedale.



### WORLD HAND HYGIENE DAY 2017: L'ESPERIENZA DEL P.O. CIVICO DI PALERMO

**Cracchiolo M\*, Bonfante M.S.\*\*, Mancuso R\*\*, Marsala M. G.L.\*\* Picciuca Z.\*\*\***

\* Medico in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Palermo

\*\* Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio ARNAS Civico- Di Cristina- Benfratelli Palermo

\*\*\* Coordinatore Infermieristico Direzione Medica di Presidio ARNAS Civico- Di Cristina- Benfratelli Palermo

**PAROLE CHIAVE: Igiene delle Mani, Infezioni correlate all'assistenza, Antibioticoresistenza**

**INTRODUZIONE:** Uno studio condotto dall'European Centers for Disease Control (ECDC) riporta come nell'Unione europea, ogni anno, circa 3,2 milioni di pazienti si ammalano per infezioni contratte durante la permanenza in strutture ospedaliere. Di questi, circa 37 mila muoiono a causa di conseguenze correlate a tali infezioni. Data la rilevanza del problema, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) promuove e sostiene la campagna "Save Lives: Clean Your Hands" in occasione della Giornata mondiale per l'igiene delle mani, che quest'anno si è tenuta il 5 maggio. La campagna mira a ribadire a livello internazionale l'importanza di promuovere l'igiene delle mani come misura preventiva fondamentale per ridurre il rischio di infezioni nei luoghi di cura; in particolar modo, quest'anno con lo slogan "Fight antibiotic resistance... it's in your hands" (Combattere l'antibiotico resistenza... è nelle tue mani) l'Oms punta a focalizzare l'attenzione degli operatori sanitari sull'importanza del lavaggio corretto delle mani per prevenire le infezioni correlate all'assistenza e, conseguentemente, per prevenire fenomeni di resistenza agli antibiotici.



**CONTENUTI:** Presso il P.O. Civico di Palermo, si è scelto di aderire alla Campagna OMS, richiamando l'attenzione degli operatori sulla necessità di eseguire correttamente la manovra di lavaggio delle mani attraverso l'uso del gel idroalcolico, da tempo disponibile in tutte le aree di degenza del P.O. Sono stati coinvolti circa 100 operatori sanitari, tra medici, infermieri, Operatori Socio-sanitari e studenti tirocinanti, scelti in alcune UU.OO. del Presidio Ospedaliero, quali: Chirurgia Toracica, Chirurgia Oncologica, Urologia, Ginecologia Oncologica, Ostetricia e Ginecologia e UTIN. È stato chiesto agli operatori di sottoporsi alla prova di corretta esecuzione della manovra di frizione delle mani con il gel alcolico, attraverso l'utilizzo di uno strumento chiamato "Box pedagogico", un apparecchio dotato di una lampada a luce ultravioletta che verifica se il frizionamento della mani è stato eseguito correttamente, verificandone in tempo reale l'efficacia.

Durante l'iniziativa sono stati inoltre distribuiti agli operatori coinvolti dei piccoli gadget e un flaconcino di gel idroalcolico in formato tascabile. Inoltre, per tutta la giornata, nell'atrio dei padiglioni coinvolti, sono stati affissi dei poster per richiamare l'attenzione sull'argomento.

**CONCLUSIONI:** La corretta igiene delle mani, per quanto semplice e apparentemente banale, è in realtà la prima difesa contro i germi, e rappresenta l'azione più importante per prevenire la trasmissione delle infezioni e dell'antibioticoresistenza. Il successo dell'iniziativa organizzata in occasione del World Hand Hygiene Day offre lo spunto per implementare in maniera continuativa iniziative simili a livello locale, sulle best practice relative al tema dell'Igiene delle mani in ospedale.

# FARMACOVIGILANZA: QUANTO NE SAPPIAMO?

A. D'Acquisto<sup>1</sup>, C. Bertolini<sup>2</sup>, G.M. Schifino<sup>2</sup>, G. Gallo<sup>3</sup>, M. Felisatti<sup>4</sup>, M.G. Cavallazzi<sup>5</sup>, L. Carpinelli<sup>6</sup>, M.T. Cuppone<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Vicedirettore Sanitario Policlinico San Donato

<sup>2</sup> Specializzando Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Pavia

<sup>3</sup> Responsabile Sistema Gestione Qualità,

<sup>4</sup> Farmacista c/o Istituti Ospedalieri Bergamaschi

<sup>5</sup> Farmacista Referente c/o Policlinico San Donato

<sup>6</sup> Vicedirettore Sanitario Policlinico San Donato

<sup>7</sup> Direttore Sanitario Policlinico San Donato

**Parole Chiave:** farmacovigilanza, reazioni avverse, farmaci

**Introduzione.** Nonostante il decreto legislativo del 30 Aprile 2015, adottato ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 del D.Lgs 228/2012, abbia stabilito l'obbligo di segnalazione delle sospette reazioni avverse a farmaci e ai vaccini con i rispettivi limiti di tempo, in Italia negli ultimi due anni c'è stato un forte rallentamento del sistema passando dal 3% nel 2015 al 9% nel 2016 con una differenza registrata nel 2016 tra farmaci e vaccini (rispettivamente del 3% vs 39% ogni anno). L'OMS ha definito il gold standard di un sistema di segnalazione un tasso di 300 segnalazioni/anno per milione di abitanti; sono attese almeno il 30% delle segnalazioni relative ad eventi gravi ed almeno il 10% delle segnalazioni effettuate da medici. Nel 2016 il tasso di segnalazione in Regione Lombardia registra una riduzione del 25% rispetto al 2015 (rispettivamente 1150 per milioni di abitanti nel 2015 e 919.8 segnalazioni per milioni di abitanti nel 2016) soprattutto per effetto di un rallentamento dei progetti di farmacovigilanza attiva. Il numero di segnalazioni registrate nella nostra realtà operativa (IRCCS PSD) è stato di n. 7 casi per l'anno 2015, n. 3 per l'anno 2016 e di n. 5 per settembre 2017.

**Contenuti.** L'obiettivo del nostro studio è di capire le corrette conoscenze che hanno gli operatori sanitari dell'IRCCS Policlinico San Donato in merito al sistema di segnalazione delle reazioni avverse conseguenti alla somministrazione di farmaci e vaccini e di sensibilizzarli maggiormente sulla consapevolezza dell'importanza di tale applicazione per la salute pubblica. A tale scopo è stato predisposto un questionario che verrà somministrato ai medici a partire dal 1/1/2018 al 1/4/2018, successivamente verrà valutata l'efficacia per dicembre 2018.

**Conclusioni.** Riteniamo che il nostro studio sia volto a sensibilizzare il personale coinvolto nel sistema consentendo quindi di rilevare potenziali segnali di allarme relativi all'uso dei medicinali così da renderli più sicuri, a beneficio di tutti i pazienti. Ci aspettiamo dunque che ci sia un progressivo coinvolgimento dei segnalatori nella Rete di Farmacovigilanza e una costante attività di monitoraggio in quanto la segnalazione delle sospette reazioni avverse a farmaci e ai vaccini è un criterio cardine per definire un buon sistema di farmacovigilanza.



I.R.C.C.S.  
POLICLINICO SAN DONATO

**KEYWORDS**  
Farmacovigilanza,  
Reazioni Avverse,  
Farmaci

# FARMACOVIGILANZA: QUANTO NE SAPPIAMO?

A. D'Acquisto<sup>1</sup>, C. Bertolini<sup>2</sup>, G.M. Schifino<sup>2</sup>, M. Felisatti<sup>3</sup>, M.G. Cavallazzi<sup>4</sup>, G. Gallo<sup>5</sup>, L. Carpinelli<sup>6</sup>, M.T. Cuppone<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Vicedirettore Sanitario, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato; <sup>2</sup>Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia; <sup>3</sup>Farmacista, Istituti Ospedalieri Bergamaschi; <sup>4</sup>Farmacista Referente, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato; <sup>5</sup>Responsabile Sistema Gestione Qualità, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato; <sup>6</sup>Direttore Sanitario, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato

## INTRODUZIONE

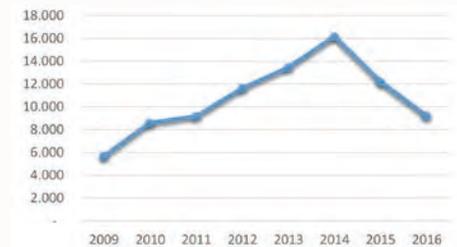
Nonostante il decreto legislativo del 30 Aprile 2015, adottato ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 del D.Lgs 228/2012, abbia stabilito l'obbligo di segnalazione delle sospette reazioni avverse a farmaci e ai vaccini con i rispettivi limiti di tempo, tra farmaci e vaccini rispettivamente del 3% vs 39% ogni anno.

In Italia negli ultimi due anni c'è stato un forte rallentamento del sistema passando dal 3% nel 2015 al 9% nel 2016 con una differenza registrata nel 2016

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il gold standard di un sistema di segnalazione un tasso di 300 segnalazioni/anno per milione di abitanti; sono attese almeno il 30% delle segnalazioni relative ad eventi gravi ed almeno il 10% delle segnalazioni effettuate da medici.

Nel 2016 il tasso di segnalazione in Regione Lombardia registra una riduzione del 25% rispetto al 2015 (rispettivamente 1150 per milioni di abitanti nel 2015 e 919.8 segnalazioni per milioni di abitanti nel 2016) soprattutto per effetto di un rallentamento dei progetti di farmacovigilanza attiva. Il numero di segnalazioni registrate nella nostra realtà operativa (I.R.C.C.S. Policlinico San Donato) è stato di n. 7 casi per l'anno 2015, n.3 per l'anno 2016 e di n. 5 per Settembre 2017.

Andamento del numero di segnalazioni in Lombardia nel periodo 2009-2016



## CONTENUTI

L'obiettivo del nostro studio è di capire le corrette conoscenze che hanno gli operatori sanitari dell'IRCCS Policlinico San Donato in merito al sistema di segnalazione delle reazioni avverse conseguenti alla somministrazione di farmaci e vaccini e di sensibilizzarli maggiormente sulla consapevolezza dell'importanza di tale applicazione per la salute pubblica.

A tale scopo è stato predisposto un questionario che verrà somministrato ai medici a partire dal 01 Gennaio 2018 al 01 Aprile 2018, successivamente verrà valutata l'efficacia dell'azione di sensibilizzazione per Dicembre 2018.

## CONCLUSIONI

Riteniamo che il nostro studio sia volto a sensibilizzare il personale coinvolto nel sistema consentendo quindi di rilevare potenziali segnali di allarme relativi all'uso dei medicinali così da renderli più sicuri, a beneficio di tutti i pazienti.

Ci aspettiamo dunque che ci sia un progressivo coinvolgimento dei segnalatori nella Rete di Farmacovigilanza e una costante attività di monitoraggio in quanto la segnalazione delle sospette reazioni avverse a farmaci e ai vaccini è un criterio cardine per definire un buon sistema di farmacovigilanza.

**FARMACOVIGILANZA**

\*Cognome e Nome

Indirizzo email

Indirizzo email

Quale è la sua dipendenza lavorativa?

1. Qual è il suo ruolo e a che attività è impegnato/a?
2. Quali indicatori utilizza/verifica per identificare le reazioni avverse dagli eventi avversi?
3. Quali gruppi di farmaci ritiene siano maggiormente responsabili di ADR?
4. Quali farmaci di cui ritiene sia maggiormente a rischio di ADR?
5. Come ritiene sia il personale coinvolto nella segnalazione delle reazioni avverse?
6. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
7. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
8. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
9. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
10. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
11. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
12. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
13. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
14. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
15. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
16. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
17. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
18. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
19. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?
20. Quali le difficoltà più comuni nella segnalazione delle reazioni avverse?

Sistema Sanitario Regione Lombardia



GRUPPO OSPEDALIERO SAN DONATO

# ASPETTI ORGANIZZATIVI DI UN NUCLEO OPERATIVO MULTIDISCIPLINARE DEDICATO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

D. Donati<sup>1</sup>, A. Miccoli<sup>2</sup>, T. Iori<sup>1</sup>, A. Ianni<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Infermiere Epidemiologo di Direzione Infermieristica; <sup>2</sup> Medico Infettivologo di Direzione Sanitaria;

<sup>3</sup> Medico Igienista di Direzione Sanitaria. Policlinico Universitario Campus Biomedico di Roma.

**Parole chiave:** rischio infettivo, sorveglianza ICA, integrazione professionale

**Introduzione.** Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano, nel panorama internazionale, l'evento avverso più frequente che si verifica nell'erogare assistenza sanitaria. I dati raccolti nel nostro Paese confermano l'assoluta centralità del problema per la sicurezza delle persone assistite.

Per ICA si intende un'infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale, in un ospedale o in un'altra realtà sanitaria, che non era manifesta né in incubazione al momento del ricovero. Ciò vale anche per le infezioni contratte in ospedale che si manifestano dopo la dimissione e per le più rare infezioni occupazionali che possono verificarsi nel personale della struttura.

Nonostante esistano validate misure di prevenzione, gli operatori sanitari non sempre riescono ad applicarle efficacemente e le ICA costituiscono ancora un grave problema di sanità pubblica, con un elevato impatto sia clinico che economico. Nelle strutture sanitarie italiane, per cercare di gestire il rischio infettivo, già nella metà degli anni 80 inizia a svilupparsi una normativa specifica che raccomanda l'avvio di un programma di controllo delle infezioni in ciascun presidio ospedaliero (vedi Circolari Ministeriali 52/1985 e la Circolare Ministeriale 8/1988). Da allora l'interesse della comunità scientifica e politica ha avuto una costante crescita ed ha portato allo sviluppo di requisiti ed indicatori finalizzati al controllo delle ICA.

Tuttavia sono stati identificati diversi fattori in grado di ostacolare la capacità dei servizi sanitari di realizzare programmi di controllo del rischio infettivo, tra cui: la scarsa percezione del problema nella leadership e tra gli operatori sanitari, la considerazione che il problema delle ICA sia di pertinenza esclusiva delle figure addette al controllo, la carenza / assenza di risorse e di figure specializzate dedicate alla sorveglianza, la scarsa diffusione di strumenti ed indicatori per monitorare l'efficacia dei programmi di prevenzione intrapresi.

**Contenuti.** Il Policlinico Universitario Campus Bio Medico di Roma ha scelto di investire in risorse dedicate alla prevenzione ed al controllo delle ICA. In particolare nella struttura è stato istituito un nucleo operativo multidisciplinare di esperti addetti full time al controllo del rischio infettivo.

Il nucleo operativo: funge da raccordo tra gli operatori e la Direzione Sanitaria, fornisce un quotidiano supporto informativo e formativo per l'applicazione degli standard di prevenzione durante l'assistenza, definisce le dimensioni e le caratteristiche dei problemi infettivi individuando tempestivamente eventi sentinella ed epidemie, mantiene un costante coordinamento con la Direzione Sanitaria per indirizzare gli interventi correttivi. La sorveglianza puntuale e quotidiana unita alla restituzione periodica dei dati sono attività chiave di tale gruppo, che consentono di centralizzare la gestione del problema ICA, mantenendo alto il livello di attenzione e garantendo un costante punto di riferimento.

Il modello organizzativo prevede inoltre l'interazione del nucleo operativo con i diversi servizi e sistemi gestionali del Policlinico (laboratorio di microbiologia, SPPA, farmacia, gestione operativa posti letto ecc.), queste connessioni permettono di ottimizzare le strategie multifocali di prevenzione, garantendone la sinergia. Il requisito fondamentale del nucleo operativo è quindi la capacità di creare collaborazioni con e tra le diverse equipe specialistiche, finalizzate a minimizzare il rischio infettivo.

**Conclusioni.** Una delle sfide più complesse di questo modello organizzativo è rappresentata dalla gestione del fattore umano, in quanto la creazione ed il mantenimento delle collaborazioni descritte richiede un costante impegno. Allo stesso tempo, essendo il controllo del rischio infettivo un obiettivo trasversale, riteniamo che il lavoro svolto sull'aspetto relazionale possa rappresentare una leva strategica per rendere più coordinate e sostenibili le attività dei diversi fronti.



Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

**Titolo:** Aspetti organizzativi di un nucleo operativo multidisciplinare dedicato alla gestione del rischio infettivo.

**Autori:** D. Donati<sup>1</sup>, G.A. Miccoli<sup>1</sup>, T. Iori<sup>1</sup>, A. Ianni<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ufficio Epidemiologico, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma.

**Parole chiave:** Rischio infettivo – Sorveglianza ICA – Integrazione Professionale



**Introduzione:** Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano, nel panorama internazionale, l'evento avverso più frequente che si verifica nell'erogare assistenza sanitaria (1-2). I dati raccolti nel nostro Paese confermano l'assoluta centralità del problema per la sicurezza delle persone assistite (3). Tuttavia sono stati identificati diversi fattori in grado di ostacolare la capacità dei servizi sanitari di realizzare programmi di controllo del rischio infettivo, tra cui: la scarsa percezione del problema nella leadership e tra gli operatori sanitari, considerare che il problema delle ICA sia di pertinenza esclusiva delle figure addette al controllo, la carenza / assenza di risorse e di figure specializzate dedicate alla sorveglianza, la scarsa diffusione di strumenti ed indicatori per monitorare l'efficacia dei programmi di prevenzione intrapresi (4).

**Contenuti:** Il Policlinico Universitario Campus Bio Medico di Roma ha scelto di investire in risorse dedicate alla prevenzione ed al controllo delle ICA. In particolare nella struttura è stato istituito un nucleo operativo multidisciplinare di esperti addetti full time al controllo del rischio infettivo. Il nucleo operativo: funge da raccordo tra gli operatori e la Direzione Sanitaria, fornisce un quotidiano supporto informativo e formativo per l'applicazione degli standard di prevenzione durante l'assistenza, definisce le dimensioni e le caratteristiche dei problemi infettivi individuando tempestivamente eventi sentinella ed epidemie, mantiene un costante coordinamento con la Direzione Sanitaria per indirizzare gli interventi correttivi. La sorveglianza puntuale e quotidiana unita alla restituzione periodica dei dati sono attività chiave di tale gruppo, che consentono di centralizzare la gestione del problema ICA, mantenendo alto il livello di attenzione e garantendo un costante punto di riferimento. Il modello organizzativo prevede inoltre l'interazione del nucleo operativo con i diversi servizi e sistemi gestionali del Policlinico (laboratorio di microbiologia, SPPA, farmacia, gestione operativa posti letto ecc.), queste connessioni permettono di ottimizzare le strategie multifocali di prevenzione, garantendone la sinergia. Il requisito fondamentale del nucleo operativo è quindi la capacità di creare collaborazioni con e tra le diverse equipe specialistiche, finalizzate a minimizzare il rischio infettivo (esempio in Fig. 1).

**Conclusioni:** Una delle sfide più complesse di questo modello organizzativo è rappresentata dalla gestione del fattore umano, in quanto la creazione ed il mantenimento delle collaborazioni descritte richiede un costante impegno. Allo stesso tempo, essendo il controllo del rischio infettivo un obiettivo trasversale, riteniamo che il lavoro svolto sull'aspetto relazionale possa rappresentare una leva strategica per rendere più coordinate e sostenibili le attività dei diversi fronti.



Fig 1. Esempio di operatività ed integrazione dell'Ufficio Epidemiologico.

# IL GIARDINO ALZHEIMER: UN LUOGO PER LA MASSIMA LIBERTÀ NEL MASSIMO CONTROLLO

R. Elia<sup>1</sup>, Paola M. Santino<sup>2</sup>, G. Roccia<sup>3</sup>, A. Cirrone Cipolla<sup>4</sup>, C. Consiglio<sup>5</sup>, A. Iannello<sup>6</sup>,  
G. Ferrigno<sup>7</sup>, C. Iacono<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Direttore Medico P.O Sant'Elia di Caltanissetta;

<sup>2</sup> Direttore Sanitario ASP Caltanissetta;

<sup>3</sup> Direttore U.O.C. Cure Primarie ASP Caltanissetta;

<sup>4</sup> Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale di Caltanissetta;

<sup>5</sup> Dirigente Psicologo Direzione Sanitaria ASP Caltanissetta;

<sup>6</sup> Sociologo Centro Alzheimer di Caltanissetta;

<sup>7</sup> Specialista volontaria in Management Sanitario presso l'ASP di Caltanissetta;

<sup>8</sup> Direttore Generale ASP Caltanissetta

**Parole chiave:** giardino terapeutico, alzheimer, utente

**Introduzione.** I Giardini Terapeutici, o Healing Gardens, sono luoghi studiati per specifiche patologie, come nel caso degli utenti che frequentano il nostro Centro Alzheimer, ove vengono offerti stimoli sensoriali, tattili, olfattivi, uditivi e visivi, che aiutano il rilassamento. Piante profumate, aromatiche e dalla fioritura prolungata sono al centro del percorso, ed hanno un effetto terapeutico sul paziente. Un giardino di facile accesso, studiato appositamente per le loro esigenze ci ha permesso di offrire agli utenti, che frequentano giornalmente il nostro Centro, una maggiore libertà di movimento.

**Contenuti.** Il modello usato dall'equipe del Centro Alzheimer di Caltanissetta, si è ispirato al "Gentle Care" canadese creato da Moyra Jones all'inizio degli anni novanta. L'obiettivo è stato di creare un ambiente protesico specifico al fine di compensare i deficit funzionali e stimolare le abilità residue degli utenti. Si è visto che il Giardino Alzheimer (inaugurato il 29 Maggio di questo anno) è diventato oramai il luogo ideale per supportare un programma terapeutico di stimolazione sensoriale, ma è anche un luogo di libertà e relax che crea un'immagine ambientale riconoscibile e rassicurante. Il nostro Giardino Alzheimer permette di passeggiare senza pericolo e soddisfare la compulsione al movimento, tipica della malattia di Alzheimer, donando senso di libertà e una serenità agli utenti, perchè stempera l'aggressività e assume aspetti terapeutici. Se lo spazio infatti genera libertà e non presenta rischi, né ostacoli, né limitazioni, il vagabondaggio (wandering) non è più un comportamento da contenere, ma da gestire come risorsa terapeutica. Il Giardino Alzheimer, creato dagli operatori con l'aiuto degli stessi pazienti, è uno spazio aperto, sito al primo piano della struttura, ben delimitato e protetto; appare però come un giardino "normale": semplice, ordinato e fruibile.

**Conclusioni.** I risultati ottenuti da Maggio 2017 ad oggi hanno evidenziato un significativo miglioramento sui disturbi comportamentali e sulle abilità funzionali degli utenti che frequentano il Centro, con un protocollo di valutazione multidimensionale. Inoltre è diminuito lo stress dei caregiver, principali assistenti quotidiani dei nostri utenti. Infine significativi effetti positivi sugli stessi utenti riguardano il comportamento e l'umore con una notevole diminuzione dell'uso di farmaci.



## Il Giardino Alzheimer: un luogo per la massima libertà nel massimo controllo

R. Elia<sup>1</sup>, Paola M. Santino<sup>2</sup>, G. Roccia<sup>3</sup>, A. Cirrone Cipolla<sup>4</sup>, C. Consiglio<sup>5</sup>, A. Iannello<sup>6</sup>, G. Ferrigno<sup>7</sup>,  
C. Iacono<sup>8</sup>

1 Direttore Medico P.O Sant'Elia di Caltanissetta; 2 Direttore Sanitario ASP Caltanissetta; 3 Direttore U.O.C. Cure Primarie ASP Caltanissetta; 4 Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale di Caltanissetta; 5 Dirigente Psicologo Direzione Sanitaria ASP Caltanissetta; 6 Sociologo Centro Alzheimer di Caltanissetta; 7 Specialista volontaria in Management Sanitario presso l'ASP di Caltanissetta; 8 Direttore Generale ASP Caltanissetta

**Parole chiavi:** giardino terapeutico, alzheimer, utente

### Introduzione

I Giardini Terapeutici, o Healing Gardens, sono luoghi studiati per specifiche patologie, come nel caso degli utenti che frequentano il nostro Centro Alzheimer, ove vengono offerti stimoli sensoriali, tattili, olfattivi, uditivi e visivi, che aiutano il rilassamento. Piante profumate, aromatiche e dalla fioritura prolungata sono al centro del percorso, ed hanno un effetto terapeutico sul paziente. Un giardino di facile accesso, studiato appositamente per le loro esigenze ci ha permesso di offrire agli utenti che frequentano giornalmente il nostro Centro una maggiore libertà di movimento.

### Contenuti

Il modello usato dall'equipe del Centro Alzheimer di Caltanissetta, si è ispirato al "Gentle Care" canadese creato da Moyra Jones all'inizio degli anni novanta. L'obiettivo è stato di creare un ambiente protesico specifico al fine di compensare i deficit funzionali e stimolare le abilità residue degli utenti. Si è visto che il Giardino Alzheimer (inaugurato il 29 Maggio di questo anno) è diventato oramai il luogo ideale per supportare un programma terapeutico di stimolazione sensoriale, ma è anche un luogo di libertà e relax che crea un'immagine ambientale riconoscibile e rassicurante. Il nostro Giardino Alzheimer permette di passeggiare senza pericolo e soddisfare la compulsione al movimento, tipica della malattia di Alzheimer, donando senso di libertà e una serenità agli utenti, perchè stempera l'aggressività e assume aspetti terapeutici. Se lo spazio infatti genera libertà e non presenta rischi, né ostacoli, né limitazioni, il vagabondaggio (wandering) non è più un comportamento da contenere, ma da gestire come risorsa terapeutica. Il Giardino Alzheimer, creato dagli operatori con l'aiuto degli stessi pazienti, è uno spazio aperto, sito al primo piano della struttura, ben delimitato e protetto; appare però come un giardino normale: semplice, ordinato e fruibile.

### Conclusioni

I risultati ottenuti da Maggio 2017 ad oggi hanno evidenziato un significativo miglioramento sui disturbi comportamentali e sulle abilità funzionali degli utenti che frequentano il Centro, con un protocollo di valutazione multidimensionale. Inoltre è diminuito lo stress dei caregiver, principali assistenti quotidiani dei nostri utenti. Infine significativi effetti positivi sugli stessi utenti riguardo il comportamento e l'umore con una notevole diminuzione dell'uso di farmaci.



# VALUTAZIONE IN BENCHMARKING DEL RISCHIO CLINICO TRA DUE STRUTTURE SANITARIE ROMANE ATTRAVERSO IL SAFETY WALK ROUND

T. Fabbri\*, P. Galli\*\*, D. Basso^, A. Crucitti°, F.A. Distefano°, B.A. Miraglia\*, A.M. Mastromatteo°, G. Nasi°

\* UOC Accredimento Strutture Sanitarie ASL RM2 Roma

\*\* Casa di Cura Villa Fulvia Roma

^ Azienda Ospedaliera Sant'Andrea Roma

° Ospedale Cristo Re GIOMI Roma

**Parole chiave:** safety walk round, risk assessment, benchmarking

**Introduzione.** La gestione del rischio è un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali. Anche alla luce della più recente normativa (Legge n. 24 dell'8 marzo 2017) la sicurezza delle cure in ambito organizzativo ospedaliero è una priorità acquisita che occorre costantemente monitorare. A tal proposito l'Ospedale "Cristo Re" e la Casa di Cura "Villa Fulvia" hanno esaminato tramite il Safety Walk Round (SWR) le criticità riscontrate in tema di rischio clinico, confrontando le UU.OO. di Medicina per entrambe le Strutture, il Reparto di Ortopedia per l'Ospedale Cristo Re ed il Reparto di Riabilitazione Neuromotoria codice 56 per la Casa di Cura Villa Fulvia.

**Contenuti.** il SWR si è svolto con visite ed interviste strutturate in base a questionari preordinati, sottoposti ad operatori sanitari e pazienti, strutturati in 17 domande, di cui 12 sulla sicurezza dei pazienti in generale, 1 domanda a "cascata" specifica per ciascuna delle seguenti attività di prevenzione: cadute, servizio di sala operatoria, utilizzo farmaci, 1 sulla segnalazione degli eventi avversi o near miss o eventi sentinella, un'ultima domanda riguardante l'efficacia dell'intera intervista prevedendo consigli e suggerimenti utili al gruppo intervistatore. Ai pazienti sono state esposte 3 domande generali in tema di sicurezza delle cure. La scala decisionale per individuare le priorità di intervento è stata elaborata secondo la classificazione tassonomica dei fattori e sub-fattori contribuenti di Vincent. A seguire sulla base delle risposte si è effettuata l'analisi di benchmarking individuando gli indicatori, gli standard di riferimento e confrontando le risposte degli operatori di entrambe le strutture rispetto al dato reale.

**Conclusioni.** La classificazione sulla base del modello di Vincent ha dato esito a 6 macro-gruppi di criticità: carenza del personale, mancanza di lavoro in equipe, difficoltà di comunicazione fra operatori, carenza formazione ed informazione, mancata aderenza a protocolli e linee guida, carenza di dispositivi e ausili. A livello aziendale per ogni criticità rilevata sono state previste azioni di miglioramento da verificare successivamente come da ciclo di Deming; una revisione delle procedure specifiche e relativa formazione al personale. Stessa operatività si è applicata per il piano di miglioramento scaturito dall'analisi di benchmarking. Il sistema di verifica applicato è valido e riproducibile, di forte ausilio nelle politiche di sicurezza, con rapidità nell'identificazione dei rischi e di basso costo. Inoltre, l'indagine ha condotto ad un maggior coinvolgimento del personale e ad un miglioramento continuo delle buone pratiche assistenziali.



43° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO - FIRENZE 2017



Rischio clinico e responsabilità professionale obiettivo sicurezza in ospedale  
Responsabilità, strategie e modelli di gestione a confronto

## VALUTAZIONE IN BENCHMARKING DEL RISCHIO CLINICO TRA DUE STRUTTURE SANITARIE ROMANE ATTRAVERSO IL SAFETY WALK ROUND

Fabbri T\*, Galli P\*\*, Basso D^, Crucitti A°, Distefano FA°, Miraglia BA°, Mastromatteo AM°, Nasi G°,

\*UOC Accredimento Strutture Sanitarie ASL RM2 Roma

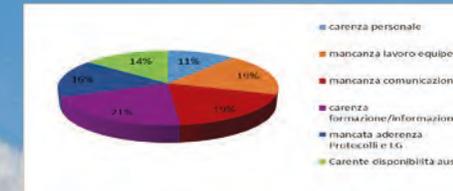
\*\*Casa di Cura Villa Fulvia Roma

^Azienda Ospedaliera Sant'Andrea Roma

°Ospedale Cristo Re GIOMI Roma

**INTRODUZIONE:** La sicurezza delle cure in ambito organizzativo ospedaliero è una priorità acquisita che occorre costantemente monitorare. A tal proposito l'Ospedale "Cristo Re" e la Casa di Cura "Villa Fulvia" hanno esaminato tramite il Safety Walk Round (SWR) le criticità riscontrate in tema di rischio clinico, confrontando le UU.OO. di Medicina per entrambe le Strutture, il Reparto di Ortopedia per l'Ospedale Cristo Re ed il Reparto di Riabilitazione Neuromotoria codice 56 per la Casa di Cura Villa Fulvia.

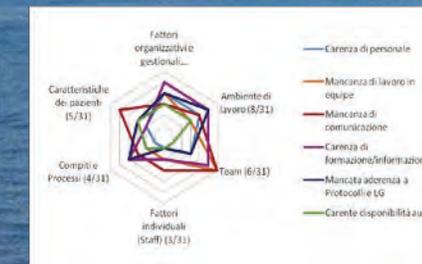
PERCENTUALE DELLE CRITICITÀ RILEVATE SECONDO I FATTORI DI VINCENT



### RISULTATI:

La classificazione sulla base del modello di Vincent ha dato esito a 6 macro-gruppi di criticità: carenza del personale, mancanza di lavoro in equipe, difficoltà di comunicazione fra operatori, carenza formazione ed informazione, mancata aderenza a protocolli e linee guida, carenza di dispositivi e ausili. A livello aziendale per ogni criticità rilevata sono state previste azioni di miglioramento da verificare successivamente come da ciclo di Deming; revisione di procedure specifiche e formazione al personale.

INDAGINE SULLA SICUREZZA DEL PAZIENTE CONDOTTA CON IL SAFETY WALK ROUND

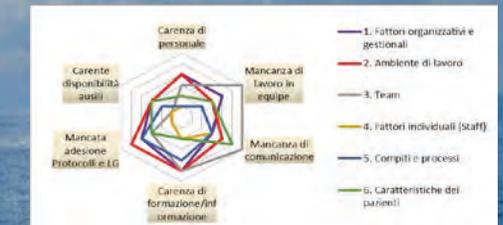


**CONCLUSIONI:** Il sistema di verifica applicato è valido e riproducibile, di forte ausilio nelle politiche di sicurezza, con rapidità nell'identificazione dei rischi e di basso costo. Inoltre, l'indagine ha condotto ad un maggior coinvolgimento del personale e ad un miglioramento continuo delle buone pratiche assistenziali.

diriezione sanitaria@ospedale.cristore.it

**MATERIALI E METODI:** il SWR si è svolto con visite ed interviste strutturate in base a questionari preordinati, sottoposti ad operatori sanitari e pazienti, strutturati in 17 domande, di cui 12 sulla sicurezza dei pazienti in generale, 1 domanda a "cascata" specifica per ciascuna delle seguenti attività di prevenzione: cadute, servizio di sala operatoria, utilizzo farmaci, 1 domanda sulla segnalazione degli eventi avversi o near miss o eventi sentinella, un'ultima domanda riguardante l'efficacia dell'intera intervista prevedendo consigli e suggerimenti utili al gruppo intervistatore. Ai pazienti sono state esposte 3 domande generali in tema di sicurezza delle cure. La scala decisionale per individuare le priorità di intervento è stata elaborata secondo la classificazione tassonomica dei fattori e sub-fattori contribuenti di Vincent. A seguire sulla base delle risposte si è effettuata l'analisi di benchmarking.

DIAGRAMMA RADAR PER I FATTORI DI VINCENT



Indicatore	Standard di riferimento	Ospedale Cristo Re SWR	CSC Villa Fulvia SWR	Dati Reali SWR	OCR	VF	Piano di miglioramento
Misura standard di rischio clinico	Rapporto di benchmarking 2017/2016	SI	SI	SI	SI	SI	Allineamento ISO 9001/2015
Organizzazione in tema di rischio clinico	FARMACOMANDOAMENTO RISCHIO CLINICO Piano del Risk Manager secondo CNEEF	SI	SI	SI	SI	SI	Implementazione CNEEF, PASA e linee guida in materia di rischio clinico
Presenza di documentazione	Documentazione organizzativa Rapporti di benchmarking	SI	SI	SI	SI	SI	Revisione e implementazione della documentazione
Documentazione specifica prevenzione cadute	Risultato benchmarking a 13	SI	SI	SI	SI	SI	Correzione implementata in Formazione personale e attività di miglioramento e qualità degli servizi
Documentazione specifica prevenzione TV	Linea Guida SAPA 2013 ed ESC 2015	SI	SI	SI	SI	SI	Scelta operativa implementata in formazione medico infermiere anche attraverso percorsi formativi
Documentazione specifica prevenzione eventi avversi	Risultato benchmarking a 7	SI	SI	SI	SI	SI	Revisione SWR per attività di Formazione VF anche implementando la procedura della DUE clinica
Organizzazione risorse	Rapporti organizzativi e benchmarking	SI	SI	SI	SI	SI	Migliorata l'organizzazione dell'attività
Formazione	Di. Leg. 11/2008 e s.m.i. 100/2001 200/2002	SI	SI	SI	SI	SI	Definizione di Strategie di corso Formazione del Personale sotto il coordinamento 2017 la formazione specifica in tema di prevenzione rischio clinico, servizio del Farmaco e DUE

# LA GESTIONE DELLA SANIFICAZIONE IN AMBITO NEONATALE: UN ASPETTO NON TRASCURABILE

M. Fattorini<sup>1</sup>, S. Burgassi<sup>2</sup>, R.M.R. Cardaci<sup>2</sup>,<sup>D</sup>. Lenzi<sup>3</sup>, G. Buonocore<sup>2</sup>, K.P. Biermann<sup>4</sup>,  
M.F. De Marco<sup>3</sup>, G. Cevenini<sup>5</sup>, G. Messina<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena

<sup>2</sup> Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena

<sup>3</sup> U.O.C. Igiene ed Organizzazione dei Servizi Ospedalieri, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

<sup>4</sup> Clinical Trial Office, A.O.U. "Meyer", Firenze

<sup>5</sup> Dipartimento di Biotecnologie Mediche, Università di Siena

**Parole chiave:** infezioni correlate all'assistenza, disinfezione, incubatrici neonatali

**Introduzione.** Il ruolo della sanificazione ambientale come una misura efficace per contenere il diffondersi delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) è ormai ampiamente dimostrato: è stato infatti evidenziato come alcune specie di patogeni siano in grado di sopravvivere per lunghi periodi sulle superfici ambientali ospedaliere e sui device medici. Questi microrganismi possono quindi colonizzare o infettare i degenti sia tramite contatto diretto con le superfici e/o i device contaminati, sia indirettamente, attraverso le mani degli operatori sanitari. Tra le apparecchiature mediche, le incubatrici neonatali sono state individuate come possibili reservoir di microrganismi potenzialmente implicati nella diffusione delle ICA. Inoltre, a causa dell'imaturità del sistema immunitario, i neonati sono particolarmente a rischio di contrarre ICA. Lo scopo dello studio è quello di verificare l'efficacia di un protocollo di sanificazione per incubatrici neonatali in un contesto clinico.

**Contenuti.** Lo studio di prevalenza, con componente analitica, è stato condotto tra Settembre 2016 e Marzo 2017, nel reparto "Pediatria Neonatale" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese su 20 incubatrici di tre differenti modelli. Prima e dopo le procedure previste dal protocollo di sanificazione, sono stati effettuati tamponi ambientali su 13 differenti punti. Le operazioni di sanificazione sono state effettuate dallo staff dedicato utilizzando come disinfettante il prodotto Umonium38® Neutralis. Per evidenziare le diverse specie microbiche presenti sono stati utilizzati tre tipologie di terreni di coltura. I risultati sono stati riportati come Unità Formanti Colonie (UFC)/tampone. Successivamente, è stata condotta un'analisi descrittiva e calcolata la percentuale media di riduzione delle UFC, con relativo I.C. 95%, tra i campioni pre e post sanificazione. Il metodo bootstrap è stato utilizzato per la produzione di stime più precise. I punti pre-post sanificazione analizzati sono stati 313. Un terreno cromogenico, utilizzato prima della sanificazione, ha evidenziato la presenza di 24 punti contaminati con microrganismi appartenenti al gruppo KES (*Klebsiella-Enterobacter-Serratia*). La percentuale media di riduzione delle UFC è stata del 93,5% [I.C. 90,6-95,9%]: in particolare, del 97% nei punti situati all'interno delle incubatrici [I.C. 94,1-99,1%] e dell'88,4% [I.C. 83,6-93%] in quelli all'esterno. Nessun effetto secondario (ad esempio difficoltà respiratorie, eritema, prurito, arrossamento) si è verificato nei neonati collocati nelle incubatrici dopo l'esecuzione delle operazioni di sanificazione; inoltre, non sono state notate alterazioni sulle superfici venute a contatto con il disinfettante durante il periodo d'indagine.

**Conclusioni.** L'interazione tra staff, disinfettante e relativo utilizzo (concentrazione e tempi di contatto) ha prodotto risultati soddisfacenti. La migliore sanificazione rilevata nei punti all'interno delle incubatrici è probabilmente da attribuire ad una maggiore attenzione degli operatori, i quali vi percepiscono un maggior rischio di contaminazione. L'implementazione di un monitoraggio costante è auspicabile al fine di verificare il rispetto del protocollo nel tempo, migliorare le performance di sanificazione ottenute e garantire un ambiente sicuro per i neonati.

UNIVERSITÀ DI SIENA 1240 ANMDO Associazione Nazionale del Metodo delle Direzioni Ospedaliere FIRENZE, 25-27 OTTOBRE 2017

## LA GESTIONE DELLA SANIFICAZIONE IN AMBITO NEONATALE: UN ASPETTO NON TRASCURABILE

M. Fattorini<sup>1</sup>; S. Burgassi<sup>2</sup>; R.M.R. Cardaci<sup>2</sup>; D. Lenzi<sup>3</sup>; G. Buonocore<sup>2</sup>; K.P. Biermann<sup>4</sup>; M.F. De Marco<sup>3</sup>; G. Cevenini<sup>5</sup>; G. Messina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena;  
<sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena;  
<sup>3</sup>U.O.C. Igiene ed Organizzazione dei Servizi Ospedalieri, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese;  
<sup>4</sup>Clinical Trial Office, A.O.U. «Meyer», Firenze;  
<sup>5</sup>Dipartimento di Biotecnologie Mediche, Università di Siena.

### INTRODUZIONE

Il ruolo della **SANIFICAZIONE AMBIENTALE** come una misura efficace per contenere il diffondersi delle **INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)** è ormai ampiamente dimostrato: è stato infatti evidenziato come alcune specie di **patogeni** siano in grado di **sopravvivere per lunghi periodi** sulle superfici ambientali ospedaliere e sui device medici. Questi microrganismi possono quindi colonizzare o infettare i degenti sia tramite contatto diretto con le superfici e/o i device contaminati, sia indirettamente, attraverso le mani degli operatori sanitari. Tra le apparecchiature mediche, le **INCUBATRICI NEONATALI** sono state individuate come possibili **reservoir di microrganismi potenzialmente implicati nella diffusione delle ICA**. Lo **scopo** dello studio è quello di **VERIFICARE L'EFFICACIA DI UN PROTOCOLLO DI SANIFICAZIONE** per incubatrici neonatali in un contesto clinico.



**MODELLO DI INCUBATRICE NEONATALE TESTATO NELLO STUDIO**

### CONTENUTI

Lo studio di prevalenza, con componente analitica, è stato condotto **tra Settembre 2016 e Marzo 2017**, nel reparto "**Pediatria Neonatale**" dell'**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE** su **20 INCUBATRICI** di tre differenti modelli. **Prima e dopo** le procedure previste dal **protocollo di sanificazione**, sono stati effettuati **tamponi ambientali** su 13 differenti punti. Le operazioni di sanificazione sono state effettuate dallo staff dedicato utilizzando come disinfettante il prodotto **Umonium<sup>38</sup>® Neutralis**. Per evidenziare le diverse specie microbiche presenti sono stati utilizzati tre tipologie di terreni di coltura. I risultati sono stati riportati come **Unità Formanti Colonie (UFC)/tampone**. I punti pre-post sanificazione analizzati sono stati 313. Un **terreno cromogenico**, utilizzato prima della sanificazione, ha evidenziato la presenza di **24 punti contaminati con microrganismi appartenenti al gruppo KES (*Klebsiella-Enterobacter-Serratia*)**. La **PERCENTUALE MEDIA DI RIDUZIONE DELLE UFC** è stata del **93,5%** [I.C. 90,6-95,9%], in particolare, del **97% nei punti situati all'interno** delle incubatrici [I.C. 94,1-99,1%] e dell'**88,4%** [I.C. 83,6-93%] in quelli all'**esterno**. Inoltre, **non sono state notate alterazioni sulle superfici** venute a contatto con il disinfettante.



**TERRENO DI COLTURA CROMOGENICO**

### CONCLUSIONI

L'**INTERAZIONE** tra **staff, disinfettante** e relativo utilizzo (concentrazione e tempi di contatto) ha prodotto **RISULTATI SODDISFACENTI**. La migliore sanificazione rilevata nei punti all'interno delle incubatrici è probabilmente da attribuire ad una maggiore attenzione degli operatori, i quali vi percepiscono un maggior rischio di contaminazione. L'**implementazione di un monitoraggio costante** è **auspicabile** al fine di verificare il rispetto del protocollo nel tempo, migliorare le performance di sanificazione ottenute e garantire un ambiente sicuro per i neonati.

# L'ASP DI CALTANISSETTA: UN ESEMPIO DI CERNIERA TRA SOCIETÀ CIVILE E ISTITUZIONI

**L. Fiorella, P.M. Santino, A. Cirrone Cipolla, V. Cucchiara, C. Consiglio, G. Ferrigno, C. Iacono**

<sup>1</sup> Responsabile Direzione Medica P.O. Gela; <sup>2</sup> Direttore Sanitario ASP Caltanissetta;

<sup>3</sup> Responsabile Direzione Medica P.O. Mussomeli; <sup>4</sup> Specialista Ambulatoriale Biologa ASP Caltanissetta;

<sup>5</sup> Dirigente Psicologo ASP Caltanissetta; <sup>6</sup> Specialista volontario in management sanitario ASP Caltanissetta;

<sup>7</sup> Direttore Generale ASP Caltanissetta

**Parole chiave:** volontariato, rete, HTA

**Introduzione.** L'ASP è una organizzazione rivolta ad assicurare l'erogazione delle prestazioni essenziali e appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi per i cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali per i tramite della Conferenza dei Sindaci, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

**Contenuti.** La Missione Strategica dell'Azienda è garantire la salvaguardia della salute dei cittadini attraverso l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza fissati dalla Regione attraverso gli interventi concertati a livello territoriale con gli enti locali, La Visione Strategica dell'ASP consiste nello sviluppare integrazioni ed alleanze sia all'interno dell'organizzazione sia all'esterno per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità

L'ASP orienta la propria attività ai seguenti principi:

- flessibilità organizzativa, definita in base ai bisogni sanitari del cittadino utente;
- capacità di valorizzare, coinvolgere, gratificare e responsabilizzare il personale sugli obiettivi aziendali,
- attenzione allo sviluppo ed al monitoraggio dei processi gestionali per il continuo miglioramento delle performance
- sensibilità ed apertura nei confronti dell'ambiente esterno ed alla società civile in tutte le sue articolazioni

**Conclusioni.** L'ASP di Caltanissetta si avvale di una fitta rete di relazioni che unisce istituzioni e società civile. Ecco alcuni esempi

- **Stakeholders Istituzioni Locali Associazioni di Volontariato.** Sono le associazioni e personaggi noti che a diversi livelli operano nel territorio, promuovendo il bisogno di salute e la prevenzione.
- **Rete Civica Della Salute.** È il mezzo per permettere al cittadino di essere protagonista di tutela della salute ed accorciare la distanza tra Sanità e Cittadini. Si basa sulla conoscenza e la divulgazione di informazioni per il buon uso dei servizi sanitari. Attraverso una mailing list si diffondono periodicamente le «pillole informative di salute». Il cittadino ha così modo di tenersi informato sui servizi socio sanitari a sua disposizione sul territorio, e diventare valutatore dei servizi. I «referenti civici» per la salute, cioè cittadini rappresentativi delle diverse realtà locali attraverso la «rete» potranno offrire il proprio contributo nel migliorare i processi assistenziali diffondendo le informazioni sull'offerta dei servizi. Un compito centrale sarà svolto dai comitati consultivi aziendali. I cittadini informati e consapevoli possono diventare protagonisti attivi nelle scelte relative alla propria salute nel sistema sanitario nazionale.
- **Health Technology Assessment (HTA):** È un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione dell'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. Per «tecnologia» in questo contesto si intende non solo i dispositivi, le attrezzature e i presidi, ma anche i farmaci, le procedure mediche e chirurgiche, i sistemi di supporto ed anche i sistemi organizzativi e di gestione. L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, durante l'intero ciclo di vita, e le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario. Obiettivo è trovare percorsi che permettano di basare le scelte di politica sanitaria e sanità pubblica, ai vari livelli, sulle migliori prove scientifiche. La regione Siciliana, in questo ambito, ha evidenziato l'esigenza di sviluppare delle metodologie di valutazione e monitoraggio delle tecnologie sanitarie all'interno del Sistema sanitario regionale definendo ed implementando un modello organizzativo più efficace e sostenibile, attraverso l'emanazione di apposite linee guida regionali.

L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, durante l'intero ciclo di vita, e le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario. Obiettivo è trovare percorsi che permettano di basare le scelte di politica sanitaria e sanità pubblica, ai vari livelli, sulle migliori prove scientifiche. La regione Siciliana, in questo ambito, ha evidenziato l'esigenza di sviluppare delle metodologie di valutazione e monitoraggio delle tecnologie sanitarie all'interno del Sistema sanitario regionale definendo ed implementando un modello organizzativo più efficace e sostenibile, attraverso l'emanazione di apposite linee guida regionali.





## L'ASP di Caltanissetta: un esempio di Cerniera tra società civile e istituzioni

L. Fiorella<sup>1</sup>, P.M. Santino<sup>2</sup>, A. Cirrone Cipolla<sup>3</sup>, V. Cucchiara<sup>4</sup>, C. Consiglio<sup>5</sup>, G. Ferrigno<sup>6</sup>, C. Iacono<sup>7</sup>

1. Responsabile Direzione Medica P.O. Gela, 2. Direttore Sanitario ASP Caltanissetta, 3. Responsabile Direzione Medica P.O. Mussomeli, 4. Specialista Ambulatoriale Biologa ASP Caltanissetta, 5. Dirigente Psicologo ASP Caltanissetta, 6. Specialista volontario in management sanitario ASP Caltanissetta, 7. Direttore Generale ASP Caltanissetta

### INTRODUZIONE

L'ASP è una organizzazione rivolta ad assicurare l'erogazione delle prestazioni essenziali e appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi per i cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali per i tramite della Conferenza dei Sindaci, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali





### CONTENUTI

La Missione Strategica dell'Azienda è garantire la salvaguardia della salute dei cittadini attraverso l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza fissati dalla Regione attraverso gli interventi concertati a livello territoriale con gli enti locali. La Visione Strategica dell'ASP consiste nello sviluppare integrazioni ed alleanze sia all'interno dell'organizzazione sia all'esterno per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità

L'ASP orienta la propria attività ai seguenti principi:

- ✓ flessibilità organizzativa, definita in base ai bisogni sanitari del cittadino utente;
- ✓ capacità di valorizzare, coinvolgere, gratificare e responsabilizzare il personale sugli obiettivi aziendali,
- ✓ attenzione allo sviluppo ed al monitoraggio dei processi gestionali per il continuo miglioramento delle performance
- ✓ sensibilità ed apertura nei confronti dell'ambiente esterno ed alla società civile in tutte le sue articolazioni

### CONCLUSIONI

L'ASP di Caltanissetta si avvale di una fitta rete di relazioni che unisce istituzioni e società civile. Ecco alcuni esempi

#### STAKEOLDERS ISTITUZIONI LOCALI ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Volontari e personaggi noti che a diversi livelli operano nel territorio, promuovendo il bisogno di salute e la prevenzione.







#### RETE CIVICA DELLA SALUTE

È il mezzo per permettere al cittadino di essere protagonista di tutela della salute ed accorciare la distanza tra Sanità e Cittadini. Si basa sulla conoscenza e la divulgazione di informazioni per il buon uso dei servizi sanitari. Attraverso una mailing list si diffondono periodicamente le «pillole informative di salute». Il cittadino ha così modo di tenersi informato sui servizi socio sanitari a sua disposizione sul territorio, e diventare valutatore dei servizi. I «referenti civici» per la salute, cioè cittadini rappresentativi delle diverse realtà locali attraverso la «rete» potranno offrire il proprio contributo nel migliorare i processi assistenziali diffondendo le informazioni sull'offerta dei servizi. Un compito centrale sarà svolto dai comitati consultivi aziendali. I cittadini informati e consapevoli possono diventare protagonisti attivi nelle scelte relative alla propria salute nel sistema sanitario nazionale.




#### HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA)

È un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione dell'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. Per «tecnologia» in questo contesto si intende non solo i dispositivi, le attrezzature e i presidi, ma anche i farmaci, le procedure mediche e chirurgiche, i sistemi di supporto ed anche i sistemi organizzativi e di gestione. L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, durante l'intero ciclo di vita, e le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario. Obiettivo è trovare percorsi che permettano di basare le scelte di politica sanitaria e sanità pubblica, ai vari livelli, sulle migliori prove scientifiche. La regione Siciliana, in questo ambito, ha evidenziato l'esigenza di sviluppare delle metodologie di valutazione e monitoraggio delle tecnologie sanitarie all'interno del Sistema sanitario regionale definendo ed implementando un modello organizzativo più efficace e sostenibile, attraverso l'emanazione di apposite linee guida regionali.



# PROFILI EVOLUTIVI DEL RISK MANAGEMENT: INDAGINE SUI SINISTRI DELL'AOUP "P. GIACCONE" DI PALERMO

A. Firenze<sup>1</sup>, S. Provenzano<sup>2</sup>, F. Rocca<sup>3</sup>, G. Lentini<sup>3</sup>, P. Damiani<sup>3</sup>, O.E. Santangelo<sup>2</sup>, F. Armetta<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Professore presso Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile 'G. D'Alessandro' - Università degli Studi di Palermo

<sup>2</sup> Medico in formazione specialistica presso Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile 'G. D'Alessandro' - Università degli Studi di Palermo

<sup>3</sup> Unità Operativa di Staff Risk Management e Qualità, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo

<sup>4</sup> Medico, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile 'G. D'Alessandro' - Università degli Studi di Palermo

**Parole chiave:** risk management, rischio clinico, sinistri

**Introduzione.** Con il termine rischio clinico ci si riferisce alla probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ovvero, che possa andare incontro a un "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento dello stesso, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kohn, IOM – 1999).

Il rischio clinico può essere arginato attraverso iniziative di Risk Management, ossia quell'insieme di attività coordinate e finalizzate alla gestione dei rischi ed al potenziale pericolo. Non si tratta di una semplice analisi dei rischi, ma di una strategia che a livello operativo permetta di stimarlo e di mettere in atto contromisure valide per governarlo.

**Contenuti.** L'obiettivo principale del nostro studio è stato quello di quantificare e qualificare mediante l'analisi retrospettiva, le 319 richieste di risarcimento sinistri ricevute dall'AOUP "Paolo Giaccone" di Palermo nel periodo 2013-2016 creando uno strumento di supporto per il CAVS. Altro scopo è stato quello di fornire un'evidenza basata sui dati per intraprendere azioni di miglioramento aumentando la qualità delle cure e la sicurezza del paziente. L'analisi descrittiva del campione ha permesso di stratificare i sinistri verificatisi nelle macro-aree di pertinenza (Tabella 1).

**Conclusioni.** La gestione del rischio clinico può essere progettata a vari livelli: centrale (Ministeriale o Regionale), e periferico (Aziendale o delle singole strutture operative). Al fine di semplificare ulteriormente la programmazione e la messa in opera delle azioni di miglioramento gli strumenti operativi (SO) a livello periferico sono suddivisi in "specifici" e "non specifici".

Gli SO "non specifici" sono trasversalmente applicabili a tutte le aree e sono:

Mappatura dei rischi.

- Segnalazione e l'analisi degli incidenti critici.
- Linee guida ed i percorsi diagnostici-terapeutici.
- Audit clinico.
- Comunicazione interna.
- Cultura ed il clima organizzativo.
- Relazione operatore-paziente.
- Cartella clinica e la documentazione sanitaria.

Infine seguendo il principio per cui qualora vengano individuate specifiche criticità, bisogna intervenire con altrettanta specificità, l'analisi dettagliata dei 319 casi oggetto dello studio retrospettivo ci permette di individuare le principali cause di richiesta di risarcimento, di individuare l'errore e programmare azioni "specifiche" di miglioramento (Tabella 2).



## PROFILI EVOLUTIVI DEL RISK MANAGEMENT: INDAGINE SUI SINISTRI DELL'AOUP "P. GIACCONE" DI PALERMO.



43° Congresso Nazionale ANMDO  
Firenze 25-27 ottobre 2017

Firenze A.<sup>1</sup>; Provenzano S.<sup>2</sup>; Rocca F.<sup>3</sup>; Lentini G.<sup>3</sup>; Damiani P.<sup>3</sup>; Santangelo O.E.<sup>2</sup>; Armetta F.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Professore presso Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile 'G. D'Alessandro' - Università degli Studi di Palermo.

<sup>2</sup> Medico in formazione specialistica presso Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile 'G. D'Alessandro' - Università degli Studi di Palermo.

<sup>3</sup> Unità Operativa di Staff Risk Management e Qualità, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo.

<sup>4</sup> Medico, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile 'G. D'Alessandro' - Università degli Studi di Palermo.

**Parole chiave** Risk Management, Rischio Clinico, Sinistri.

### Introduzione

Con il termine rischio clinico ci si riferisce alla probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ovvero, che possa andare incontro a un "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento dello stesso, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kohn, IOM – 1999). Il rischio clinico può essere arginato attraverso iniziative di Risk Management, ossia quell'insieme di attività coordinate e finalizzate alla gestione dei rischi ed al potenziale pericolo. Non si tratta di una semplice analisi dei rischi, ma di una strategia che a livello operativo permetta di stimarlo e di mettere in atto contromisure valide per governarlo.

### Contenuti

L'obiettivo principale del nostro studio è stato quello di quantificare e qualificare mediante l'analisi retrospettiva, le 319 richieste di risarcimento sinistri ricevute dall'AOUP "Paolo Giaccone" di Palermo nel periodo 2013-2016 creando uno strumento di supporto per il CAVS. Altro scopo è stato quello di fornire un'evidenza basata sui dati per intraprendere azioni di miglioramento aumentando la qualità delle cure e la sicurezza del paziente. L'analisi descrittiva del campione ha permesso di stratificare i sinistri verificatisi nelle macro-aree di pertinenza (Tabella 1).

Macro-area	Osservazioni Assolute	Osservazione Relativa
Area medica	59	19%
Area chirurgica	172	54%
Area emergenza	16	5%
Area tecnica	49	15%
Area amministrativa	6	2%
Nessuna risposta (NA)	17	5%
Tot	319	100%

Tabella 1. Osservazioni assolute e relative di sinistri distribuite per macro-area, del triennio 2013-2016.

Causa danno	Osservazioni Assolute	Osservazione Relativa
Errato intervento	100	31%
Caduta	52	16%
Errata terapia	9	3%
Errata o tardiva diagnosi	55	17%
Reazione avversa a farmaci	3	1%
Danno a cose	7	2%
Malfunzionamento apparecchiature	4	1%
Infezione ospedaliera	19	6%
Complicanze post-operatorie	16	5%
Altro	37	12%
NA	17	5%
Tot	319	100%

Tabella 2: Cause più frequenti di richiesta di risarcimento danni.

### Conclusioni

La gestione del rischio clinico può essere progettata a vari livelli: centrale (Ministeriale o Regionale), e periferico (Aziendale o delle singole strutture operative). Al fine di semplificare ulteriormente la programmazione e la messa in opera delle azioni di miglioramento gli strumenti operativi (SO) a livello periferico sono suddivisi in "specifici" e "non specifici".

Gli SO "non specifici" sono trasversalmente applicabili a tutte le aree e sono:

- Mappatura dei rischi.
- Segnalazione e l'analisi degli incidenti critici.
- Linee guida ed i percorsi diagnostici-terapeutici.
- Audit clinico.
- Comunicazione interna.
- Cultura ed il clima organizzativo.
- Relazione operatore-paziente.
- Cartella clinica e la documentazione sanitaria.

Infine seguendo il principio per cui qualora vengano individuate specifiche criticità, bisogna intervenire con altrettanta specificità, l'analisi dettagliata dei 319 casi oggetto dello studio retrospettivo ci permette di individuare le principali cause di richiesta di risarcimento, di individuare l'errore e programmare azioni "specifiche" di miglioramento (Tabella 2).

# MONITORAGGIO DEI PROCESSI CLINICO ASSISTENZIALI: L'AUDIT DELLA BREAST UNIT NELL'AZIENDA OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA

S. Galmozzi<sup>1</sup>, R. Papa<sup>2</sup>, L. Polenta<sup>2</sup>, C. Martini<sup>2</sup>, M. Sebastiani<sup>2</sup>, F. Luzi<sup>2</sup>, L. Incicchitti<sup>2</sup>, V.M. Scandali<sup>1</sup>, V. Aurelio<sup>2</sup>, M.C. Gemini<sup>2</sup>, E. Baldi<sup>3</sup>, R. Berardi<sup>4</sup>, G. Serafini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Medicina Preventiva

e Sanità Pubblica - Università Politecnica delle Marche, Ancona

<sup>2</sup> SO Direzione Medica Ospedaliera, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

<sup>3</sup> Dipartimento Scienze Radiologiche, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

<sup>4</sup> Clinica Oncologica - Università Politecnica delle Marche, Ancona

**Parole chiave:** audit, breast unit, PDTA

**Introduzione.** L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti (AOU-OR) di Ancona ha realizzato il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente affetto da tumore della mammella. L'obiettivo del presente lavoro è quello di illustrare i risultati dell'audit clinico, condotto dai professionisti componenti la Breast Unit (BU) aziendale, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza offerta ai pazienti.

**Contenuti.** L'audit clinico è stato sviluppato secondo le seguenti fasi:

- 1) Ottobre 2016-Marzo 2017, selezione da parte del panel di esperti BU delle best practice ed individuazione degli indicatori necessari per il loro monitoraggio;
- 2) Aprile-Maggio 2017, sviluppo di un applicativo informatico dedicato (database BU) che consentisse la rilevazione in tempo reale dei dati necessari al calcolo degli indicatori individuati;
- 3) Giugno-Agosto 2017, fase pilota;
- 4) Settembre 2017, calcolo degli indicatori e primo audit.

Gli indicatori selezionati dai professionisti della BU sono stati individuati tra quelli fissati dal Ministero della Salute nel "Documento del Gruppo di lavoro per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia" (2014).

I dati presentati sono stati elaborati dal team di Data Management della BU in collaborazione con la Direzione Medica Ospedaliera. I risultati degli indicatori sono elencati nelle tabelle 1 e 2.

\*Al momento dell'estrapolazione, nel database BU erano contenuti un totale di 170 casi.

\*\*Denominatore da SDO calcolato in base a trend 1° semestre 2017

**Conclusioni.** Nonostante il periodo in analisi limitato nel tempo e svantaggiato dalle dinamiche intrinseche ad una fase pilota, per la maggior parte degli indicatori risulta evidente il pieno raggiungimento degli standard previsti. Per quanto riguarda gli standard in via di raggiungimento, sono state vagliate le possibili cause e, in concerto con la direzione medica, individuate delle azioni migliorative il cui impatto verrà valutato nel corso degli audit successivi.

In conclusione, i risultati del primo audit della BU, seppur preliminari, dimostrano la qualità delle cure fornite, indispensabili in un'ottica di costante miglioramento dei servizi offerti.



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE  
SEZIONE DI IGIENE, MEDICINA PREVENTIVA E SANITA' PUBBLICA



# MONITORAGGIO DEI PROCESSI CLINICO ASSISTENZIALI: L'AUDIT DELLA BREAST UNIT NELL'AZIENDA OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA

Galmozzi S<sup>1</sup>, Papa R<sup>2</sup>, Polenta L<sup>2</sup>, Martini C,<sup>2</sup> Sebastiani M<sup>2</sup>, Luzi F<sup>2</sup>, Incicchitti L<sup>2</sup>, Scandali VM<sup>1</sup>, Aurelio V<sup>2</sup>, Gemini MC<sup>2</sup>, Baldi E<sup>3</sup>, Berardi R<sup>4</sup>, Serafini G<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>: Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - Università Politecnica delle Marche, Ancona.

<sup>2</sup>: SO Direzione Medica Ospedaliera, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

<sup>3</sup>: Dipartimento Scienze Radiologiche, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

<sup>4</sup>: Clinica Oncologica - Università Politecnica delle Marche, Ancona.

On behalf of Breast Unit Group- AOU OR Ancona



## INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti (AOU-OR) di Ancona ha realizzato il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente affetto da tumore della mammella. L'obiettivo del presente lavoro è quello di presentare l'audit clinico condotto dai professionisti componenti la Breast Unit (BU) aziendale al fine di migliorare la qualità dell'assistenza offerta ai pazienti affetti da questo importante problema di salute.

## CONTENUTI

L'audit clinico è stato sviluppato secondo le seguenti fasi:

- ❖ 2016-Marzo 2017, selezione da parte del panel di esperti BU delle best practice ed individuazione gli indicatori necessari per il loro monitoraggio;
- ❖ Aprile-Maggio 2017, sviluppo di un applicativo informatico dedicato (database BU) che consentisse la rilevazione in tempo reale dei dati necessari al calcolo degli indicatori individuati;
- ❖ Giugno-Agosto, fase pilota;
- ❖ Settembre 2017, calcolo degli indicatori e primo audit.

Gli indicatori selezionati dai professionisti della BU sono stati individuati tra quelli contenuti nel documento ministeriale

"Documento del Gruppo di lavoro per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia" (Ministero della Salute, 2014).

I dati presentati sono stati elaborati dal team di Data Management della BU in collaborazione con la Direzione Medica Ospedaliera. I risultati degli indicatori sono elencati nelle tabelle 1 e 2.

## CONCLUSIONI

Per la maggior parte degli indicatori risulta evidente il pieno raggiungimento degli standard previsti, nonostante il periodo in analisi limitato nel tempo e svantaggiato dalle dinamiche intrinseche ad una fase pilota. Per quanto riguarda gli standard in via di raggiungimento, sono state vagliate le possibili cause e, in concerto con la direzione medica, individuate delle azioni migliorative il cui impatto verrà valutato nel corso degli audit successivi.

In conclusione, i risultati del primo audit BU ne dimostrano l'utilità nel valutare la qualità delle cure fornite indispensabili in un'ottica di costante miglioramento dei servizi offerti.

Tab 1 - Raccolta dati da flusso SDO: 1° semestre 2017

ID	INDICATORE	Standard	RISULTATO
1	Volume di interventi per carcinoma della mammella per struttura e anno	≥150	442 casi
2	Volume di nuovi interventi di resezione per tumore invasivo della mammella entro 90 giorni da un precedente intervento chirurgico	≤10%	3,88%
3	Volume di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico per carcinoma in situ della mammella	≤10%	8,93%
4	Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel 12 mesi successivi all'intervento chirurgico demolitivo per tumore maligno della mammella	≤30%	0,24%
5	Proporzione di pazienti con TIS che non ha avuto dissezione ascellare	95%	100%
6	Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo con un singolo intervento (esclusa ricostruzione)	≥90%	72,5%

Tab 2 - Raccolta dati da Database BU: 01/06-31/08/2017\*

ID	INDICATORE	Standard	RISULTATO
7	Proporzione di pazienti con carcinoma non invasivo fino a 2 cm che hanno eseguito chirurgia conservativa	>80%	100%
8	Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo fino a 3 cm (dimensione totale e componente Tis inclusa) che hanno eseguito chirurgia conservativa	>70%	69%
9	Proporzione di pazienti discussi all'incontro multidisciplinare per la discussione dei casi clinici	90%	95,2%**
1	Proporzione di carcinomi invasivi per i quali sono stati registrati i seguenti parametri prognostico-predittivi: tipo istologico, grado, stadio patologico (T0 N), invasione vascolare peritumorale, distanza dai margini, ER&Pgr, HER2, Ki67	90%	100%
1	Proporzione di carcinomi non invasivi per i quali sono stati registrati i seguenti parametri prognostico-predittivi: tipo istologico, dimensione in mm, grado, distanza dai margini	90%	100%
1	Proporzione di pazienti con coinvolgimento dei linfonodi ascellari (>uguale	80%	75%
2	pN2a) che hanno ricevuto RT dopo mastectomia		
1	Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo endocrino responsivo che 3 hanno ricevuto ormonoterapia	80%	69%

\*Al momento dell'estrapolazione, nel database BU erano contenuti un totale di 170 casi.

\*\*Denominatore da SDO calcolato in base a trend 1° semestre 2017



43° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO  
FIRENZE 25-27 OTTOBRE 2017



# IL RISCHIO CLINICO ALLA LUCE DELLA RECENTE NORMATIVA: L'ESPERIENZA DELL'AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO

A. Garibaldi<sup>1</sup>, E. Lovato<sup>1</sup>, P. Pellegrino<sup>1</sup>, F. Mana<sup>1</sup>, A. Dutto<sup>2</sup>, L. Nasi<sup>2</sup>, G. Peano<sup>2</sup>, B. Bogetti<sup>3</sup>,  
A. Poglio<sup>4</sup>, L. Savio<sup>5</sup>, P. Malvasio<sup>6</sup>, C. Bedogni<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Direzione Sanitaria di Presidio - AO S. Croce e Carle

<sup>2</sup> Funzione Qualità ed accreditamento - AO S. Croce e Carle

<sup>3</sup> Ufficio Legale - AO S. Croce e Carle

<sup>4</sup> Medicina Legale - ASL CN1

<sup>5</sup> Responsabile DiPSa - AO S. Croce e Carle

<sup>6</sup> Direzione Strategica - AO S. Croce e Carle

**Parole chiave:** rischio clinico, risk management

**Introduzione.** L'AO S. Croce e Carle di Cuneo ha recentemente ridefinito l'organizzazione aziendale in materia di rischio clinico alla luce della Legge n.24 del 08.03.2017 con i seguenti obiettivi:

- centralizzare gli aspetti legati a sicurezza e qualità
- considerare come cardine l'assistenza basata sulle prove di efficacia e la cultura dell'imparare dall'errore
- integrare l'attività delle differenti figure professionali

**Contenuti.** In linea con quanto proposto dal documento programmatico dell'ANMDO, il Risk Manager (RM) è stato identificato nel Direttore Sanitario di Presidio, la cui attività è in stretto raccordo con il gruppo operativo definito "Unità di Gestione Rischio Clinico" (UGRC) e con tutti i servizi coinvolti già attivi ed indipendenti (DSP, CIO, Area farmaceutica, HTA, Comitato Gestione Sinistri, Ufficio Qualità, Ufficio Legale). Il RM è coadiuvato dall'attività dell'UGRC composta da personale della Funzione Qualità e Accreditamento (in capo al quale è il coordinamento), da un medico di Direzione Sanitaria, dal Responsabile delle Professioni Sanitarie, da un medico legale, da un avvocato del Servizio Legale.

L'attività è cadenzata da incontri periodici (generalmente quindicinali) al fine di verificare la strutturazione dei percorsi clinici, discutere su audit di particolare rilevanza, provvedere al coinvolgimento degli esercenti le professioni sanitarie, programmare eventi formativi mirati privilegiando aspetti quali gestione del rischio e dei sinistri, prevenzione dei rischi infettivi, corretta gestione della documentazione sanitaria, comunicazione con i paziente e i familiari, informatizzazione dei percorsi per un migliore monitoraggio dei rischi, corretto management del farmaco e supporto organizzativo nella gestione del contenzioso.

Per ogni area, l'Azienda sta promuovendo specifici interventi quali ad esempio la gestione degli eventi avversi attraverso FMEA FMECA per l'analisi a priori del rischio, revisione delle procedure di segnalazione eventi avversi/sentinella, revisione delle procedure di gestione del farmaco, di errori in terapia con antineoplastici e di distribuzione diretta dei farmaci, Introduzione dello strumento "codice colore" per la riduzione degli errori in terapia, sperimentazione dell'informatizzazione della distribuzione del farmaco dalla fase prescrittiva alla somministrazione.

A seconda della specifica attività è previsto il coinvolgimento di referenti a livello dipartimentale (medici e/o comparto) o a livello più capillare con i Referenti del Rischio Clinico, formalmente identificati dalle varie strutture.

**Conclusioni.** In fase di definizione di un regolamento interno all'UGRC, è stato evidente come la gestione del rischio non possa fondarsi su elementi quali le responsabilità professionale, il contenzioso medico-legale e la gestione dei sinistri. Obiettivo sul quale lavorare è quello di prediligere e rafforzare la fase "preventiva" del rischio che, pur richiedendo notevoli energie in termini di risorse a fronte di un "impatto visivo" meno evidente, possa portare un notevole vantaggio sia agli operatori che ai pazienti e un coinvolgimento attivo e proattivo di tutte le figure professionali dell'Azienda.



## Il Rischio Clinico alla luce della recente normativa: l'esperienza dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo



Garibaldi A.<sup>1</sup>; Lovato E.<sup>1</sup>; Pellegrino P.<sup>1</sup>; Mana F.<sup>1</sup>; Dutto A.<sup>2</sup>; Nasi L.<sup>2</sup>; Peano G.<sup>2</sup>; Bogetti B.<sup>3</sup>; Poglio A.<sup>4</sup>; Savio L.<sup>5</sup>; Malvasio P.<sup>6</sup>; Bedogni C.<sup>6</sup>

1 Direzione Sanitaria di Presidio - AO S. Croce e Carle; 2 Funzione Qualità ed accreditamento - AO S. Croce e Carle; 3 Ufficio Legale - AO S. Croce e Carle; 4 Medicina Legale ASL CN1; 5 DiPSa - AO S. Croce e Carle; 6 Direzione Strategica - AO S. Croce e Carle

### INTRODUZIONE

L'AO S. Croce e Carle di Cuneo ha recentemente ridefinito l'organizzazione aziendale in materia di rischio clinico alla luce della Legge n.24 del 08.03.2017 con i seguenti obiettivi:

centralizzare gli aspetti legati a sicurezza e qualità

considerare come cardine l'assistenza basata sulle prove di efficacia e la cultura dell'imparare dall'errore;

integrare l'attività delle differenti figure professionali



### CONTENUTI

In linea con quanto proposto dal documento programmatico dell'ANMDO, il Risk Manager (RM) è stato identificato nel Direttore Sanitario di Presidio, la cui attività è in stretto raccordo con il gruppo operativo definito "Unità di Gestione Rischio Clinico" (UGRC) e con tutti i servizi coinvolti già attivi ed indipendenti (DSP, CIO, Area farmaceutica, HTA, Comitato Gestione Sinistri, Ufficio Qualità, Ufficio Legale).

Il RM è coadiuvato dall'attività dell'UGRC composta da:  
- personale della Funzione Qualità e Accreditamento (in capo al quale è il coordinamento),  
- da un medico di Direzione Sanitaria,  
- dal Responsabile delle Professioni Sanitarie,  
- da un medico legale,  
- da un avvocato del Servizio Legale.



L'attività è cadenzata da incontri periodici (generalmente quindicinali) al fine di

- verificare la strutturazione dei percorsi clinici,
- discutere su audit di particolare rilevanza,
- provvedere al coinvolgimento degli esercenti le professioni sanitarie,
- programmare eventi formativi mirati

privilegiando aspetti quali

- gestione del rischio e dei sinistri,
- prevenzione dei rischi infettivi,
- corretta gestione della documentazione sanitaria,
- comunicazione con i paziente e i familiari,
- informatizzazione dei percorsi per un migliore monitoraggio dei rischi,
- corretto management del farmaco,
- supporto organizzativo nella gestione del contenzioso.

Per ogni area, l'Azienda sta promuovendo specifici interventi quali ad esempio la gestione degli eventi avversi attraverso FMEA FMECA per l'analisi a priori del rischio, revisione delle procedure di segnalazione eventi avversi/sentinella, revisione delle procedure di gestione del farmaco, di errori in terapia con antineoplastici e di distribuzione diretta dei farmaci, introduzione dello strumento "codice colore" per la riduzione degli errori in terapia, sperimentazione dell'informatizzazione della distribuzione del farmaco dalla fase prescrittiva alla somministrazione.

A seconda della specifica attività è previsto il coinvolgimento di referenti a livello dipartimentale (medici e/o comparto) o a livello più capillare con i Referenti del Rischio Clinico, formalmente identificati dalle varie strutture.

### CONCLUSIONI

In fase di definizione di un regolamento interno all'UGRC, è stato evidente come la gestione del rischio non possa fondarsi su elementi quali le responsabilità professionale, il contenzioso medico-legale e la gestione dei sinistri. Obiettivo sul quale lavorare è quello di prediligere e rafforzare la fase "preventiva" del rischio che, pur richiedendo notevoli energie in termini di risorse a fronte di un "impatto visivo" meno evidente, possa portare un notevole vantaggio sia agli operatori che ai pazienti e un coinvolgimento attivo e proattivo di tutte le figure professionali dell'Azienda.

# PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO, "A NASO" LA MUPIROCINA FUNZIONA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

L. Gentile<sup>1</sup>, G.M. Schifino<sup>1</sup>, F. Campanella<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia

<sup>2</sup> Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense - Università degli Studi di Pavia

**Parole chiave:** mupirocina, infezioni del sito chirurgico, ortopedia

**Introduzione.** Lo *Staphylococcus Aureus* è il patogeno più frequentemente implicato nelle infezioni del sito chirurgico (SSI) correlate a chirurgia ortopedica protesica. Tali complicanze risultano estremamente rilevanti in quanto causano prolungamento della degenza ospedaliera e un aumento dei costi assistenziali. Varie strategie sono state sviluppate per limitare l'incidenza di queste infezioni correlate con l'assistenza e l'organizzazione mondiale della sanità ha pubblicato nel 2016 le nuove "Linee Guida globali per la Prevenzione dell'Infezione del Sito Chirurgico" identificando l'applicazione nasale di Mupirocina al 2% come procedura fortemente raccomandata per i pazienti colonizzati da *S. Aureus*, che si devono sottoporre a chirurgia ortopedica.

**Contenuti.** È stata effettuata una revisione della letteratura disponibile su MEDLINE valutando le Parole chiave: "nasal carriage s. aureus", "orthopedic surgery", "mupirocin", "decolonization", "surgical site infection" e i termini MESH "mupirocin", "nose", "orthopedics", "staphylococcus aureus" and "surgical wound infection". Gli studi inclusi dovevano essere in lingua inglese, disponibili in full text e valutare l'efficacia preventiva della decolonizzazione nasale con Mupirocina sulle infezioni del sito chirurgico. Sono stati individuati 144 articoli, di cui 37 sono risultati rilevanti dalla lettura dell'abstract. Sono stati accettati per la valutazione finale 12 articoli in quanto rispondenti ai criteri di inclusione. La maggior parte degli studi sono stati condotti negli Stati Uniti, la restante parte in Olanda, Giappone, Regno Unito. Il disegno dello studio era in 9 articoli osservazionale, nei restanti 3 sperimentale. Nella quasi totalità degli studi (11/12) emerge un parere favorevole al trattamento con Mupirocina dei pazienti colonizzati da *S. Aureus* prima degli interventi di chirurgia elettiva ortopedica.

**Conclusioni.** Nonostante non tutti gli studi effettuati fin ora risultino concordi nell'indicare una chiara efficacia del trattamento di decolonizzazione per la riduzione delle SSI, emerge un'indicazione a favore dell'utilizzo della Mupirocina. Ulteriori studi con valutazioni sia qualitative che quantitative risultano necessari per una migliore determinazione dell'efficacia dell'intervento in oggetto.



# PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO, "A NASO" LA MUPIROCINA FUNZIONA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA



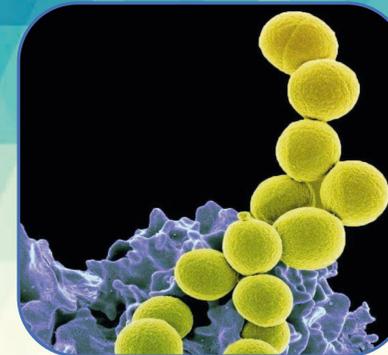
Gentile Leandro<sup>1</sup>, Schifino Gaia Marzia<sup>1</sup>, Campanella Francesca<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia

<sup>2</sup> Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia

## INTRODUZIONE

Lo *Staphylococcus Aureus* è il patogeno più frequentemente implicato nelle infezioni del sito chirurgico (SSI) correlate a chirurgia ortopedica protesica. Tali complicanze risultano estremamente rilevanti in quanto causano prolungamento della degenza ospedaliera e un aumento dei costi assistenziali. Varie strategie sono state sviluppate per limitare l'incidenza di queste infezioni correlate con l'assistenza e l'organizzazione mondiale della sanità ha pubblicato nel 2016 le nuove "Linee Guida globali per la Prevenzione dell'Infezione del Sito Chirurgico" identificando l'applicazione nasale di Mupirocina al 2% come procedura fortemente raccomandata per i pazienti colonizzati da *S. Aureus*, che si devono sottoporre a chirurgia ortopedica.



N. Studio	Anno di pubbl	Naz.	n. pz	Tipo studio	Parere
Studio 1	2016	USA	4042	Osservazionale	Favorevole
Studio 2	2016	USA	11268	Osservazionale	Favorevole
Studio 3	2010	Olanda	6771	Sperimentale	Favorevole
Studio 4	2016	UK	1338	Osservazionale	Favorevole
Studio 5	2002	Olanda	571	Sperimentale	Favorevole
Studio 6	2008	USA	284	Osservazionale	Favorevole
Studio 7	2008	USA	636	Osservazionale	Favorevole
Studio 8	2011	USA	4465	Osservazionale	Favorevole
Studio 9	2012	USA	84	Sperimentale	Non significativo
Studio 10	2013	USA	2638	Osservazionale	Favorevole
Studio 11	2003	UK	2178	Osservazionale	Favorevole
Studio 12	2009	Giappone	2423	Osservazionale	Favorevole

## CONTENUTI

È stata effettuata una revisione della letteratura disponibile su MEDLINE valutando le parole chiave: "nasal carriage s. aureus", "orthopedic surgery", "mupirocin", "decolonization", "surgical site infection" e i termini MESH "mupirocin", "nose", "orthopedics", "staphylococcus aureus" and "surgical wound infection". Gli studi inclusi dovevano essere in lingua inglese, disponibili in full text e valutare l'efficacia preventiva della decolonizzazione nasale con Mupirocina sulle infezioni del sito chirurgico. Sono stati individuati 144 articoli, di cui 37 sono risultati rilevanti dalla lettura dell'abstract. Sono stati accettati per la valutazione finale 12 articoli in quanto rispondenti ai criteri di inclusione. La maggior parte degli studi sono stati condotti negli Stati Uniti, la restante parte in Olanda, Giappone, Regno Unito. Il disegno dello studio era in 9 articoli osservazionale, nei restanti 3 sperimentale. Nella quasi totalità degli studi (11/12) emerge un parere favorevole al trattamento con Mupirocina dei pazienti colonizzati da *S. Aureus* prima degli interventi di chirurgia elettiva ortopedica.

## CONCLUSIONI

Nonostante non tutti gli studi effettuati fin ora risultino concordi nell'indicare una chiara efficacia del trattamento di decolonizzazione per la riduzione delle SSI, emerge un'indicazione a favore dell'utilizzo della Mupirocina. Ulteriori studi con valutazioni sia qualitative che quantitative risultano necessari per una migliore determinazione dell'efficacia dell'intervento in oggetto.



## L'ATTIVAZIONE DEL PEIMAF NEL PO SAN VINCENZO IN OCCASIONE DEL G7 A TAORMINA A MAGGIO 2017: IMPORTANTE ESPERIENZA DELL'ASP DI MESSINA PER L'IMPEGNO ORGANIZZATIVO

**N. Giallanza\***, **R. Cunsolo<sup>§</sup>**, **D. Sindoni<sup>^</sup>**, **E. Picciolo<sup>°</sup>**, **F. Isaja\*\***, **G. Filoni\*\*\***,  
**M. Passalacqua<sup>^^</sup>**, **E. Pellegrino<sup>°°</sup>**, **G. Sirna<sup>°°°</sup>**

\* Ufficio Qualità Asp di Messina; § Direttore Medico di Presidio PO San Vincenzo di Taormina;

^ Direttore Sanitario Asp di Messina; ° Responsabile Emergenza territoriale per l'Asp di Messina;

\*\* Referente per Emergenza ospedaliera PO San Vincenzo di Taormina; \*\*\* Direttore UO Anestesia e Rianimazione

PO San Vincenzo PO di Taormina; ^^ Responsabile Pronto Soccorso PO San Vincenzo di Taormina;

°° Responsabile SPP Asp di Messina; °°° Direttore Generale Asp di Messina

**Parole chiave:** grande evento, attivazione PEIMAF, capacità organizzativa

**Introduzione.** In occasione del Vertice dei Capi di Stato e di Governo G7, che ha avuto luogo il 26 e 27 maggio 2017 a Taormina e classificato come "grande evento", l'Asp di Messina è stata impegnata in una importante attività organizzativa che ha visto coinvolte le strutture sanitarie eroganti prestazioni sia nel suo vasto territorio di 109 comuni (con n. 8 Distretti Sanitari) che in ambito ospedaliero (con i PP.OO. di Taormina; Ospedali Riuniti di Barcellona, Milazzo e Lipari; Patti; Ospedali Riuniti di Mistretta e S. Agata di Militello). Il PO di Taormina, per via della sua posizione geografica, era posto all'interno dell'evento. Dotato di oltre 180 pp.ll., nelle giornate del G7, ha messo a disposizione n. 7 sale operatorie dedicate, con relative equipe. In detto periodo hanno operato in guardia attiva nel PO, n. 1150 unità.

**Contenuti.** La Direzione Medica del PO San Vincenzo di Taormina, in armonia con le indicazioni operative della Direzione dell'Asp di Messina, ha curato le azioni logistico-organizzative: Formazione degli operatori, Diffusione delle procedure operative; Approvvigionamento di altro materiale/presidi necessari, Verifica delle scorte di farmaci, emocomponenti e carrelli emergenza, Unità di Crisi e presentazione versione aggiornata del PEIMAF (piano di emergenza interna per massiccio afflusso di feriti del P.O. di Taormina), Utilizzazione di risorse aggiuntive; Informazioni a tutti gli operatori del PO sulle procedure operative; Accoglienza di alcune Delegazioni delle Nazioni partecipanti (USA, Francia e Giappone); Preparazione degli scenari e individuazione aree di emergenza, Gestione attiva del PEIMAF. Il PEIMAF è stato aggiornato secondo un format, creato a livello centrale, con la collaborazione dell'Ufficio Qualità e del Servizio di Prevenzione e Protezione, e quindi contestualizzato in ogni singolo PO dell'Asp.

**Conclusioni.** Il Personale del PO ha potuto ricevere un dettagliato livello informativo su: periodo sospensione di ferie e di tutte le attività programmabili ambulatoriali; crono-programma dell'evento; predisposizione di un'ACTION CARD; ricognizione in ogni UO di presidi e materiale vario. Attenzione rilevante è stata anche rivolta all'accoglienza di alcune delegazioni di Nazioni partecipanti al G7 (USA, Francia e Giappone) con visite guidate presso alcune aree del PO di Taormina. Il PEIMAF, articolato nei tre momenti principali della gestione di un massiccio afflusso di feriti al PS del PO (ricezione e diffusione dell'allarme; preparazione di spazi, personale e attrezzature che precede l'accesso dei feriti; assistenza ai feriti al momento del loro arrivo), ha comportato l'attivazione dell'Ambulatorio G7 per assicurare "la massima riservatezza e rapidità di intervento ai Capi di Stato ed alle relative delegazioni, e secondo un preciso cronoprogramma dell'evento con i seguenti livelli di operatività:

- LIVELLO 1 VERDE ATTENZIONE dalle ore 08.00 del 22 Maggio alle ore 20.00 del 28 Maggio 2017;
- LIVELLO 3 ROSSO ALLARME dalle ore 20.00 del 25 Maggio alle ore 08.00 del 28 Maggio 2017;
- LIVELLO 1 VERDE ATTENZIONE dalle ore 08.00 alle ore 20.00 del 28 Maggio 2017;
- LIVELLO 0 BIANCO ORDINARIO dalle ore 20.00 del 28 Maggio 2017.

L'evento G7 ha rappresentato una grossa (e forse irripetibile) occasione per verificare e testare gli aspetti organizzativi, lo stesso PEIMAF e quindi la capacità di risposta assistenziale sia del PO di Taormina che di tutte le strutture ospedaliere della provincia di Messina, di quelle limitrofe (in particolare Catania e Palermo) e dell'intera Regione Sicilia.

# BUONE PRASSI E STRUTTURE DI ECCELLENZA COMPETENZE DELLA DIREZIONE OSPEDALIERA FORMAZIONE SUL CAMPO ANMDO FVG

C. Giuliani\*, R. Cocconi#, R. Cerchi§, L. Pelusi§

\* AAS 2 Bassa Friulana - Isontina Gorizia; # Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine;

§ Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

**Introduzione.** La sezione regionale ANMDO del Friuli Venezia-Giulia (FVG) promuove da molto tempo una serie di attività formative e scientifiche su temi di igiene ospedaliera e gestione dei servizi sanitari dedicate ai medici delle Direzioni Mediche Ospedaliere e ai medici della scuola di specialità in Igiene e Medicina Preventiva. Il gruppo regionale, in un'ottica di consolidamento della comunità di pratica, intende proseguire un'attività avviata negli anni scorsi e che prevede la diffusione di *best practice* in un'ottica di soddisfacimento dei bisogni e di risposta alle aspettative di salute e di accesso alle cure di alta qualità da parte della popolazione.

**Obiettivo.** Favorire il confronto tra professionisti delle Direzioni Ospedaliere e dei medici in formazione attraverso la condivisione a livello regionale di modelli organizzativi e *best practice* che coinvolgono la Direzione Medica.

**Contenuti.** Il corso per l'anno 2017 si è sviluppato secondo la metodologia del *case study* e si è articolato in cinque sessioni che prevedono un'alternanza di attività pratiche e teoriche su tematiche riguardanti l'implementazione di modelli organizzativi e *best practice*.

I temi selezionati hanno consentito di programmare il percorso formativo itinerante negli ospedali della regione, creando pertanto la possibilità di utili confronti e scambi di esperienza.

Nello specifico le realtà che sono state prese in esame sono:

- Centrale di Sterilizzazione e Centrale Tecnologica - Ospedale Universitario di Udine
- Unità Farmaci Antiblastici (UFA) - Ospedale Universitario di Trieste
- Centrale Operativa 112 (unica regionale) - Ospedale di Palmanova (UD)
- Laboratorio Unico Interaziendale (LUI) - Ospedale Universitario di Udine
- Regolamento di polizia mortuaria e visita alla Casa del Commiato - Ospedale di Spilimbergo (PN)

La scelta di questi percorsi è stata dettata da una serie di considerazioni attinenti al loro carattere innovativo e da cambiamenti di assetti tecnico logistici avvenuti recentemente nella Regione FVG.

Nell'ambito degli incontri i tutor hanno proposto una riflessione strutturata con particolare riferimento alle dimensioni organizzative, all'organico ed alle valutazioni economiche, condividendo una serie di osservazioni e valutazioni sul campo all'interno dei *setting* individuati.

Nelle strutture di eccellenza visitate, nell'ambito delle buone prassi, sono state messe in evidenza le competenze specifiche della Direzione Ospedaliera ed i meccanismi di propagazione dei cambiamenti introdotti.

A conclusione del percorso è previsto un *debriefing* che coinvolge anche gli attori istituzionali con la finalità di valutare la trasferibilità delle *best practice* presso le realtà ospedaliere della regione.

Oltre ai tutor, agli incontri hanno partecipato professionisti "esperti" di volta in volta individuati.

**Conclusioni.** La formazione sul campo, organizzata dall'ANMDO FVG, ha reso possibile uno scambio di esperienze e pratiche su alcuni temi di attualità anche alla luce del recente riassetto organizzativo delle Aziende Sanitarie regionali.

La periodicità degli incontri ha reso inoltre possibile un confronto continuo tra i professionisti, un incontro tra le diverse generazioni, in particolare con i medici in formazione, consolidando in tal modo il gruppo degli igienisti delle Direzioni Mediche.

Il progetto si è sviluppato nell'ambito di venti ore per le quali sono stati assegnati venti crediti formativi ECM.

# AOU SENESE E INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: I DATI DI PREVALENZA 2017

M. Golferà<sup>1</sup>, D. Lenzi<sup>3</sup>, F. Toscano<sup>1</sup>, G. Messina<sup>2</sup>, A. Tinturini<sup>3</sup>, B.R. Porchia<sup>3</sup>, S. Brandani<sup>3</sup>, M.F. De Marco<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena

<sup>2</sup> Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena

<sup>3</sup> U.O.C. Igiene ed Organizzazione dei Servizi Ospedalieri, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

**Parole chiave:** ICA, indagine, prevalenza

**Introduzione.** Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano una delle emergenze in Sanità Pubblica. Ogni anno in Europa si stima che più di 3 milioni di pazienti siano colpiti da ICA. Ciò si traduce in circa 37.000 decessi, 7 miliardi di costi diretti, 16 milioni di giorni in più di degenza ospedaliera, in un maggiore rischio di complicanze e di fenomeni di antibiotico resistenza.

Al fine di stimare e monitorare la prevalenza delle ICA, individuandone i fattori ad esse correlati all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS), è stata compiuta un'indagine di prevalenza.

**Contenuti.** L'indagine è stata condotta dal 3 al 7 aprile 2017 e la raccolta dei dati ha seguito il protocollo dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Sono state esaminate le cartelle cliniche dei pazienti ricoverati in regime ordinario in tutti i reparti dell'AOUS. È stata eseguita un'analisi descrittiva dei dati raccolti (predittori) e successivamente condotte analisi monovariate e multivariate (modello di regressione logistica) per stimare la dipendenza con le ICA ed l'uso di antibiotici (outcomes). Le analisi sono state eseguite con Stata ver. 14.0 e il livello di significatività impostato a <0,05.

La prevalenza di ICA è risultata pari a 7,4%. Su 447 pazienti indagati, 28 presentavano un'infezione ospedaliera e 5 pazienti ne presentavano 2 contemporaneamente, per un totale di 38 ICA rilevate.

Le tipologie di ICA riscontrate sono state quelle del tratto urinario 17/38 (44,7%), seguite dalle polmonari 8/38 (21,0%), e da quelle del tratto gastrointestinale 4/38 (11,5%).

Il 68,4% delle ICA ha avuto origine nell'AOUS, il 21,1% in altra struttura assistenziale e il 10,5% in un altro ospedale.

Il 60,6% delle ICA sono state riscontrate nell'area medica, il 21,2% nell'area chirurgica e il 18,3% nella Terapia intensiva.

Circa il 50% dei pazienti riceveva terapia antibiotica al momento dell'indagine, la ragione più comune della somministrazione è stato il trattamento di infezioni comunitarie (27,8%). Gli antibiotici più utilizzati sono risultati essere Ceftriaxone (14%), Piperacillina e Inibitori Enzimatici (13%), Vancomicina (8,4%).

All'analisi monovariata i giorni di degenza, la tipologia dei devices utilizzati (CVC, PVC, catetere urinario e intubazione) e le aree di ricovero (come suddivise nel protocollo ECDC) sono risultate influenzare significativamente ( $p < 0,05$ ) l'insorgenza delle ICA. Dal modello di regressione logistica è stato identificato che per ogni giorno di degenza vi è stato un aumento significativo del 3,8% (OR: 1.038, IC: 1.017- 1.05) di sviluppare un'ICA. Il catetere urinario è il device che maggiormente è risultato associato all'insorgenza di ICA (OR: 6,64, IC: 2,96 - 14,86).

L'utilizzo della terapia antibiotica, ha assunto un ruolo significativo riguardo: i giorni di degenza (OR: 1,02 e IC: 1.003 - 1.04), la tipologia di devices invasivi (CVC OR 3.12, IC: 1.86-5,21; CVP OR: 2.24, IC1.64-3,58; Cat.Urinario OR: 2.90, IC 1,86-4,52; Intubazione OR:3.62, IC 1.99-13.29) l'area di ricovero e il Mc Cabe score (OR: 1.26, IC: 1,04-1,53).

**Conclusioni.** I risultati del nostro studio sono in linea con i dati italiani per quanto riguarda la prevalenza e il principale sito di infezione. Sono stati rilevati minimi scostamenti rispetto ai dati Europei disponibili (dati 2012). L'indagine svolta conferma la necessità di monitorare e quantificare l'impatto delle ICA per progettare, implementare e applicare le misure più appropriate di prevenzione e contenimento.



## AOU Senese e infezioni correlate all'assistenza: i dati di prevalenza 2017

M. Golferà<sup>1</sup>, D. Lenzi<sup>3</sup>, F. Toscano<sup>1</sup>, G. Messina<sup>2</sup>, A. Tinturini<sup>3</sup>, B.R. Porchia<sup>3</sup>, S. Brandani<sup>3</sup>, M.F. De Marco<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena;

<sup>2</sup> Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena;

<sup>3</sup> U.O.C. Igiene ed Organizzazione dei Servizi Ospedalieri, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese.

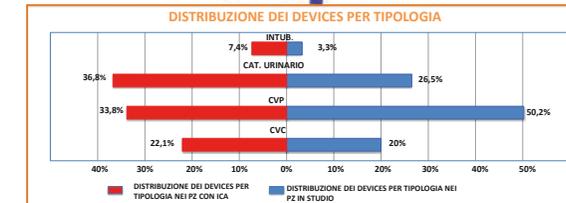
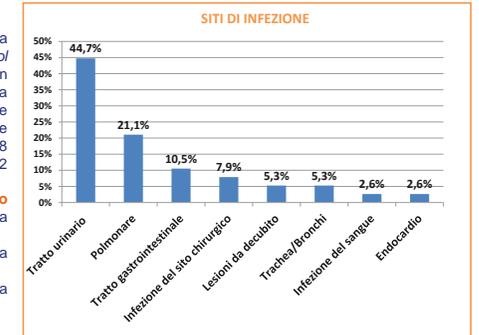
### INTRODUZIONE

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano una delle emergenze in Sanità Pubblica. Ogni anno in Europa si stima che più di 3 milioni di pazienti siano colpiti da ICA. Ciò si traduce in circa 37.000 decessi, 7 miliardi di costi diretti, 16 milioni di giorni in più di degenza ospedaliera, in un maggiore rischio di complicanze e di fenomeni di antibiotico resistenza che comportano un notevole incremento della spesa sanitaria. Al fine di stimare e monitorare la prevalenza delle ICA, individuandone i fattori ad esse correlati all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS), è stata compiuta un'indagine di prevalenza.

### CONTENUTI

L'indagine è stata condotta dal 3 al 7 aprile 2017 e la raccolta dei dati ha seguito il protocollo dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Sono state esaminate le cartelle cliniche dei pazienti ricoverati in regime ordinario in tutti i reparti dell'AOUS ed eseguita un'analisi descrittiva dei dati raccolti. Successivamente sono state condotte analisi monovariate e multivariate (modello di regressione logistica) per stimare il loro ruolo con le ICA. La prevalenza di ICA è stato pari a 7,4%. Su 447 pazienti indagati, 28 presentavano un'infezione ospedaliera e 5 pazienti ne presentavano 2 contemporaneamente, per un totale di 38 ICA rilevate.

Le tipologie di ICA più comuni riscontrate sono state quelle del tratto urinario 17/38 (44,7%), seguite da quelle polmonari 8/38 (21%), e da quelle del tratto gastrointestinale 4/38 (11%). Il 68,4% delle ICA ha avuto origine nell'AOUS, il 21,1% in altra struttura assistenziale e il 10,5% in un altro ospedale. Il 60,6% delle ICA sono state riscontrate nell'area medica, il 21,2% nell'area chirurgica e il 18,2% nella Terapia intensiva.



### CONCLUSIONI

I risultati del nostro studio sono in linea con i dati italiani per quanto riguarda la prevalenza delle ICA e il principale sito di infezione. Presentano minimi scostamenti rispetto ai dati Europei disponibili. L'indagine svolta conferma la necessità di monitorare e quantificare l'impatto delle ICA per progettare, implementare e applicare le misure più appropriate di prevenzione e contenimento.

## SICUREZZA DELL'ACQUA SALE OPERATORIE: VANTAGGI IMPIEGO FILTRI PER PREVENIRE LA CONTAMINAZIONE MICROBICA

**G. Govoni, N. Manoni, R. Belgiovine, L. Brigida**

*Programma Igiene Ospedaliera e Prevenzione, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna  
S. Orsola Malpighi, Bologna, Italy*

**Temi ed Obiettivo.** Prevenzione e controllo della contaminazione delle acque di rete ad uso sanitario nelle sale operatorie.

**Contenuti.** L'ospedale ha 1.368 letti di degenza e 7 grandi blocchi operatori, ovvero sistemi complessi in cui possono essere presenti numerosi fattori di rischio di infezione, inclusa la contaminazione dell'acqua. L'acqua può costituire una fonte di infezioni causate da patogeni opportunistici, tra cui Legionella spp., Pseudomonas aeruginosa, ecc.

**Materiali e metodi.** L'acqua viene regolarmente monitorata per ricerca di: Legionella spp., Escherichia Coli, Enterococchi, Staphylococchi, Pseudomonas Aeruginosa, contaminazione batterica totale. Nonostante la clorazione, monitorando la qualità microbiologica dell'acqua, abbiamo ritrovato microrganismi nell'acqua per il lavaggio chirurgico delle mani. Poiché i filtri antibatterici terminali erano già stati utilizzati per diversi anni per prevenire la contaminazione dell'acqua da Legionella e da altri microrganismi nell'ambito delle aree di degenza per pazienti a rischio, il gruppo multidisciplinare per la prevenzione dei microrganismi nell'acqua ha deciso di utilizzare filtri terminali permanenti per affrontare e risolvere il problema. Pertanto nei reparti operatori sono stati installati 103 filtri terminali antibatterici nei lavabi per il lavaggio chirurgico delle mani.

**Risultati.** Abbiamo valutato l'efficacia dei filtri con monitoraggi periodici. I filtri garantiscono un'acqua sicura e priva di microrganismi. Ci sono stati anche vantaggi organizzativi: la riduzione dell'impossibilità di impiego dei rubinetti per il lavaggio delle mani dovuta a lavori di manutenzione e disinfezione, riduzione dei disagi provocati dall'accesso da parte di operatori esterni. La buona prestazione dei filtri antibatterici ha permesso la riduzione dei test microbiologici, con conseguente riduzione dei costi di campionamento e analisi.

**Conclusione.** I filtri antibatterici terminali installati nelle sale operatorie si sono dimostrati efficaci nella prevenzione e nel controllo delle contaminazioni da parte di Legionella Pneumophila, Pseudomonas Aeruginosa e da altri microrganismi. I costi giornalieri della filtrazione sono controbilanciati dalla riduzione dei lavori di manutenzione, dalla riduzione dei controlli e dall'affollamento delle sale operatorie.

# RE-INGEGNERIZZAZIONE DI UN SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA: INTEGRAZIONE MEDICO-INFERMIERISTICA

A. Ianni<sup>1,2</sup>, M. Piredda<sup>3</sup>, M.G. De Marinis<sup>3</sup>, T. Petitti<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> *Unità di Ricerca in Igiene, Statistica e Sanità Pubblica, Università Campus Bio-Medico di Roma*

<sup>2</sup> *Direzione Sanitaria, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma*

<sup>3</sup> *Unità di Ricerca in Infermieristica, Università Campus Bio-Medico di Roma*

<sup>4</sup> *Direttore Sanitario Presidio Centro-Sud, Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus*

**Parole chiave:** integrazione medico-infermieristica, efficienza organizzativa, qualità del servizio

**Introduzione.** L'applicazione di principi e tecniche della managerialità in sanità a sistemi complessi può contribuire alla realizzazione di attività di reale valore, inteso nella sua accezione economica più ampia e vera, in termini di rapporto positivo costi-benefici e di ottimale utilizzo delle risorse.

Obiettivo del presente lavoro è quello di costruire (e valutare) un modello di organizzazione e gestione di un Servizio complesso di Endoscopia Digestiva (ed Endoscopia Operativa) a responsabilità diretta Infermieristica, con cui realizzare una piena integrazione della componente dei professionisti Medici ivi operanti.

**Contenuti.** È stato sviluppato un modello di riorganizzazione di un servizio ospedaliero a complessità elevata, analizzando le diverse variabili del sistema, nel confronto tra gli elementi del servizio stesso (offerta) ed i bisogni di prestazioni specialistiche (domanda) da parte di diverse Unità Operative (UO) cliniche (mediche, chirurgiche), interne ed esterne alla medesima struttura sanitaria. È stato così composto un modello multi-dimensionale di previsione, su base temporale, delle prestazioni eseguibili, utile anche per una integrazione con le valutazioni predisposte nell'ambito della contabilità analitica dell'Azienda. Accanto a questo, è stato predisposto un modello di gestione Infermieristica, ben integrato con la componente Medica, che ha permesso di analizzare con cura i flussi dei Pazienti, i diversi aspetti dell'assistenza in termini di bisogni ed attività, tutte le differenti fasi e contemporaneamente di rivalutare i requisiti strutturali e tecnologici per un servizio complesso e da avviare ad una importante modifica, in termini di efficienza della organizzazione attuata.

I principali risultati ottenuti dall'applicazione del modello consistono in: potenziamento dell'occupazione degli spazi dedicati alle diverse UO cliniche all'interno del Servizio di Endoscopia Digestiva (ed Endoscopia Operativa); miglioramento dell'efficienza, in tutte le diverse misure all'interno dell'Azienda ospedaliera, valutata anche in termini di contributo derivante dalla azione della differente componente Infermieristica e Medica; miglioramento dei dati economici di valutazione della produzione, Servizio di Endoscopia Digestiva (ed Endoscopia Operativa), con una differenza significativa rispetto al periodo precedente alla modifica di organizzazione, spazi ed attività; da ultimo, incremento della qualità percepita per quanto riguarda le relazioni tra management (livello di direzione dell'Azienda) e professionisti (Infermieri e Medici) coinvolti nel processo.

**Conclusioni.** L'applicazione di un modello di gestione manageriale basata sulla applicazione di metodi di analisi e previsione della domanda e dell'offerta che possono migliorare l'efficienza produttiva rappresenta uno strumento indispensabile per garantire la sostenibilità economica di servizi sanitari ad alta complessità, garantendo nel contempo i principi basilari di efficacia, efficienza e qualità dei servizi stessi.

# NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI SENSIBILI: REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DEL DOSSIER SANITARIO

**C. Incerti Medici<sup>1</sup>, F. Vercilli<sup>1</sup>, M. Ferrari<sup>2</sup>, G. Rivi<sup>2</sup>, M Foracchia<sup>3</sup>, G. Mazzi<sup>4</sup>, C. Marchesi<sup>5</sup>, F. Nicolini<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Dirigente Medico Direzione Sanitaria Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia; <sup>2</sup> Ufficio Legale Azienda USL –

IRCCS di Reggio Emilia; <sup>3</sup> Servizio Tecnologie Informatiche Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia;

<sup>4</sup> Direttore di Presidio Ospedaliero Santa Maria Nuova Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia; <sup>5</sup> Direttore Sanitario Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia; <sup>6</sup> Direttore Generale Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia

**Parole chiave:** privacy, dossier sanitario

**Introduzione.** Recenti provvedimenti dell’Autorità Garante per la protezione dei dati sanitari hanno evidenziato che le banche dati cliniche sono riconducibili al concetto di DOSSIER SANITARIO e, quindi il trattamento dei dati attraverso tali strumenti deve essere conforme a quanto previsto dalle Linee Guida in tema di Fascicolo Sanitario Elettronico e di Dossier Sanitario. L’AUSL di RE – IRCCS si avvale del DataWareHouse Clinico Aziendale (DWH) che costituisce un archivio di raccolta e distribuzione dei dati di tipo sanitario raccolti a livello provinciale. È lo strumento unico di condivisione elettronica di dati tra operatori sanitari appartenenti a specialità differenti e consente agli stessi, di consultare lo storico della documentazione sanitaria archiviata per ogni utente che abbia rilasciato il consenso, garantendo un inquadramento diagnostico più completo e tempestivo.

**Contenuti.** L’Azienda in adempimento agli obblighi normativi, ha redatto e adottato un regolamento inerente alla gestione e all’utilizzo del DWH. Hanno partecipato alla elaborazione del documento referenti della Direzione Sanitaria, del Servizio Tecnologie Informatiche, dell’Ufficio Legale. Tra i passaggi più importanti del documento vi sono l’acquisizione del consenso, l’informativa aziendale al trattamento dati, l’accesso al DWH degli operatori sanitari autorizzati e la gestione delle richieste di anonimato e oscuramento dei dati. Il consenso alla costituzione del Dossier Sanitario (archiviazione dati su DWH) deve essere specifico ed autonomo rispetto al consenso base al trattamento dei dati e deve essere acquisito sulla base di una più precisa informativa in merito alle finalità e alle modalità di trattamento. L’utente deve avere la possibilità di scegliere se sul Dossier Sanitario debbano o meno essere inserite le informazioni relative ad eventi sanitari pregressi alla sua istituzione. Ne consegue che il DWH prevede tre differenti livelli di consenso: il consenso base al trattamento dei dati sensibili, il consenso alla costituzione del Dossier Sanitario e il consenso allo storico. L’acquisizione del consenso deve essere preceduta da una adeguata informazione sulla modalità e finalità del trattamento, utilizzando l’informativa aziendale. L’utente, adeguatamente informato, ha la possibilità di scegliere se rilasciare uno o più consensi. Il consenso viene acquisito oralmente da parte dell’operatore sanitario e registrato informaticamente. Altro punto importante è l’accesso al DWH da parte del personale sanitario. Possono accedervi esclusivamente gli operatori sanitari che vengono in contatto con l’utente per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. L’accesso degli operatori sanitari è possibile solo dopo approvazione della Direzione Sanitaria ed è configurato per garantire il rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza e per garantire che l’operatore sanitario abbia accesso ai dati necessari per il periodo di tempo in cui si articola la presa in carico o il contatto. Il DWH consente la ricerca libera per dati anagrafici dei pazienti. La possibilità di utilizzare la funzione ricerca libera è limitata ad una casistica definita. I professionisti abilitati devono, nel momento in cui ricorrono a tale funzione, riportare la motivazione che giustifichi l’accesso. Mediante il DWH è possibile gestire le richieste di anonimizzazione (storica, puntuale e prospettica) e l’oscuramento che rappresenta la modalità tecnica che consente, su richiesta dell’interessato, di non rendere visibili nel DWH alcune informazioni sanitarie della sua storia clinica.

**Conclusioni.** Il DWH rappresenta un utile strumento di lavoro per gli operatori sanitari semplificando la consultazione della storia clinica del paziente (referti di prestazioni erogate nell’ambito dell’AUSL come unico titolare dei dati), sottendendo potenzialmente ad una maggior sicurezza delle cure, nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati sensibili anche grazie all’adozione di uno specifico regolamento aziendale per la gestione del dossier sanitario.

# UMANIZZARE I PERCORSI DI CURA IN OSPEDALE TRA RELAZIONI, QUALITÀ ED ETICA. UN LEITMOTIV CHIAMATO FORMAZIONE

M. Loizzo\*; A. Piattelli\*\*, N. Perri °, S. De Paola^

\* Dirigente Medico, Responsabile UOA Qualità, Accredimento Formazione, Azienda Ospedaliera CS

\*\* Dirigente Psicologo UOC Oncologia Medica Azienda Ospedaliera CS

° Coordinatore Infermieristico UOA Qualità, Accredimento Formazione, Azienda Ospedaliera CS

^ Direttore Medico P.U. Annunziata, Azienda Ospedaliera CS

**Parole chiave:** Umanizzazione, Qualità, Formazione

**Introduzione.** Non c'è qualità nei servizi sanitari senza attenzione ai diritti e al coinvolgimento dei cittadini, che non possono essere declinati senza che vi sia, nei professionisti (P) sanitari, una dimensione di "saper essere" nelle relazioni ed un forte fondamento etico. La formazione (F.) è uno strumento necessario per potenziare le competenze dei P, poiché consente di trasformare le conoscenze in attitudini non attinenti solo alla tecnè e alle competenze tecniche (skills), ma relative alle HUMANITIES cioè alla dimensione emozionale, morale e valoriale. La F. pertanto può divenire leva strategica per il rafforzamento delle competenze relazionali e per la qualificazione in senso umanizzante dell'offerta dei servizi sanitari.

**Contenuti.** L'ospedale di Cosenza ha aderito, sin dal 2012, ad un progetto di ricerca nazionale (oggi alla seconda edizione), finalizzato all'implementazione dell'umanizzazione delle cure in ospedale. Il progetto, promosso da AGENAS su mandato del Ministero della Salute, viene realizzato in collaborazione con Cittadinanza Attiva. L'obiettivo della ricerca è quello di implementare modelli di empowerment organizzativi per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari erogati dalle strutture pubbliche e per giungere alla definizione di obiettivi LEU - Livelli Essenziali di Umanizzazione (UMA). Utilizzando una checklist organizzata in 4 aree con criteri ed indicatori specifici è stato possibile ottenere, in un ambito complesso quale l'UMA, dati oggettivi misurabili che tengono conto anche della prospettiva del cittadino. La metodologia adottata è stata quella delle équipes valutative integrate che prevede la valutazione incrociata tra referenti aziendali e civici. Le criticità maggiori nella nostra azienda sono state riscontrate nell'assistenza e nel supporto psicologico a pazienti, caregiver ed operatori, il che aggrava, a cascata, una non adeguata comunicazione tra pazienti e professionisti sanitari, e tra i professionisti all' interno delle équipes e gruppi multidisciplinari. Nel programmare gli interventi di UMA si è ritenuto pertanto ineludibile intensificare, per gli operatori, percorsi formativi capaci di creare un ambiente relazionale umanizzante. L'attività di F. ha previsto sessioni dedicate alla comunicazione efficace, agli stili relazionali ed alla metodologia di lavoro in gruppo, ritenuti fattori critici per l'UMA dei percorsi. Dall'analisi delle esigenze formative dei discenti è emersa la necessità di offrire uno spazio formativo dedicato all'etica come elemento fondante del sistema di relazioni in Ospedale.

**Conclusioni.** La attenzione ai processi di apprendimento nel contesto aziendale, analizzando motivazioni e bisogni dei professionisti coinvolti ci ha portato a riscontrare in modo più consono e adeguato le istanze educative favorendo, così, la strutturazione di un sapere più consapevole e immediatamente spendibile. La formazione On the Job, centrata sulla competenza relazionale, si è rivelata molto efficace soprattutto per il processo di team building e per la facilitazione dell'incontro dei saperi e dei linguaggi nei gruppi multidisciplinari/multi professionali. I processi formativi, dunque, se presidiati e condotti con rigore scientifico, possono rappresentare un utile strumento di trasmissione dei valori di riferimento e delle norme comportamentali che sono funzionali allo sviluppo di strategie aziendali globali tra cui la gestione strategica delle risorse umane.



OSPEDALE ANNUNZIATA  
AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

**UMANIZZARE I PERCORSI DI CURA IN OSPEDALE  
TRA RELAZIONI, QUALITÀ ED ETICA**  
UN LEIT- MOTIV CHIAMATO FORMAZIONE

**M.LOIZZO\* - A.PIATTELLI\*\* - N.PERRI\* - S.DE PAOLA^**

\*UOSD Qualità, Accredimento e Formazione.  
^UOC Direzione Sanitaria PU. -UOC Oncologia Medica



### INTRODUZIONE

**Non c'è Qualità nei servizi sanitari senza attenzione ai diritti e al coinvolgimento dei cittadini, il che presuppone nei professionisti sanitari, una dimensione di "SAPER ESSERE" nelle relazioni ed un forte FONDAMENTO ETICO**

La Formazione è uno strumento necessario per potenziare le competenze dei professionisti poiché consente di trasformare le conoscenze in attitudini non attinenti solo alla tecnè e alle competenze tecniche (skills), ma relative alle **HUMANITIES** cioè alla dimensione emozionale, morale e valoriale. **Essa pertanto può divenire leva strategica per il rafforzamento delle competenze relazionali e per la qualificazione in senso umanizzante dell'offerta dei servizi sanitari.**



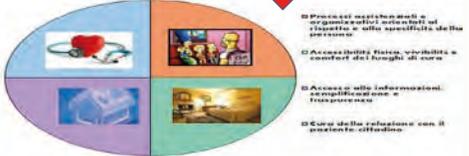
### CONTENUTI

**DA DOVE SIAMO PARTITI**

L'Ospedale di Cosenza ha aderito dal 2012, ad un progetto di ricerca nazionale, finalizzato all'implementazione dell'umanizzazione delle cure in ospedale; Il Progetto promosso da AGENAS su mandato del Ministero della Salute, viene realizzato in collaborazione con Cittadinanza Attiva.

**MISSION**

Giungere alla definizione di **LEU O LIVELLI ESSENZIALI DI UMANIZZAZIONE (UMA)** misurabili utilizzando una Checklist organizzata in 4 aree con criteri ed indicatori che tengono conto della prospettiva del cittadino.



**Le Criticità maggiori** sono state riscontrate nell'assistenza e nel supporto psicologico a pazienti, caregiver ed operatori, il che aggrava, a cascata, **UNA NON ADEGUATA COMUNICAZIONE** tra pazienti e professionisti sanitari e tra i professionisti all' interno delle équipes multidisciplinari.

Nel programmare gli interventi di umanizzazione si è ritenuto pertanto ineludibile intensificare, per gli operatori, Percorsi formativi capaci di creare un ambiente relazionale umanizzante

**COSA ABBIAMO FATTO**

Formazione con sessioni dedicate alla comunicazione efficace, agli stili relazionali ed alla metodologia di lavoro in gruppo, ritenuti fattori critici per l'UMA dei percorsi. Dall'analisi delle esigenze formative dei discenti è emersa la necessità di offrire uno **SPAZIO FORMATIVO DEDICATO ALL' ETICA** come elemento fondante del sistema di relazioni in Ospedale

### CONCLUSIONI

**La formazione sulla Compete relazionale si è dimostrata esigenza irrinunciabile per la gestione del Gruppo di lavoro.**



**La facilitazione dell'incontro dei saperi e dei linguaggi nei gruppi di professionisti e nei team di lavoro orientati alla salute è stata determinante per la responsabilizzazione degli operatori e la promozione dei percorsi di umanizzazione delle cure nell'ambito sanitario.**





43° Congresso Nazionale ANMDO • Firenze 25-26-27 ottobre 2017

43

POSTER

# ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP COME STRUMENTO DI MONITORAGGIO

E. Lovato<sup>1</sup>, F. Mana<sup>1</sup>, P. Pellegrino<sup>1</sup>, A. Garibaldi<sup>1</sup>, C. Bracco<sup>2</sup>, M. Subrizi<sup>3</sup>, F. Piana<sup>4</sup>, M. Mondini<sup>5</sup>,  
D. Rapezzi<sup>6</sup>, A.G. Re<sup>7</sup>, P. Ocellini<sup>7</sup>, P. Malvasio<sup>8</sup>, C. Bedogni<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Medico Direzione Sanitaria di Presidio - AO S. Croce e Carle

<sup>2</sup> Medico SC Medicina Interna- AO S. Croce e Carle

<sup>3</sup> Medico SC Malattie Infettive e Tropicali - AO S. Croce e Carle

<sup>4</sup> Microbiologo SC Laboratorio Analisi - AO S. Croce e Carle

<sup>5</sup> Farmacista SC Farmacia - AO S. Croce e Carle

<sup>6</sup> Medico SC Ematologia - AO S. Croce e Carle

<sup>7</sup> ICI - AO S. Croce e Carle ICI

<sup>8</sup> Direzione Strategica - AO S. Croce e Carle

**Parole chiave:** antimicrobial stewardship, antibiotici, infezioni

**Introduzione.** All'interno delle politiche di contenimento delle resistenze microbiche, la valutazione dell'uso degli antibiotici è un momento centrale delle strategie preventive. A partire da ciò, il gruppo dell'Antimicrobial stewardship dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo, costituito da internista, infettivologo, microbiologo, farmacista, ICI e igienista, dal 2016 lavora, con incontri periodici, su una serie di obiettivi volti ad analizzare e condividere azioni atte alla corretta gestione degli antibiotici e al controllo delle Infezioni Correlate all'assistenza (ICA).

**Contenuti.** Nel 2016 è stata condotta un'analisi delle prescrizioni di alcune molecole sottoposte a monitoraggio (carbapenemi ed echinocandine) come previsto dalle indicazioni della Regione Piemonte. L'analisi è stata condotta retrospettivamente, coinvolgendo il reparto di medicina del P.O. Carle, partendo dalle richieste motivate pervenute alla Farmacia ed ha previsto lo studio delle cartelle cliniche dei pazienti coinvolti. Sono state analizzate 120 prescrizioni del reparto di Medicina Interna del I semestre, studiando 47 cartelle cliniche di ricovero, analizzate sulla base di item condivisi e desunti dalla letteratura (es colturale, appropriatezza della molecola e congruità prescrittiva, dose e durata, effettuazione di de-escalation). Le analisi sono state condotte singolarmente e poi condivise collegialmente al fine della confrontabilità dei dati, considerata anche la complessità e la specificità di alcune situazioni. Dall'analisi è emersa una congruità prescrittiva iniziale del 63,8% del campione. Nell'anno corrente, l'analisi coinvolge il reparto di Medicina, per il quale è in corso un'analisi di confronto tra due anni di osservazione per valutarne l'impatto sulle abitudini prescrittive, e il reparto di Ematologia. Parallelamente è stato effettuato sia presso l'intera Azienda, sia specificatamente presso i reparti di Medicina uno studio di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti secondo il Protocollo ECDC PPS 2016-2017 (1 rilevazione aziendale e 3 rilevazioni specifiche presso la Medicina). La finalità dell'analisi di prevalenza è di stimare le dimensioni globali delle HAI e dell'uso di antibiotici, descrivere pazienti, procedure, tipologie di infezioni e antibiotici prescritti.

**Conclusioni.** La discussione dei risultati emersi, unitamente al controllo dei consumi di molecole e al monitoraggio annuale delle principali antibiotico-resistenze, è risultata un importante strumento di lavoro. L'attività del gruppo dell'Antimicrobial stewardship, condivisa a livello del CIO ha permesso una riflessione sulla scheda di richiesta motivata di alcune molecole di antimicrobici e antimicotici e del percepito da parte degli operatori. Si ipotizza di implementare lo studio di prevalenza con una specifica analisi di appropriatezza prescrittiva sul medesimo campione. La restituzione dei dati ai reparti ha l'obiettivo sensibilizzare, rinforzare infrastrutture e competenze per attuare la sorveglianza, identificare problemi comuni, fornire strumenti standardizzati per il miglioramento della qualità.



## Antimicrobial stewardship come strumento di monitoraggio



Lovato E.<sup>1</sup>; Mana F.<sup>1</sup>; Pellegrino P.<sup>1</sup>; Garibaldi A.<sup>1</sup>; Bracco C.<sup>2</sup>; Subrizi M.<sup>3</sup>; Piana F.<sup>4</sup>; Mondini M.<sup>5</sup>; Rapezzi D.<sup>6</sup>; Re A.G.<sup>7</sup>; Ocellini P.<sup>7</sup>; Malvasio P.<sup>8</sup>; Bedogni C.<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Direzione Sanitaria di Presidio - AO S. Croce e Carle; <sup>2</sup> S.C. Medicina Interna- AO S. Croce e Carle; <sup>3</sup> S.C. Malattie Infettive e Tropicali - AO S. Croce e Carle; <sup>4</sup> SC Laboratorio Analisi - AO S. Croce e Carle; <sup>5</sup> SC Farmacia - AO S. Croce e Carle; <sup>6</sup> SC Ematologia - AO S. Croce e Carle; <sup>7</sup> ICI - AO S. Croce e Carle ICI; <sup>8</sup> Direzione Strategica - AO S. Croce e Carle

### INTRODUZIONE

All'interno delle politiche di contenimento delle resistenze microbiche, la valutazione dell'uso degli antibiotici è un momento centrale delle strategie preventive. A partire da ciò, il gruppo dell'Antimicrobial stewardship dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo, costituito da internista, infettivologo, microbiologo, farmacista, ICI e igienista, dal 2016 lavora, con incontri periodici, su una serie di obiettivi volti ad analizzare e condividere azioni atte alla corretta gestione degli antibiotici e al controllo delle Infezioni Correlate all'assistenza (ICA).



### CONTENUTI

Nel 2016 è stata condotta un'analisi delle prescrizioni di alcune molecole sottoposte a monitoraggio (carbapenemi ed echinocandine) come previsto dalle indicazioni della Regione Piemonte. L'analisi è stata condotta retrospettivamente, coinvolgendo il reparto di medicina del P.O. Carle, partendo dalle richieste motivate pervenute alla Farmacia ed ha previsto lo studio delle cartelle cliniche dei pazienti coinvolti. Sono state analizzate 120 prescrizioni del reparto di Medicina Interna del I semestre, studiando 47 cartelle cliniche di ricovero, analizzate sulla base di item condivisi e desunti dalla letteratura (es colturale, appropriatezza della molecola e congruità prescrittiva, dose e durata, effettuazione di de-escalation). Le analisi sono state condotte singolarmente e poi condivise collegialmente al fine della confrontabilità dei dati, considerata anche la complessità e la specificità di alcune situazioni. Dall'analisi è emersa una congruità prescrittiva iniziale del 63,8% del campione.

Nell'anno corrente, l'analisi coinvolge il reparto di Medicina, per il quale è in corso un'analisi di confronto tra due anni di osservazione per valutarne l'impatto sulle abitudini prescrittive, e il reparto di Ematologia. Parallelamente è stato effettuato sia presso l'intera Azienda, sia specificatamente presso i reparti di Medicina uno studio di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti secondo il Protocollo ECDC PPS 2016-2017 (1 rilevazione aziendale e 3 rilevazioni specifiche presso la Medicina). La finalità dell'analisi di prevalenza è di stimare le dimensioni globali delle HAI e dell'uso di antibiotici, descrivere pazienti, procedure, tipologie di infezioni e antibiotici prescritti.



### CONCLUSIONI

La discussione dei risultati emersi, unitamente al controllo dei consumi di molecole e al monitoraggio annuale delle principali antibiotico-resistenze, è risultata un importante strumento di lavoro.



L'attività del gruppo dell'Antimicrobial stewardship, condivisa a livello del CIO ha permesso una riflessione sulla scheda di richiesta motivata di alcune molecole di antimicrobici e antimicotici e del percepito da parte degli operatori.

Si ipotizza di implementare lo studio di prevalenza con una specifica analisi di appropriatezza prescrittiva sul medesimo campione.

La restituzione dei dati ai reparti ha l'obiettivo sensibilizzare, rinforzare infrastrutture e competenze per attuare la sorveglianza, identificare problemi comuni, fornire strumenti standardizzati per il miglioramento della qualità.

# EFFETTO DELLE PRECAUZIONI DI ISOLAMENTO NEL CONTROLLO DEGLI ORGANISMI MULTI-RESISTENTI AI FARMACI

F. Luzi\*, C. Martini\*, L. Mercanti\*, M.M. Gallo\*, M. Zanni\*, V. Aurelio\*, R. Papa\*, L. Incicchitti\*, F. Luzi\*, L. Polenta\*, M. Sebastiani\*, G. Serafini\*, M.M. D'Errico\*

\* Direzione Medica Ospedaliera; ° Istituto D'Igiene-Facoltà di Medicina-UNIVPM  
AOU Ospedali Riuniti Ancona

**Parole chiave:** MDROs, precauzioni da isolamento

**Introduzione.** Il comportamento dei professionisti sanitari è di cruciale importanza per il controllo della diffusione di microrganismi multi resistenti MDROs (Multi-Drug Resistant Organisms). Esistono inoltre evidenze nella letteratura, che dimostrano come l'impostazione di specifiche azioni di miglioramento sui comportamenti del personale rappresenti la chiave di successo per l'adozione di corrette procedure preventive.

**Contenuto.** L'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare l'efficacia di una iniziativa di miglioramento di qualità finalizzata a limitare lo spread dei microrganismi multi resistenti (MDROs) in ospedale. Nel periodo 2011-2013, sono stati applicati sistemi di controllo multimodale della diffusione dell'infezione su 900 posti letto. I pazienti arruolati sono stati 149151, e i dati sulla sorveglianza comprendevano 9706 giorni di ricovero (patient days). L'iniziativa di miglioramento ha incluso diverse strategie operative: utilizzo di una scheda informativa sull'applicazione delle precauzioni di isolamento; sessioni di training educazionali e interdisciplinari nei reparti arruolati per chiarire i principi che governano il controllo delle infezioni, comprendenti i protocolli di isolamento; verifiche giornaliere sulle procedure infermieristiche attraverso l'utilizzo di una check-list (contenente informazioni relative ai campioni positivi di MDROs, e al tipo di precauzioni adottate); sorveglianza delle infezioni MDROs, mediante l'utilizzo di un software collegato con il laboratorio di microbiologia clinica. Le procedure di sorveglianza sono state selezionate sulla base delle Linee Guida della Commissione europea sull'accertamento della suscettibilità antimicrobica (EUCAST). Gli indicatori epidemiologici sono stati definiti sulla base di quanto stabilito dalla Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Nessuna variazione è stata apportata alla prescrizione dell'antibiotico-terapia, agli esami microbiologici e allo staff operativo. Allo scopo di valutare l'efficacia della strategia sopra esposta, sono stati scelti i seguenti indicatori: % di pazienti sottoposti a misure di precauzione di isolamento entro le 24 ore dalla positività del referto laboratoristico, % dei reparti di degenza che hanno adottato correttamente il protocollo, incidenza di pazienti positivi a MDROs. Le variazioni dei valori degli indicatori, durante il periodo di osservazione, sono state valutate mediante il test di Cochrane - Armitage.

**Conclusioni.** I risultati hanno dimostrato l'efficacia del sistema di controllo multimodale nella riduzione della trasmissione incrociata delle infezioni negli spazi di degenza. L'adozione delle precauzioni di isolamento, si sono rivelate cruciali per migliorare la sicurezza e la qualità delle cure del paziente, portando altresì ad una riduzione di eventi avversi. La percentuale di pazienti sottoposta a precauzione di isolamento, entro 24 ore dalla notifica del referto laboratoristico positivo, è cresciuta dall'82% nel 2011 al 99% nel 2013. La frequenza dei controlli si è significativamente ridotta dopo aver verificato la corretta applicazione, da parte dei reparti di degenza arruolati, delle precauzioni di isolamento. Dopo 3 anni, l'impatto delle MDROs sulle giornate di degenza si è ridotto da 5.8/1000 giorni di ricovero (95% Intervallo di Confidenza (IC) 5.6-6.1) nel 2011, al 4.7/1000 (95% CI 4.4-4.9) nel 2013. La condivisione e l'implementazione dei protocolli per il monitoraggio dei pazienti infetti/contaminati rende possibile la standardizzazione delle procedure nella cura del paziente assicurando, in modo proattivo, un miglioramento dello standard di cure.

## EFFETTO DELLE PRECAUZIONI DI ISOLAMENTO NEL CONTROLLO DEGLI ORGANISMI MULTI-RESISTENTI AI FARMACI

*Autori: Luzi F.\*, Martini C.\*, Mercanti L.\*, Gallo M.M.\*, Zanni M.\*, Aurelio V.\*, Papa R.\*, Incicchitti L.\*, Luzi F.\*, Polenta L.\*, Sebastiani M.\*, Serafini G.\*, M.M. D'Errico\**

AOU Ospedali Riuniti Ancona: \*Direzione Medica Ospedaliera;° Istituto D'Igiene-Facoltà di Medicina-UNIVPM

**Parole chiave:** MDROs, precauzioni da isolamento

**Introduzione:** Il comportamento dei professionisti sanitari è di cruciale importanza per il controllo della diffusione di microrganismi multi resistenti MDROs (Multi-Drug Resistant Organisms). Esistono inoltre evidenze nella letteratura, che dimostrano come l'impostazione di specifiche azioni di miglioramento sui comportamenti del personale rappresenti la chiave di successo per l'adozione di corrette procedure preventive.

**Contenuto:** L'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare l'efficacia di una iniziativa di miglioramento di qualità finalizzata a limitare lo spread dei microrganismi multi resistenti (MDROs) in ospedale. Nel periodo 2011-2013, sono stati applicati sistemi di controllo multimodale della diffusione dell'infezione su 900 posti letto. I pazienti arruolati sono stati 149151, e i dati sulla sorveglianza comprendevano 9706 giorni di ricovero (patient days). L'iniziativa di miglioramento ha incluso diverse strategie operative: utilizzo di una scheda informativa sull'applicazione delle precauzioni di isolamento; sessioni di training educazionali e interdisciplinari nei reparti arruolati per chiarire i principi che governano il controllo delle infezioni, comprendenti i protocolli di isolamento; verifiche giornaliere sulle procedure infermieristiche attraverso l'utilizzo di una check-list (contenente informazioni relative ai campioni positivi di MDROs, e al tipo di precauzioni adottate) (Fig. 1); sorveglianza delle infezioni MDROs, mediante l'utilizzo di un software collegato con il laboratorio di microbiologia clinica. Le procedure di sorveglianza sono state selezionate sulla base delle Linee Guida della Commissione europea sull'accertamento della suscettibilità antimicrobica (EUCAST). Gli indicatori epidemiologici sono stati definiti sulla base di quanto stabilito dalla Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Nessuna variazione è stata apportata alla prescrizione dell'antibiotico-terapia, agli esami microbiologici e allo staff operativo. Allo scopo di valutare l'efficacia della strategia sopra esposta, sono stati scelti i seguenti indicatori: % di pazienti sottoposti a misure di precauzione di isolamento entro le 24 ore dalla positività del referto laboratoristico, % dei reparti di degenza che hanno adottato correttamente il protocollo, incidenza di pazienti positivi a MDROs. Le variazioni dei valori degli indicatori, durante il periodo di osservazione, sono state valutate mediante il test di Cochrane - Armitage.

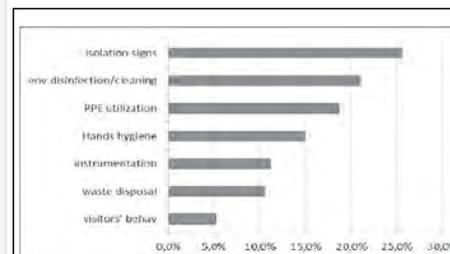


Figure 1. Distribution of errors in isolation precautions verified during the routinely check.

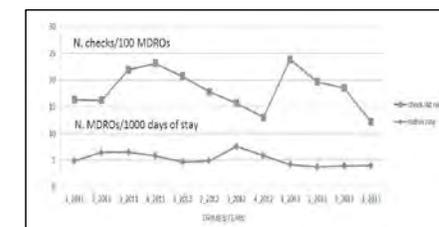


Figure 2. Distribution of MDROs isolation rate (N. isolates/1000 days of stay) by month in the 2011-2013 period.

**Conclusioni:** I risultati hanno dimostrato l'efficacia del sistema di controllo multimodale nella riduzione della trasmissione incrociata delle infezioni negli spazi di degenza. L'adozione delle precauzioni di isolamento, si sono rivelate cruciali per migliorare la sicurezza e la qualità delle cure del paziente, portando altresì ad una riduzione di eventi avversi. La percentuale di pazienti sottoposta a precauzione di isolamento, entro 24 ore dalla notifica del referto laboratoristico positivo, è cresciuta dall'82% nel 2011 al 99% nel 2013. La frequenza dei controlli si è significativamente ridotta dopo aver verificato la corretta applicazione, da parte dei reparti di degenza arruolati, delle precauzioni di isolamento. Dopo 3 anni, l'impatto delle MDROs sulle giornate di degenza si è ridotto da 5.8/1000 giorni di ricovero (95% Intervallo di Confidenza (IC) 5.6 - 6.1) nel 2011, al 4.7/1000 (95% CI 4.4 - 4.9) nel 2013 (Fig. 2). La condivisione e l'implementazione dei protocolli per il monitoraggio dei pazienti infetti/contaminati rende possibile la standardizzazione delle procedure nella cura del paziente assicurando, in modo proattivo, un miglioramento dello standard di cure.

## INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO. NON SOLO UNO SLOGAN

**R. Luzi<sup>1</sup>, L. Ferrara<sup>1</sup>, S. David<sup>2</sup>, C. Rocchetti<sup>3</sup>, F. Battistoni<sup>3</sup>, S. Servili<sup>4</sup>, M. Bellardinelli<sup>5</sup>, A. Deales<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> *Dirigente medico, Direzione Medica di Presidio, INRCA An*

<sup>2</sup> *Direttore Medico Presidio, INRCA An*

<sup>3</sup> *Assistente sociale, INRCA An*

<sup>4</sup> *Medico Cure Intermedie INRCA, Istituto Santo Stefano An*

<sup>5</sup> *Coordinatrice infermieristica Cure Intermedie, INRCA An*

<sup>6</sup> *Direttore Sanitario INRCA An*

**Parole chiave:** dimissione protetta, continuità assistenziale

**Introduzione.** La cultura sanitaria, orientata alla super-specializzazione, determina una frammentazione dei percorsi assistenziali che finisce per creare vuoti tra i diversi segmenti generando la percezione di abbandono da parte degli utenti e di assenza di governo dei processi nelle fasi non gestite, nonché rischi di incremento dei livelli di inappropriatazza, e aumentando il rischio clinico.

È quindi necessario attivare percorsi assistenziali che consentano di garantire, al momento della dimissione, la continuità delle azioni di cura sanitarie e socio-assistenziali.

**Contenuti.** Nell'ottica di ottimizzare i processi di Dimissione Protetta (DP) nella logica della continuità assistenziale potenziando il coordinamento e l'integrazione fra il sistema delle Cure Ospedaliere ed i servizi territoriali sociali e sanitari, l'INRCA ha istituito già da alcuni anni una funzione specifica allo scopo, arrivando a formalizzare protocolli di intesa con gli interlocutori esterni.

Sono stati così sottoscritti accordi con i principali interlocutori istituzionali, in particolare con le AV 2 e 4 per la dimissione protetta dai Presidi di Fermo ed Ancona.

In aggiunta, nel 2016 l'INRCA ha sottoscritto un accordo con il Comune di Ancona per la gestione integrata delle problematiche di disagio sociale.

I percorsi di DP stabiliti prevedono segnalazioni su input dei reparti, mediante l'applicazione della procedura Dimissione Protetta codificata nel sistema qualità ISO dell'Istituto.

Nella tabella 1 sono illustrati i dati di sintesi che descrivono le caratteristiche dell'utenza segnalata al SSO nel periodo dal 2011 al 2016.

In media, nel 2016 sono pervenute 7,1 segnalazioni per settimana, e la durata media della presa in carico per ogni utente del SSO è stata di 22,1 giorni, in aumento rispetto agli anni passati, a causa della difficoltà riscontrata nella dimissione verso le strutture residenziali registrata nel periodo successivo al terremoto di Agosto 2016 che ha colpito in modo particolare il sud della regione.

Nella tabella 2 si evidenzia come anche nel 2016 la struttura di Cure Intermedie gestita dalla Direzione Medica di Presidio dell'INRCA abbia rappresentato la principale destinazione del percorso di dimissioni protette.

**Conclusioni.** L'esperienza maturata dall'INRCA nella gestione del paziente anziano nel passaggio dalla fase acuta a quella post-acuta dimostra come sia essenziale, intrecciare relazioni regolamentate attraverso specifici protocolli operativi, con i principali interlocutori istituzionali e non, a garanzia della presa in carico complessiva del paziente in dimissione.

Distretto sanitario, Servizi Sociali comunali, Organizzazioni di volontariato, ecc. risultano stakeholders fondamentali sui quali è indispensabile poter contare affinché tutta l'assistenza erogata in ospedale (ed i relativi costi) non risultino vanificate da una mancata presa in carico del paziente al momento della dimissione.

## AMBULATORIO INFETTIVOLOGICO AD ACCESSO DIRETTO: SUPPORTO A MEDICI DI PS E MMG PER I CASI DI INFEZIONE

P. Magrini\*, A. Petrecchia\*\*, P. Galli\*\*, P. Giacomini\*\*\*, M. Lupi\*\*\*, C. Cocco^, E. Nicastri^^

\* Direttore Sanitario INMI; \*\*Medico di DS INMI; \*\*\*SIO INMI;

^ CPSE Accettazione INMI; ^^Infettivologo Bed Manager INMI

**Parole chiave:** rischio infettivo, misure di isolamento, Chikungunya

**Introduzione.** L'INMI L.Spallanzani non è dotato di Pronto Soccorso (PS) ma ha funzione di Hub nella Rete Regionale delle Malattie Infettive (MI), attivata per supportare i PS privi di infettivologo h24 per la diagnosi e il trasferimento per ricovero dei casi più gravi nei reparti di MI della Regione. Anche i pazienti (pz) meno gravi, con le caratteristiche di codici bianchi o verdi, per i quali il ricovero non è appropriato, rappresentano una criticità in un PS o in uno studio medico, per la necessità di definire più tempestivamente possibile diagnosi, terapia e, se necessario, adottare misure di isolamento e/o profilassi a tutela della sanità pubblica. I soggetti con segni e sintomi di MI possono accedere anche allo studio del MMG, che spesso li indirizza nei PS, che, se privi di figura di infettivologo presente, possono non fornire adeguata risposta diagnostico-terapeutica dopo ore di attesa, con rischio di diffusione di malattie contagiose all'utenza e al personale.

**Materiale e Metodi.** Oltre al teleconsulto (con un infettivologo presso INMI h24 a supporto dei medici di PS), da febbraio 2017 è stato attivato un Ambulatorio ad accesso diretto (AMB-D) per urgenze infettivologiche, in grado di accogliere, senza prenotazione, dalle 14 alle 18 dei giorni feriali, pz con sospetta MI: questi pz non possono attendere neanche 2-3 giorni, necessari a prenotare una visita ambulatoriale, in quanto potrebbero subire un aggravamento della patologia infettiva e/o diffonderla ad altri. La loro accoglienza presso l'INMI consente di allontanarli dal PS o dallo studio del MMG, procedendo al loro inquadramento diagnostico, terapia ed eventuale tempestivo isolamento. Viene altresì ridotta la quota di ricoveri impropri nei reparti di Medicina o di MI delle altre strutture regionali, in quanto l'infettivologo, grazie alla sua esperienza e specializzazione, e con l'ausilio di esami diagnostici effettuati nell'immediato presso l'Accettazione dell'Istituto, può trattare il pz evitando, laddove non opportuno, il ricovero.

**Risultati.** Nelle prime 30 settimane di attività sono stati accolti dall'ambulatorio infettivologico ad accesso diretto 808 pz, con ricovero di 200 pz (25%). Tale Ambulatorio si è rilevato particolarmente utile anche per rispondere all'emergenza data dai focolai di Chikungunya verificatisi dalla prima metà di settembre nel Lazio. Considerato l'elevato numero di pz inviati per un consulto all'Istituto in pochi giorni, è stato attivato un secondo ambulatorio ad accesso diretto dedicato a questa MI emergente (AMB-E), attraverso una immediata riorganizzazione interna. I casi visti per Chikungunya dal 9 al 24 settembre sono stati 102, con ricovero per 4 pz (4% dei casi di tale MI, che raramente necessita di ricovero). L'AMB-D si pone come una risposta concreta e tempestiva a criticità di sanità pubblica e prevede una organizzazione interna flessibile ed efficiente in grado di adattarsi ad eventuali MI emergenti. È di supporto ai medici d'urgenza dei PS e ai MMG, che possono inviare direttamente all'infettivologo i loro pz con sospetto di MI. L'invio di questi pz ai PS invece contribuisce al loro sovraffollamento, anche con casi di minore gravità, che al PS non dovrebbero finire affatto; peraltro, dopo un percorso più lungo, e sicuramente travagliato per il pz, finirebbero magari sempre ad un consulto presso INMI: l'AMB-D intercetta queste esigenze evitando tale percorso tortuoso al pz nonché il rischio di diffusione di MI contagiose nella popolazione.

# GESTIONE DI UN OUTBREAK DI SCABBIA PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI BUSTO ARSIZIO

L. Mariani\*, M. Turri\*\*, A. Carducci\*\*\*, D. Rocca\*\*\*, D. Tomasini\*\*\*\*, A. Carabelli°, A. Tebini°, A. Triarico°°°

\* IP Direzione Medica, P.O. di Busto Arsizio; \*\* IP/AFD Direzione Medica, P.O. di Busto Arsizio;

\*\*\* Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia;

\*\*\*\* Responsabile S.S. Dermatologia, P.O. di Busto Arsizio; ° Responsabile S.C. Dermatologia, P.O. di Gallarate; °°

Dirigente Medico S.C. di Malattie Infettive, P.O. di Busto Arsizio; °°° Direttore Medico, P.O. di Busto Arsizio

**Parole chiave:** outbreak, scabbia, medicina preventiva

**Introduzione.** Nel corso del mese di Settembre 2016 presso il Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio sono state presentate 4 denunce di malattia infettiva per scabbia. L'Ufficio di Igiene e Tecnica Ospedaliera, su indicazione del CIO, ha prontamente avviato un'indagine epidemiologica ed è stata attivata un'equipe multidisciplinare costituita da un'infermiera epidemiologa, un medico Infettivologo, un medico Dermatologo, un medico di Direzione Medica, un Dirigente Farmacista, il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione.

**Contenuti.** È stata condotta un'indagine epidemiologica mediante l'analisi storica incrociata dei ricoveri dei degenti e della turnazione del personale infermieristico nei 6 mesi precedenti l'outbreak. È stata quindi pianificata una valutazione dermatologica per tutti i pazienti e per tutto il personale in servizio presso le Unità Operative risultate coinvolte. Il caso indice è stato individuato in una paziente risultata degente presso l'U.O. di Chirurgia Vascolare tra i mesi di Aprile e Luglio 2016 e quindi deceduta presso altra struttura ospedaliera, dove era stata effettuata, nel mese di Agosto 2016, diagnosi di scabbia norvegese. La lunga degenza (4 mesi), la ritardata diagnosi e l'alta carica parassitaria hanno determinato un'elevata disseminazione dell'infestazione tra sanitari e visitatori. Gli ulteriori casi di scabbia accertati sono stati 4: 2 degenti, 1 visitatore, 1 infermiere. Le consulenze dermatologiche non hanno evidenziato ulteriori casi di scabbia. Sono stati effettuati inoltre incontri con il personale medico ed infermieristico del reparto volti all'informazione/formazione, durante i quali è stata offerta, gratuitamente, profilassi. È stato infine formalizzato da parte del CIO un Gruppo di Lavoro finalizzato alla predisposizione di una procedura aziendale di prevenzione della scabbia in ambito ospedaliero. Dal mese di Ottobre 2016 non sono stati registrati ulteriori casi all'outbreak.

**Conclusioni.** Grazie agli interventi attuati, è stato possibile contenere il focolaio di scabbia ed è stata redatta, nel mese di Marzo 2017, la "Procedura di prevenzione della diffusione della scabbia". La procedura ha permesso di aumentare il livello di attenzione sulle malattie da contatto e di definire un percorso di gestione tempestiva di eventuali nuovi casi di scabbia presso le strutture ospedaliere.



Firenze, 25 – 26 – 27 Ottobre 2017  
Istituto degli Innocenti

## GESTIONE DI UN OUTBREAK DI SCABBIA PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI BUSTO ARSIZIO

L. Mariani\*; M. Turri\*\*; A. Carducci\*\*\*; D. Rocca\*\*\*; D. Tomasini\*\*\*\*; A. Carabelli°; A. Tebini°; A. Triarico°°°

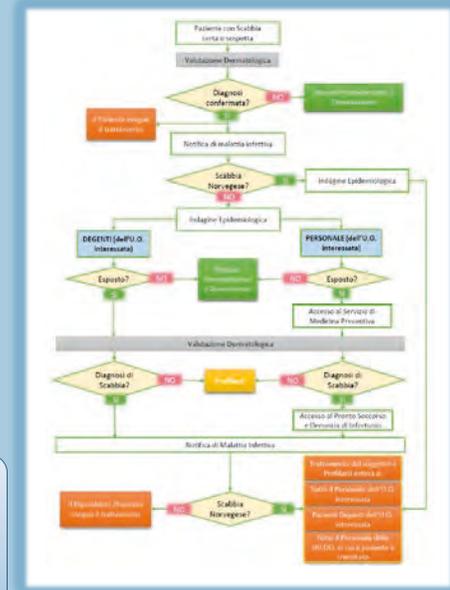
\*IP Direzione Medica, P.O. di Busto Arsizio; \*\*IP/AFD Direzione Medica, P.O. di Busto Arsizio; \*\*\*Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia; \*\*\*\*Responsabile S.S. Dermatologia, P.O. di Busto Arsizio; °Responsabile S.C. Dermatologia, P.O. di Gallarate; °°Dirigente Medico S.C. di Malattie Infettive, P.O. di Busto Arsizio; °°°Direttore Medico, P.O. di Busto Arsizio

### INTRODUZIONE

Nel corso del mese di Settembre 2016 presso il Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio sono state presentate 4 denunce di malattia infettiva per scabbia. L'Ufficio di Igiene e Tecnica Ospedaliera, su indicazione del CIO, ha prontamente avviato un'indagine epidemiologica ed è stata attivata un'equipe multidisciplinare costituita da un'infermiera epidemiologa, un medico Infettivologo, un medico Dermatologo, un medico di Direzione Medica, un Dirigente Farmacista, il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione.

### CONTENUTI

E' stata condotta un'indagine epidemiologica mediante l'analisi storica incrociata dei ricoveri dei degenti e della turnazione del personale infermieristico nei 6 mesi precedenti l'outbreak. È stata quindi pianificata una valutazione dermatologica per tutti i pazienti e per tutto il personale in servizio presso le Unità Operative risultate coinvolte. Il caso indice è stato individuato in una paziente risultata degente presso l'U.O. di Chirurgia Vascolare tra i mesi di Aprile e Luglio 2016 e quindi deceduta presso altra struttura ospedaliera, dove era stata effettuata, nel mese di Agosto 2016, diagnosi di scabbia norvegese. La lunga degenza (4 mesi), la ritardata diagnosi e l'alta carica parassitaria hanno determinato un'elevata disseminazione dell'infestazione tra sanitari e visitatori. Gli ulteriori casi di scabbia accertati sono stati 4: 2 degenti, 1 visitatore, 1 infermiere. Le consulenze dermatologiche non hanno evidenziato ulteriori casi di scabbia. Sono stati effettuati inoltre incontri con il personale medico ed infermieristico del reparto volti all'informazione/formazione, durante i quali è stata offerta, gratuitamente, profilassi. È stato infine formalizzato da parte del CIO un Gruppo di Lavoro finalizzato alla predisposizione di una procedura aziendale di prevenzione della scabbia in ambito ospedaliero. Dal mese di Ottobre 2016 non sono stati registrati ulteriori casi all'outbreak.



### CONCLUSIONI

Grazie agli interventi attuati, è stato possibile contenere il focolaio di scabbia ed è stata redatta, nel mese di Marzo 2017, la "Procedura di prevenzione della diffusione della scabbia". La procedura ha permesso di aumentare il livello di attenzione sulle malattie da contatto e di definire un percorso di gestione tempestiva di eventuali nuovi casi di scabbia presso le strutture ospedaliere.

Caso / settimana	APR				MAG				GIU				LUG				AGO				SETT				OTT							
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV																				
1 (degente)																																
2 (visitatore)																																
3 (infermiere)																																
4 (infermiere)																																
5 (caso indice)																																
6 (visitatore)																																
7 (degente)																																
8 (infermiere)																																
9 (degente)																																

Legenda:  
U.O. Chirurgia Vascolare  
U.O. Chirurgia Generale  
U.O. Urologia  
D. Diagnosi



# PROGETTO ENTERPRISE RISK MANAGEMENT E CERTIFICAZIONE PDTA SECONDO ISO9001:2015

**C. Martini\*, A. Zampa°, M. Zanni\*, V. Aurelio\*, R. Papa\*, L. Incicchitti\*,  
F. Luzi\*, L. Polenta\*, M. Sebastiani\*, G. Serafini\***

\*Direzione Medica Ospedaliera; ° Consultek srl  
AOU Ospedali Riuniti Ancona

**Parole chiave:** risk management, certificazione di qualità ISO 9001:2015

**Introduzione.** L'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona sta inserendo un sistema di Enterprise Risk management (ERM) con certificazione ISO 9001:2015 dei processi aziendali (PDTA, ecc.).

Per ottenere questo gli step implementati sono i seguenti:

- Definizione del CONTESTO, interno ed esterno, all'azienda
- Definizione degli Stakeholder, delle loro esigenze ed aspettative
- Gestione dei RISCHI del modello E.R.M.
- Gestione delle operation.
- Certificazione da parte di Organismo di certificazione

**Contenuto.** Per analizzare il Contesto (step 1) si è effettuata un'analisi SWOT svolta applicando tecniche di brainstorming ai gruppi dei PDTA Aziendali. Le SWOT di ciascun gruppo sono state rielaborate dal TEAM di RISK MANAGEMENT Aziendale, che ha emesso la SWOT aziendale.

Per individuare gli Stakeholder (step 2) si è utilizzata la ISO 26000:2010, ponendosi le domande seguenti: Verso chi l'organizzazione ha obblighi legali? Chi potrebbe essere influenzato positivamente o negativamente dalle decisioni o dalle attività dell'organizzazione? Chi potrebbe esprimere preoccupazioni in merito alle decisioni e alle attività dell'organizzazione? Chi è stato coinvolto nel passato quando è stato necessario affrontare preoccupazioni simili? Chi può aiutare l'organizzazione ad affrontare impatti specifici? Chi può influenzare la capacità dell'organizzazione di soddisfare le proprie responsabilità? Chi sarebbe svantaggiato se escluso dal coinvolgimento? Chi è influenzato nella catena del valore?

Per la gestione del rischio (step 3) la metodologia di approccio applicata è quella del TOTAL RISK MANAGEMENT (T.R.M.) che si basa su 3 distinte fasi: Risk Assessment-Risk Control-Risk Management, articolate nei seguenti punti. IDENTIFICAZIONE dei rischi tramite "brainstorming" all'interno dei gruppi PDTA; VALUTAZIONE dei rischi tramite apposite metriche, per pesarli e definire le priorità; CONTROLLO attraverso la pianificazione delle attività da attuare (azioni correttive) per i rischi prioritari; MONITORAGGIO del piano di azione e verifica stato avanzamento delle azioni correttive aperte; RIESAME periodico; apertura di azioni di Miglioramento.

Contemporaneamente con l'individuazione dei rischi, si è provveduto a mettere sotto controllo i processi operativi (Gestione Operation, step 4): mappando lo schema di processi operativi aziendali e di tutte le Unità operative; definendo le procedure ed istruzioni operative delle singole unità; individuando indicatori di performance delle singole unità; definendo i piani di controllo necessari all'efficienza ed efficacia dei processi operativi delle singole unità; definendo l'interfacciamento tra le unità operative.

Terminata la stesura dell'intero sistema di gestione si è provveduto a Certificare l'azienda (step 5) attraverso le seguenti fasi: Esecuzione di AUDIT INTERNI, di processo, di prodotto, di sistema, di PDTA su tutta la struttura; Esecuzione del Riesame Direzionale; Individuazione dell'OdC (Organismo di Certificazione) accreditato ACCREDIA; Esecuzione dell'audit di certificazione ISO 9001:2015; Esecuzione del follow-up a seguito dell'audit di Certificazione.

**Conclusioni.** Il percorso compiuto, pur nella complessità del suo svolgersi, è stato positivo sia perché ha coinvolto molte Unità Operative in una dimensione innovativa di Total Risk Management e Certificazione ISO 9001:2015, sia perché è pienamente coerente con le linee strategiche aziendali. Queste ultime vedono nell'approccio al miglioramento continuo ed al Total Risk Management, applicati alla gestione per processi, uno strumento essenziale per il raggiungimento dei propri obiettivi.

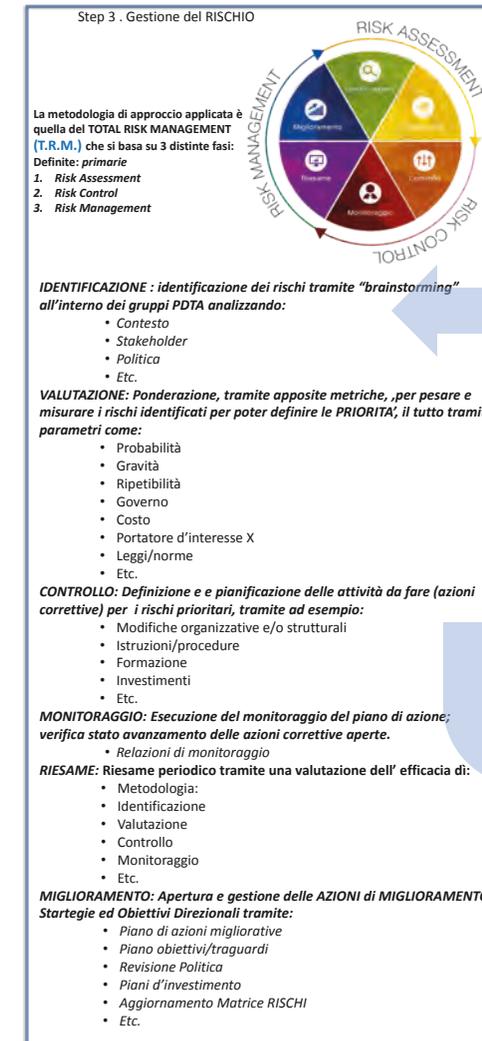
## PROGETTO ENTERPRISE RISK MANAGEMENT E CERTIFICAZIONE PDTA SECONDO ISO9001:2015

**Autori:** Martini C\*, Zampa A°, Zanni M\*, Aurelio V\*, Papa R\*, Incicchitti L\*, Luzi F\*, Polenta L\*, Sebastiani M\*, Serafini G.\*

AOU Ospedali Riuniti Ancona: \*Direzione Medica Ospedaliera; ° Consultek srl

L'Azienda sta inserendo un sistema di Enterprise Risk management (ERM) con certificazione ISO 9001:2015 dei PDTA. Per ottenere questo gli step sono:

1. Definizione del CONTESTO, interno ed esterno, all'azienda
2. Definizione degli Stakeholder, delle loro esigenze ed aspettative
3. Gestione dei RISCHI del modello E.R.M.
  - Identificazione dei rischi
  - Valutazione dei rischi (ponderazione)
  - Controllo dei rischi (azioni, obiettivi, strategie)
  - Monitoraggio
  - Riesame delle metodologie e risultati ottenuti
  - Miglioramento dei risultati da ottenere,
4. Gestione delle operation.
5. Certificazione da parte di Organismo di certificazione (OdC)

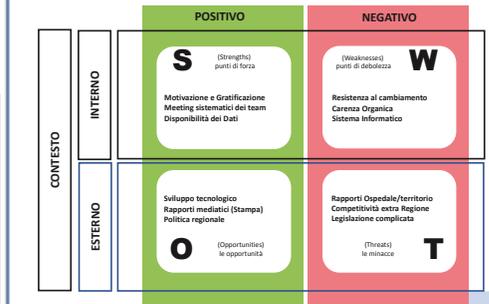


**Conclusioni:** il percorso compiuto, seppur complesso, è stato positivo sia perché ha coinvolto molte Unità Operative in una dimensione innovativa di Total Risk Management e Certificazione ISO 9001:2015, sia perché è pienamente coerente con le linee strategiche aziendali. Queste ultime vedono nell'approccio al miglioramento continuo ed al Total Risk Management, applicati alla gestione per processi, uno strumento essenziale per il raggiungimento dei propri obiettivi.



Step 1 . Per analizzare il Contesto si è effettuata un'analisi SWOT

- L'analisi del contesto è stata svolta applicando tecniche di brainstorming ai gruppi dei PDTA Aziendali.
- Le SWOT, di ciascun gruppo, sono state rielaborate dal TEAM di RISK MANAGEMENT Aziendale, che ha emesso la SWOT aziendale.



Step 2 . Per Individuare gli Stakeholder si è utilizzata la ISO 26000:2010

§ 5.3.2 Identificazione degli stakeholder

Per identificare gli stakeholder, l'organizzazione si deve porre le domande seguenti:

- Verso chi l'organizzazione ha obblighi legali?
- Chi potrebbe essere influenzato positivamente o negativamente dalle decisioni o dalle attività dell'organizzazione?
- Chi potrebbe esprimere preoccupazioni in merito alle decisioni e alle attività dell'organizzazione?
- Chi è stato coinvolto nel passato quando è stato necessario affrontare preoccupazioni simili?
- Chi può aiutare l'organizzazione ad affrontare impatti specifici?
- Chi può influenzare la capacità dell'organizzazione di soddisfare le proprie responsabilità?
- Chi sarebbe svantaggiato se escluso dal coinvolgimento?
- Chi è influenzato nella catena del valore?

Step 4 . Gestione delle OPERATION

Contemporaneamente con l'individuazione dei rischi, si è provveduto a mettere sotto controllo i processi operativi.

Per far ciò è stato:

- Mappato lo schema di processi operativi aziendali e tutte le Unità operative
- Definito le procedure ed istruzioni operative delle singole unità
- Individuato indicatori di performance delle singole unità
- Definito i piani di controllo necessari all'efficienza ed efficacia dei processi operativi delle singole unità
- Definito l'interfacciamento ed interazione tra le unità

Step 5 . CERTIFICAZIONE

Terminata la stesura dell'intero sistema di gestione si è provveduto a:

- Eseguire AUDIT INTERNI, di processo, di prodotto, di sistema, di PDTA su tutta la struttura
- Eseguire il Riesame Direzionale
- Individuare l'OdC (Organismo di Certificazione) accreditato ACCREDIA
- Eseguire l'audit di certificazione ISO 9001:2015
- Eseguire il follow-up a seguito dell'audit di Certificazione

# L'USO DELLE CHECK LIST COME STRUMENTO DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA. LA SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DELL'ISOLAMENTO ALLA DIAGNOSI O SOSPETTO DI MALATTIA INFETTIVA DEL NIGUARDA DI MILANO

E. Masturzo<sup>1</sup>, L. Conti<sup>2</sup>, L. Blaseotto<sup>2</sup>, M. Pisccedda<sup>2</sup>, M. Segal<sup>2</sup>, A. Lolli<sup>3</sup>, G. Elli<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Referente per le infezioni correlate all'assistenza della Direzione Medica di Presidio;

<sup>2</sup> Ufficio epidemiologico della Direzione medica di Presidio; <sup>3</sup> Direttore DITRA; <sup>4</sup> Direttore Dipartimento Organizzazione, Governo clinico e Qualità ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

**Parole chiave:** infezioni correlate all'assistenza, rischio infettivo, risk management

**Introduzione.** Fare andare meglio le cose è possibile con lo strumento umile, ma al tempo stesso potente e poco costoso delle liste di controllo. Il grande insegnamento di *Atul Gawande*, direttore del dipartimento Global Patient Safety Challenge dell'OMS e ideologo della check list, ha ispirato la *Policy aziendale sull'isolamento del paziente in Ospedale* del Niguarda, costituita da una serie di strumenti operativi volti a supportare le azioni di prevenzione della diffusione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali o a carattere diffusivo e ad integrare i sistemi di sorveglianza in essere. La complessità del lavoro e dei processi assistenziali all'interno di organizzazioni sempre più parcellizzate in ragione dell'alto livello di specializzazione, nonché la ripetizione di operazioni di routine possono portare a dimenticare o a dare per scontati dei passaggi nella fase estremamente delicata dell'isolamento del paziente.

La *Scheda di pianificazione dell'isolamento alla diagnosi o sospetto di malattia infettiva*, quale parte integrante della documentazione sanitaria, testimonia l'avvenuta applicazione delle precauzioni basate sulla via di trasmissione, ad integrazione di quelle standard, e garantisce il corretto passaggio di consegne al cambio turno del personale o durante tutto il percorso di diagnosi e cura del paziente all'interno dell'Ospedale, colmando così eventuali lacune informative o deficit di comunicazione.

**Contenuti.** Lo scopo della Scheda di pianificazione dell'isolamento è quello di sviluppare sinergie e di definire dei piani di assistenza condivisi modulandoli ai bisogni reali dei pazienti affetti da patologie infettive o colonizzati, inserendoli nel contesto e creando in tal modo l'opportunità di identificare priorità, definire obiettivi, programmare gli interventi in base alle specifiche competenze e risolvere problemi in modo unitario. Il concetto fondante è improntato ad un principio di responsabilizzazione del personale medico, compartecipe e corresponsabile della gestione dell'isolamento, tradizionalmente demandata al personale infermieristico, anche in mancanza di uno staff cohorting dedicato. Ciò è ben rappresentato nella matrice delle responsabilità prevista all'interno della Policy dell'Azienda.

La scheda è strutturata - nelle linee essenziali - sulle seguenti categorie informative:

- anagrafica del paziente;
- colonizzazione o infezione, sospetta o confermata;
- classificazione dell'agente: batterio, virus, parassita;
- trasferimento da struttura esterna: RSA, lungodegenza, altro;
- data della valutazione;
- tipo di isolamento praticato e identificazione del posto letto: stanza singola, di coorte funzionale;
- organizzazione del personale: staff cohorting, tutor medico, referente medico per turno, referente infermieristico per turno;
- durata dell'isolamento prevista;
- precauzioni previste: standard, da contatto, droplet, aerea;
- eventuale terapia antibiotica in atto;
- data della rivalutazione;
- contatti presi con strutture competenti: Microbiologia, Malattie infettive, Direzione Medica di Presidio, Medicina del lavoro (per eventuali esposizioni degli operatori).

**Conclusioni.** Nello svolgimento di attività che richiedono molti passaggi di mani e particolare attenzione, la spunta di elementi di controllo si rivela il metodo più sicuro per ridurre il rischio di errore, di sviste o di sottovalutazione ed un valido strumento di gestione del rischio infettivo e di risk management particolarmente in un frangente che vede una recrudescenza di patologie infettive ad alto potenziale diffusivo e clamore mediatico (es. tubercolosi, morbillo, meningite) e che pone l'Italia tra i paesi endemici rispetto al fenomeno della antibiotico resistenza (es. enterobatteri resistenti ai carbapenemi). La scheda di pianificazione dell'isolamento ha inoltre un elevato contenuto educativo e di responsabilizzazione e migliora la comunicazione e la collaborazione tra gli operatori abituandoli a parlare la stessa lingua e a lavorare nello stesso modo.



L'uso delle check list come strumento di controllo delle infezioni correlate all'assistenza: la Scheda di pianificazione dell'isolamento alla diagnosi o sospetto di malattia infettiva del Niguarda di Milano

Masturzo E.<sup>1</sup>; Conti L.<sup>2</sup>; Blaseotto L.<sup>2</sup>; Pisccedda M.<sup>2</sup>; Segal M.<sup>2</sup>; Lolli A.<sup>3</sup>; Elli G.<sup>4</sup>

1 referente per le infezioni correlate all'assistenza della Direzione Medica di Presidio; 2 Ufficio epidemiologico della Direzione medica di Presidio; 3 Direttore DITRA; 4 Direttore Dipartimento Organizzazione, Governo clinico e Qualità ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

## INTRODUZIONE

Fare andare meglio le cose è possibile con lo strumento umile, ma al tempo stesso potente e poco costoso delle liste di controllo.

Il grande insegnamento di *Atul Gawande*, direttore del Dipartimento Global Patient Safety Challenge dell'OMS e ideologo della check list, ha ispirato la *Policy aziendale sull'isolamento del paziente in Ospedale del Niguarda*, costituita da una serie di strumenti operativi volti a supportare le azioni di prevenzione della diffusione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali o a carattere diffusivo e ad integrare i sistemi di sorveglianza in essere. La complessità del lavoro e dei processi assistenziali all'interno di organizzazioni sempre più parcellizzate in ragione dell'alto livello di specializzazione, nonché la ripetizione di operazioni di routine possono portare a dimenticare o a dare per scontati dei passaggi nella fase estremamente delicata dell'isolamento del paziente.

La *Scheda di pianificazione dell'isolamento alla diagnosi o sospetto di malattia infettiva*, quale parte integrante della documentazione sanitaria, testimonia l'avvenuta applicazione delle precauzioni basate sulla via di trasmissione, ad integrazione di quelle standard, e garantisce il corretto passaggio di consegne al cambio turno del personale o durante tutto il percorso di diagnosi e cura del paziente all'interno dell'Ospedale, colmando così eventuali lacune informative o deficit di comunicazione.

## CONTENUTI

Lo scopo della Scheda di pianificazione dell'isolamento è quello di sviluppare sinergie e di definire dei piani di assistenza condivisi modulandoli ai bisogni reali dei pazienti affetti da patologie infettive o colonizzati, inserendoli nel contesto e creando in tal modo l'opportunità di identificare priorità, definire obiettivi, programmare gli interventi in base alle specifiche competenze e risolvere problemi in modo unitario.

Il concetto fondante è improntato ad un principio di responsabilizzazione del personale medico, compartecipe e corresponsabile della gestione dell'isolamento, tradizionalmente demandata al personale infermieristico, anche in mancanza di uno staff cohorting dedicato. Ciò è ben rappresentato nella matrice delle responsabilità prevista all'interno della Policy dell'Azienda.

La scheda è strutturata - nelle linee essenziali - sulle categorie informative rappresentate in figura.

## CONCLUSIONI

Nello svolgimento di attività che richiedono molti passaggi di mani e particolare attenzione, la spunta di elementi di controllo si rivela il metodo più sicuro per ridurre il rischio di errore, di sviste o di sottovalutazione ed un valido strumento di gestione del rischio infettivo e di risk management particolarmente in un frangente che vede una recrudescenza di patologie infettive ad alto potenziale diffusivo e clamore mediatico (es. tubercolosi, morbillo, meningite) e che pone l'Italia tra i paesi endemici rispetto al fenomeno della antibiotico resistenza (es. enterobatteri resistenti ai carbapenemi). La scheda di pianificazione dell'isolamento ha inoltre un elevato contenuto educativo e di responsabilizzazione e migliora la comunicazione e la collaborazione tra gli operatori abituandoli a parlare la stessa lingua e a lavorare nello stesso modo.

# PROGRAMMA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

M.R. Mazzocanti\*, A. Brighenti\*\*, A. Cani°, P. Pauri°, G. Picciotti°, S. Sagratella^, M. Silvestrini^^, A. Vesprini^^, N. Storti^

\*Dirigente Medico Staff Direzione Sanitaria ASUR^ Direttore Sanitario ASUR Marche;

\*\*Medico in Formazione Scuola di Specializz. Igiene e Medicina Preventiva Università Politecnica delle Marche;

°Direttore Unico di Presidio ASUR AV1; °\*Direttore Laboratorio Analisi ASUR AV2;

°°Direttore Distretto ASUR AV5; °^Direttore Servizio farmaceutico ASUR;

^^Dirigente Servizio Professioni Sanitarie ASUR AV2; ^\*Direttore Rischio Clinico ASUR AV4

**Parole chiave:** infezioni correlate assistenza, rischio clinico, igiene ospedaliera

**Introduzione.** Le infezioni correlate all'assistenza sono eventi che si presentano una prevalenza del 4.5% ogni 100 pazienti ricoverati, determinando un forte costo in termini di salute, di efficacia delle cure, ed economico. Se già nel lontano 1984 il Consiglio d'Europa raccomandava l'adozione di una strategia globale di contenimento delle infezioni ospedaliere, oggi più che mai si rende necessaria un'attività integrata, strutturata a più livelli sia dell'assistenza che disciplinare con una declinazione di pro-attivo da implementare oltre alla efficace risposta agli eventi nella quotidiana pratica clinica

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere è un organo tecnico di consulenza, con competenze pluridisciplinari, coordinato storicamente dal direttore medico di presidio, nell'accezione più adeguata di infezioni correlate all'assistenza si viene ad integrare l'assistenza residenziale territoriale rivestendo il direttore del distretto di un ruolo altrettanto essenziale.

Per quanto riguarda l'ASUR Marche la residenzialità è composta da 5 Presidi Unici Ospedalieri e dai molteplici Servizi Territoriali Distrettuali.

**Contenuti.** Con Determina del D.G. ASUR 440/17 è stato istituito un organo di controllo delle infezioni correlate all'assistenza aziendale, codificata la sua struttura, funzione e composizione disciplinare.

La struttura funzionale è articolata su tre livelli:

- Il Comitato Centrale ASUR ha funzioni di pianificazione, coordinamento, monitoraggio e verifica, validazione dei protocolli prodotti dai comitati. Composto da il Direttore Sanitario ASUR in qualità di presidente e un: Direttore Unico di Presidio Ospedaliero, Direttore Distretto, Responsabile Rischio Clinico, Infettivologo, Microbiologo, Responsabile SPS, Farmacista, Ingegnere Clinico e Responsabile SPP.
- I 5 Comitati di Area Vasta attuano le linee strategiche indicate dal C.C. tramite i Gruppi Operativi, esplicano funzioni di sorveglianza, proposta di protocolli operativi al C.C., organizzano la formazione, monitorano l'epidemiologia locale in sinergia dei laboratori. Sono composti almeno da: il Direttore Unico di Presidio Ospedaliero, un Direttore di Distretto, il Responsabile del Rischio Clinico, Clinici in rappresentanza di area Medica, Chirurgica, Materno Infantile, Emergenza/Urgenza, Ospedali di Comunità; Infettivologo e/o 1 Pneumologo (se disponibili), Ingegnere Clinico, Laboratorista esperto di Microbiologia, Farmacista, Il Responsabile del Servizio Professioni Sanitarie ed il responsabile Servizio Prevenzione e Protezione. Con auspicabile alternanza il Presidente del Comitato ASUR indicherà il Direttore Unico di Presidio o un Direttore di Distretto quale presidente del comitato. Il Comitato di AV, deve riunirsi ogni tre mesi.
- I Gruppi Operativi Locali, in seno ai comitati, sono responsabili dell'attuazione dei protocolli. Composti da un medico non necessariamente dedicato esperto di ICA ed almeno un infermiere per struttura specificamente formato. I Gruppi Operativi, informati della constatazione o del rischio di ICA, devono intervenire immediatamente e prendere (in caso di assoluta urgenza) le decisioni che s'impongono, senza aspettare che il Comitato di AV si riunisca per ratificarle.

**Conclusioni.** La prevenzione, la riduzione del rischio d'insorgenza e di trasmissione delle infezioni collegate all'assistenza richiede azioni concertate che vedano il concorso di tutti gli attori della sanità, sia pure con diversi ruoli, profili e responsabilità.

## PROGRAMMA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Mazzocanti M.R. \*, Brighenti A. \*\*, Cani A. °, Pauri P. °\*, Picciotti G. °°, Sagratella S. °^, Silvestrini M. ^^, Vesprini A. ^^, Storti N. ^

\*Dirigente Medico Staff Direzione Sanitaria ASUR, ^Direttore Sanitario ASUR Marche, \*\*Medico in Formazione Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università Politecnica delle Marche, °Direttore Unico di Presidio ASUR AV1, °\*Direttore Laboratorio Analisi AV2, °°Direttore Distretto ASUR AV5, °^Direttore Servizio farmaceutico ASUR, ^^Dirigente Servizio Professioni Sanitarie ASUR AV2, ^\*Direttore Rischio Clinico ASUR AV4

**Parole Chiave:** Infezioni correlate all'assistenza, Rischio Clinico, Igiene Ospedaliera

**Introduzione:**

Le infezioni correlate all'assistenza sono eventi che si presentano una prevalenza del 4.5% ogni 100 pazienti ricoverati, determinando un forte costo in termini di salute, di efficacia delle cure, ed economico. Se già nel lontano 1984 il Consiglio d'Europa raccomandava l'adozione di una strategia globale di contenimento delle infezioni ospedaliere, oggi più che mai si rende necessaria un'attività integrata, strutturata a più livelli sia dell'assistenza che disciplinare con una declinazione di pro-attivo da implementare oltre alla efficace risposta agli eventi nella quotidiana pratica clinica.

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere è un organo tecnico di consulenza, con competenze pluridisciplinari, coordinato storicamente dal direttore medico di presidio, nell'accezione più adeguata di infezioni correlate all'assistenza si viene ad integrare l'assistenza residenziale territoriale rivestendo il direttore del distretto di un ruolo altrettanto essenziale.

Per quanto riguarda l'ASUR Marche la residenzialità è composta da 5 Presidi Unici Ospedalieri e dai molteplici Servizi Territoriali Distrettuali.

**Contenuti:**

Con Determina del D.G. ASUR 440/17 è stato istituito un organo di controllo delle infezioni correlate all'assistenza aziendale, codificata la sua struttura, funzione e composizione disciplinare. La struttura funzionale è articolata su tre livelli:

Il Comitato Centrale ASUR ha funzioni di pianificazione, coordinamento, monitoraggio e verifica, validazione dei protocolli prodotti dai comitati. Composto da il Direttore Sanitario ASUR in qualità di presidente e un: Direttore Unico di Presidio Ospedaliero, Direttore Distretto, Responsabile Rischio Clinico, Infettivologo, Microbiologo, Responsabile SPS, Farmacista, Ingegnere Clinico e Responsabile SPP.

I 5 Comitati di Area Vasta attuano le linee strategiche indicate dal C.C. tramite i Gruppi Operativi, esplicano funzioni di sorveglianza, proposta di protocolli operativi al C.C., organizzano la formazione, monitorano l'epidemiologia locale in sinergia dei laboratori. Sono composti almeno da: il Direttore Unico di Presidio Ospedaliero, un Direttore di Distretto, il Responsabile del Rischio Clinico, Clinici in rappresentanza di area Medica, Chirurgica, Materno Infantile, Emergenza/Urgenza, Ospedali di Comunità; Infettivologo e/o 1 Pneumologo (se disponibili), Ingegnere Clinico, Laboratorista esperto di Microbiologia, Farmacista, Il Responsabile del Servizio Professioni Sanitarie ed il responsabile Servizio Prevenzione e Protezione. Con auspicabile alternanza il Presidente del Comitato ASUR indicherà il Direttore Unico di Presidio o un Direttore di Distretto quale presidente del comitato. Il Comitato di AV, deve riunirsi ogni tre mesi.

I Gruppi Operativi Locali, in seno ai comitati, sono responsabili dell'attuazione dei protocolli. Composti da un medico o non necessariamente dedicato esperto di ICA ed almeno un infermiere per struttura specificamente formato. I Gruppi Operativi, informati della constatazione o del rischio di ICA, devono intervenire immediatamente e prendere (in caso di assoluta urgenza) le decisioni che s'impongono, senza aspettare che il comitato di AV si riunisca per ratificarle.

**Conclusioni:**

La prevenzione, la riduzione del rischio d'insorgenza e di trasmissione delle infezioni collegate all'assistenza richiede azioni concertate che vedano il concorso di tutti gli attori della sanità, sia pure con diversi ruoli, profili e responsabilità.

43° Congresso Nazionale  
Firenze 25-27 ottobre



## LA FIGURA DELL'HOPITALIST NEI REPARTI CHIRURGICI: UN VALORE AGGIUNTO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

G. Messori Ioli<sup>1</sup>, C. Rivetti<sup>2</sup>, S. Agostini<sup>3</sup>, A. Ricotti<sup>4</sup>, G. Cassissa<sup>5</sup>, D. Bono<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Medico Medicina Interna - ASL To5; <sup>2</sup> Chirurgo DEA - Città della Salute; <sup>3</sup> Datamananger - ASL CN2;

<sup>4</sup> Direttore Amministrativo - ASL CN2; <sup>5</sup> Direttore Generale - ASL CN2; <sup>6</sup> Diretto Sanitario - ASL CN2

**Introduzione.** L'Hospitalist nasce negli Stati Uniti nei primi anni '80 come una nuova figura medica esclusivamente ospedaliera e con competenze generaliste, definita come "specialist in inpatient medicine". Tra i vari tipi di modelli organizzativi che prevedono questa figura professionale, in Italia prevale quello che vede l'Hospitalist lavorare a tempo pieno o parziale all'interno della Divisione Chirurgica: dedicandosi ai problemi acuti internistici dei pazienti ricoverati, gestendo le comorbidità mediche impostandone terapie e monitoraggio, coordinando gli accertamenti diagnostici, comunicando con i chirurghi e facilitando la transizione di cura del paziente nei differenti setting assistenziali sia durante il ricovero che alla dimissione.

**Contenuti.** I pazienti over 60 anni ospedalizzati per frattura di femore, le cui principali cause di morte sono rappresentate da scompenso cardiaco e patologie infettive polmonari, sono stati i più coinvolti negli studi di efficacia del co-management tra internista-ortopedico.

In due studi retrospettivi questo modello organizzativo ha evidenziato una riduzione della degenza media di 1.6 giorni (da 8.16 a 6.56 giorni)<sup>1</sup> e di 2.2 giorni (da 10.6 a 8.4 giorni)<sup>2</sup>, senza un aumento sia della riammissione a 30 giorni che della mortalità; anche l'attesa pre-operatoria (TTS- time to surgery) è risultata ridotta da 27.4 ore a 21.9 ore<sup>1</sup> aumentando così la percentuale di interventi eseguiti entro 48 ore dal ricovero da 86% a 96%, elemento di monitoraggio del Programma Nazionale Esiti.

Nei pazienti in co-gestione ortopedico-internista, inoltre, si è osservato un maggior numero di malati dimessi senza complicanze durante la degenza (61.6% vs. 49.8%)<sup>4</sup>, e un ridotto trasferimento nei reparti di terapia intensiva (da 20% a 10.2%)<sup>5</sup>; risulta anche una maggiore appropriatezza prescrittiva dei farmaci sia per ciò che concerne la profilassi anti trombosì venosa profonda (dal 63% al 93%)<sup>6</sup> che la terapia anti-osteoporosi (dal 12% al 69%)<sup>7</sup>.

La presenza dell'Hospitalist ha determinato una riduzione sia del 60% tempo di esposizione dei pazienti a terapie antibiotiche a largo spettro che della percentuale dei trattati in modo ingiustificato con terapia antibiotica empirica (dal 90% al 54%)<sup>8</sup>; producendo un miglioramento significativo nell'appropriatezza della profilassi antibiotica (meno 10.6%)<sup>9</sup>.

Infine, l'attività dell'Hospitalist rispetto a quella del consulente internista ha dimostrato di ridurre la degenza media e quindi i costi medi di ricovero (da \$ 12.820 a \$ 11.)<sup>3</sup>.

**Conclusioni.** Le esperienze riportate in letteratura dimostrano l'efficienza del modello organizzativo dell'Hospitalist nei reparti chirurgici, ed in particolare in ortopedia. Applicando il comanagement internista-ortopedico si raggiungono infatti gli obiettivi di migliorare l'assistenza, prevenire e ridurre i rischi clinici ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

**Tabella 1 - Incidenza di complicazioni post-operazione in pazienti anziani con frattura dell'anca.**

	1995-1997 (senza hospitalist)	1998-2001 (con hospitalist)
<b>Numero pazienti</b>	<b>504</b>	<b>447</b>
Sepsi	12,4	6,7
Delirio	11,7	5,9
Embolia polmonare	4,6	1,3
Pneumonia	3,8	0,5
Infezione tratto urinario	8,9	6,7
Piaghe da decubito e vesciche	4,7	1,8
Anemia	35,4	30,2
Sanguinamenti gastrointestinali	2,3	0,9
Sindrome cerebrovascolare acuta	2,3	0,5
Sindrome coronaria acuta	2,4	1,3
<b>Totale</b>	<b>71</b>	<b>49,5</b>

Infine, l'attività dell'Hospitalist rispetto a quella del consulente internista ha dimostrato di ridurre la degenza media e quindi i costi medi di ricovero (da \$ 12.820 a \$ 11.)<sup>3</sup>.

**Tabella 2 - Accertamenti radiografici (esclusi Rx segmenti ossei) e biochimici: totali e per paziente**

	2007 (senza Hospitalist)	2008 (con Hospitalist)
Esami radiologici	412 (1,4)	321 (1,1)
Esami biochimici	18392 (61,7)	13010 (46,5)
Esami microbiologici	1040 (3,5)	1173 (4,2)
Consulenze totali	377 (1,2)	262 (0,9)
Consulenze specialità mediche	114 (0,4)	77 (0,3)

'Ospedale Niguarda Ca' Granda' di Milano 2008<sup>10</sup>

## GESTIONE DI UN'EVACUAZIONE D'EMERGENZA IN UNA TERAPIA INTENSIVA: UN ESEMPIO DI BUONA PRATICA

A. Moccia<sup>1</sup>, D. Celotto<sup>2</sup>, L. Grillone<sup>2</sup>, R. Cocconi<sup>3</sup>, F. Farneti<sup>1</sup>, L. Lattuada<sup>3</sup>, S. Brusaferrò<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> SOC Accredimento, Rischio Clinico e Valutazione delle performance sanitarie, Azienda Sanitaria Integrata di Udine; <sup>2</sup> Dipartimento di Area Medica (DAME), Università degli Studi di Udine;

<sup>3</sup> Direzione Medica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

**Parole chiave:** emergenza, terapia intensiva, safety walk around

**Introduzione.** La gestione delle emergenze interne in un ospedale ad alta complessità di cura rappresenta una sfida organizzativa con ricadute immediate e a lungo termine sulla salute dei pazienti e degli operatori. A seguito di un allagamento improvviso dei locali di una terapia intensiva aziendale (TI) con conseguente inagibilità di tutti i posti letto, si è proceduto a mettere in atto il trasferimento in sicurezza dei pazienti presenti ma anche di tutti i presidi coinvolti. La gestione dell'emergenza è stata risolta nell'arco di un giorno e seguita nel tempo da una serie di monitoraggi standardizzati per valutare l'impatto del trasferimento sulla qualità delle cure dei pazienti.

**Contenuti.** La procedura interna aziendale per la gestione delle emergenze è stata utile nei momenti immediatamente successivi all'evento ma il "thinking out of the box" è stato un elemento chiave per l'ideazione del trasferimento dei pazienti in una recovery room non ancora attivata di un blocco operatorio presso il nuovo padiglione.

Per la gestione delle criticità rilevate è stata ideata subito una check-list che prevedeva sopralluoghi cadenzati con la presenza del personale afferente agli uffici tecnici, al servizio di prevenzione e protezione, alla direzione medica, al gruppo rischio clinico e rischio infettivo, con la collaborazione di tutto il personale operante nella nuova sede della TI. Per il monitoraggio a medio termine sono stati calendarizzati dei "safety walk around" (SWR), mentre per l'impatto a lungo termine sono stati monitorati gli eventi provenienti dagli Incident Reporting ed il tasso di infezioni correlate all'assistenza, nello specifico il tasso di polmoniti insorte in TI.

**Conclusioni.** La rapida prontezza del team delle emergenze interne e la collaborazione di tutto il personale sia sanitario che tecnico ha permesso il trasferimento immediato di 11 pazienti ricoverati in TI di cui 8 trasferiti presso la recovery room e 3 presso altri ospedali regionali. La nuova sede ha permesso di allestire solamente 8 posti letto invece degli 11 in dotazione al reparto. Sono stati cambiati anche i criteri di accesso dei pazienti presso la nuova sede. Durante il tempo di permanenza della terapia intensiva presso la recovery room (5 mesi) sono stati effettuati 4 SWR, con conseguenti azioni di miglioramento per le criticità riscontrate. Inoltre valutando il numero di near-miss/eventi avversi accaduti nella struttura ossia confrontando i dati riferiti ai mesi in recovery room del 2017 con gli stessi mesi dell'anno precedente non sono emerse differenze (n°7 nel 2016 vs n°6 nel 2017). Per quanto riguarda le polmoniti si è registrato invece un aumento del tasso pari a 6 per 1000 giorni di degenza, rispetto al semestre precedente.

# LA COMPILAZIONE DEL FILE F: UNA STRATEGIA VINCENTE

E. Montel<sup>1</sup>, L. Tavella<sup>2</sup>, S. Vidoni<sup>3</sup>, A. Di Munno<sup>4</sup>, I. Gentilini<sup>5</sup>, H. Dorfmann<sup>6</sup>, R. Loss<sup>1</sup>, F. Girardi<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Medico, Direzione medica dell'Ospedale Centrale di Bolzano - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

<sup>2</sup> Direttrice reggente, Servizio farmaceutico Ospedale Centrale di Bolzano - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

<sup>3</sup> Farmacista, Servizio farmaceutico Ospedale Centrale di Bolzano - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

<sup>4</sup> Data analyst, Ufficio Economia Sanitaria presso la Ripartizione 23. Salute della Provincia Autonoma di Bolzano

<sup>5</sup> Primario, Servizio di immunoematologia e trasfusionale - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

<sup>6</sup> Analista-sistemista EDP, Ufficio sistema informatico ospedaliero-Bolzano - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

<sup>7</sup> Direttore medico, Direzione medica dell'Ospedale Centrale di Bolzano - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

**Parole chiave:** compensazione sanitaria interregionale, File F, sistema informativo ospedaliero (SIO)

**Introduzione.** La compensazione della mobilità sanitaria interregionale per il triennio 2014-16 è stata pattuita attraverso l'Accordo dalla Conferenza Stato Regioni e Province autonome a gennaio 2017<sup>1</sup>. I costi derivanti dall'erogazione di farmaci, sangue e emocomponenti vengono compensati attraverso il flusso ministeriale F che comprende i farmaci: erogati in diretta, i fattori della coagulazione nonché farmaci oncologici ad alto costo somministrati in ricovero e quelli somministrati in regime ambulatoriale. Nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si erogano ogni anno mediamente 2.280 ricoveri e 2.900 prestazioni ambulatoriali con somministrazione di farmaci a pazienti italiani residenti anzitutto in Trentino, Veneto e Lombardia. In mancanza di un percorso del farmaco completamente informatizzato è stato sviluppato un sistema di rilevazione alternativo.

**Contenuto.** Dopo analisi dei sistemi informatici in uso e della normativa vigente si stabilisce come procedere alla rilevazione. Il sistema traccia i dati della Distribuzione diretta. I farmaci oncologici ad elevato costo sono estratti dal software INDACO<sup>2</sup> per qualsiasi regime di somministrazione. Per individuare i restanti farmaci si predispose nel SIO una maschera alimentata con dati provenienti dai flussi SDO, specialistica ambulatoriale e PS. Nella maschera, i pazienti trattati risultano suddivisi per unità operativa. Ogni mese le unità operative integrano i record pazienti con i dati necessari per il File F coordinati dalla Direzione medica. Nella tabella sono riportate le prestazioni ambulatoriali comprendenti la somministrazione del farmaco, nella cui tariffa non è incluso il costo del farmaco. Il Servizio trasfusionale aziendale rileva la somministrazione di sangue e emocomponenti.

**Conclusioni.** Come si evince dal grafico, nel triennio 2014-16 è aumentata la numerosità dei record inviati del 153% e l'entità dell'importo addebitato alle altre regioni e province autonome del 24%. Per quanto concerne il tipo di erogazione, l'incremento è dovuto ai farmaci somministrati per terapie ambulatoriali (+362%) ed erogati in diretta a seguito di visita specialistica (+176%). La rilevazione dei farmaci somministrati per terapie ambulatoriali è migliorata grazie all'incrocio dei flussi informativi disponibili. Sono inoltre diminuite le contestazioni provenienti dalle altre regioni e province autonome.

I dati sottolineano l'efficacia della strategia elaborata attraverso un approccio multi-professionale all'interno dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, di per sé carente di un sistema informatico che traccia il ciclo completo del farmaco. In attesa del passaggio alla prescrizione dematerializzata delle prestazioni ambulatoriali e dell'implementazione di una cartella clinica integrata ed informatizzata, come previsto dal IT Masterplan, il flusso File F è stato comunque garantito e perfezionato.



## La compilazione del File F: una strategia vincente

**Autori:** Montel E. (1), Tavella L. (2), Vidoni S. (3), Di Munno A. (4), Gentilini I. (5), Dorfmann H. (6), Loss R. (1), Girardi F. (7)

1 medico, Direzione medica dell'Ospedale Centrale di Bolzano - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, 2 direttrice reggente, Servizio farmaceutico Ospedale Centrale di Bolzano - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, 3 farmacista, Servizio farmaceutico Ospedale Centrale di Bolzano - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, 4 data analyst, Ufficio Economia Sanitaria presso la Ripartizione 23. Salute della Provincia Autonoma di Bolzano, 5 primario, Servizio di immunoematologia e trasfusionale - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, 6 analista-sistemista EDP, Ufficio sistema informatico ospedaliero-Bolzano - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, 7 direttore medico, Direzione medica dell'Ospedale Centrale di Bolzano - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

**Parole chiave:** compensazione sanitaria interregionale, File F, sistema informativo ospedaliero (SIO)

### INTRODUZIONE

La compensazione della mobilità sanitaria interregionale per il triennio 2014-16 è stata pattuita attraverso l'Accordo dalla Conferenza Stato Regioni e Province autonome a gennaio 2017<sup>1</sup>. I costi derivanti dall'erogazione di farmaci, sangue e emocomponenti vengono compensati attraverso il flusso ministeriale F che comprende i farmaci: erogati in diretta, i fattori della coagulazione nonché farmaci oncologici ad alto costo somministrati in ricovero e quelli somministrati in regime ambulatoriale.

Nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si erogano ogni anno mediamente 2.280 ricoveri e 2.900 prestazioni ambulatoriali con somministrazione di farmaci a pazienti italiani residenti anzitutto in Trentino, Veneto e Lombardia. In mancanza di un percorso del farmaco completamente informatizzato è stato sviluppato un sistema di rilevazione alternativo.

### CONTENUTO

Dopo analisi dei sistemi informatici in uso e della normativa vigente si stabilisce come procedere alla rilevazione. Il sistema traccia i dati della Distribuzione diretta. I farmaci oncologici ad elevato costo sono estratti dal software INDACO<sup>2</sup> per qualsiasi regime di somministrazione. Per individuare i restanti farmaci si predispose nel SIO una maschera alimentata con dati provenienti dai flussi SDO, specialistica ambulatoriale e PS. Nella maschera, i pazienti trattati risultano suddivisi per unità operativa. Ogni mese le unità operative integrano i record pazienti con i dati necessari per il File F coordinati dalla Direzione medica. Nella tabella sono riportate le prestazioni ambulatoriali comprendenti la somministrazione del farmaco, nella cui tariffa non è incluso il costo del farmaco. Il Servizio trasfusionale aziendale rileva la somministrazione di sangue e emocomponenti.

**Tabella:** Le prestazioni terapeutiche ambulatoriali

08.99.1	Infiltrazione di angioma palpebrale	83.98	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno dei tessuti molli	99.16	Somministrazione di vaccini	99.29.2	Iniezione periarteriosa
10.91	Iniezione sottocongiuntivale	86.02.2	Infiltrazione di cheloide	99.21	Iniezione di altre sostanze terapeutiche	99.29.3	Infiltrazione perineale
12.92.1	Iniezione intraoculare di sostanze terapeutiche	900.10	Somministrazione di farmaco sostitutivo o antagonista per dipendenza da oppiacei	99.22	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche - Per via endovenosa	99.29.4	Infiltrazione medicamentosa del pene
38.98	Puntura di arteria - iniezione endoarteriosa	96.49	Instillazione geniturinaria	99.23	Iniezione di steroidi	99.29.5	Iniezione endocaverosa di farmaci
39.92	Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti	99.06.1	Infusione di fattori della coagulazione	99.24.1	Infusione di sostanze ormonali	99.29.6	Iniezione modificatrice in ascesso freddo
39.92.2	Iniezione intravenosa eco/ fleboguidata di sostanze sclerosanti	99.07.1	Trasfusione di sangue o emocomponenti	99.25	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche o immunoterapiche per tumore	99.29.8	Iniezione intra- o periuretrale
76.96	Iniezione di sostanza terapeutica nell'articolazione temporo-mandibolare	99.13	Immunizzazione per malattia autoimmune	99.26.1	Ricarica di pompa di infusione elettronico o meccanica	99.29.9	Iniezione di tossina botulinica
81.92	Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento	99.14.1	Infusione di immunoglobuline endovena	99.29.1	Iniezione perinevrosa		

### CONCLUSIONI

Come si evince dal grafico, nel triennio 2014-16 è aumentata la numerosità dei record inviati del 153% e l'entità dell'importo addebitato alle altre regioni e province autonome del 24%. Per quanto concerne il tipo di erogazione, l'incremento è dovuto ai farmaci somministrati per terapie ambulatoriali (+362%) ed erogati in diretta a seguito di visita specialistica (+176%). La rilevazione dei farmaci somministrati per terapie ambulatoriali è migliorata grazie all'incrocio dei flussi informativi disponibili. Sono inoltre diminuite le contestazioni provenienti dalle altre regioni e province autonome.

**Grafico:** Il File F nella mobilità sanitaria attiva



<sup>1</sup> Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, Versione in vigore per le attività degli anni 2014-2015 e 2016

<sup>2</sup> INDACO: software per prescrizione e allestimento in ambito onco-ematologico

<sup>3</sup> Delibera del Direttore Generale Nr. 2016-A-82 del 13.04.2016 "Approvazione del piano strategico delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione dell'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano per il triennio 2016-2018"

# LA FUNZIONE DI OPERATION MANAGEMENT NELLA AZIENDA AUSL DI REGGIO EMILIA

AUSL Reggio Emilia:

**M.T. Montella** (Responsabile Gestione Operativa); **C. Marchesi** (Direttore Sanitario)  
**C. Gentile, C. Incerti** (Medici Direzione di Presidio); **G. Mazzi** (Direttore di Presidio)  
**F. Nicolini** (Direttore Generale); **L. De Pietri**, (Anestesia e Terapia intensiva AUSL Reggio Emilia)  
**P. Stefanini P** (Direttore UOC Anestesia e TI Guastalla); **V. Annessi V** (Chirurgia Generale Reggio Emilia)  
**M. Pocaforza, A. Bendetti, C. Cagossi, G. Cani, S. Coriani, R. Ricco** (Direzione Professioni Sanitarie)  
**A. Magnani** (Ing Gestionale); **M. Calia** (Amministrativo Ufficio pre ricovero)

**Parole chiave:** operation management; appropriatezza; focus factory

**Introduzione.** La riorganizzazione delle Aziende sanitarie di Reggio Emilia è un processo complesso che richiede una revisione complessiva degli asset della Azienda, ricercando funzioni e compiti coerenti con il nuovo mandato istituzionale, in questo quadro organizzativo si iscrive la funzione di operation management (OM). (1). L'OM è la funzione aziendale che si occupa della progettazione, programmazione, gestione e controllo dei processi produttivi che trasformano input/fattori di produzione in output (un bene o un servizio), con l'obiettivo di progettare e organizzare le attività in modo tale che la produzione dell'output finale risulti efficiente (senza sprechi di risorse) ed efficace (capace di rispondere ai bisogni/attese dei clienti): nel caso dell'azienda Reggiana il focus attiene al processo produttivo chirurgico.

Obiettivo primario della neonata azienda Reggiana è il seguente: realizzare sinergie tra i professionisti ricercando una maggior appropriatezza clinica ed organizzativa. Particolare attenzione è rivolta ai percorsi clinico-assistenziali.

Il territorio reggiano è un terreno fertile per proporre sperimentazioni gestionali di tipo cooperativo poiché è caratterizzato da elevato capitale sociale: il rispetto per le istituzioni infatti è elemento cardine della popolazione reggiana a conferma di quanto scrive **Robert Putman**: (2) "La fiducia, le norme che regolano la convivenza, le reti di associazionismo civico, sono elementi che migliorano l'efficienza dell'organizzazione sociale..." questa è in estrema sintesi la descrizione del capitale sociale reggiano, i professionisti reggiani hanno un elevato senso di appartenenza e supportano la direzione strategica nelle scelte messe in campo.

L'azienda reggiana non è pertanto una mera unificazione ed aggregazione di servizi ma ricerca modelli innovativi attraverso puntuale studio di chi fa che cosa e dove nelle diverse strutture ospedaliere, tenendo conto di quanto presente in letteratura: *focused factory, gli hub and spoke, reti cliniche, ricerca traslazionale applicata alla clinica, équipes itineranti, modello sicker and quicker ecc...* (3,4)

La riorganizzazione coinvolge prevalentemente le strutture ospedaliere ed i dati sono di seguito esposti: 1600 posti letto, 6 strutture ospedaliere di cui della 5 Ausl e una azienda ospedaliera sede di IRCCS.

Articolata in 6 distretti, con 6.876 dipendenti ed un bilancio, nell'anno 2016, pari a 1.230 Milioni €, ampia è estensione territoriale (con presenza di zone montane): 2293 km su cui insistono 42 comuni e in cui vivono 534.086 abitanti.

Il tasso di ospedalizzazione è 110 ricoveri ogni 100.000 abitanti in regime ordinario e 36,9 ricoveri in regime di day hospital tra i più bassi in regione, così come il costo dell'assistenza ospedaliera.

Dai dati emerge questa riflessione: perché cambiare pelle in presenza di dati efficienti, produttività buona e costi sotto soglia regionale ? perché modificare assetti quando non sussistono elementi di non appaiono in alcun modo critici? Per ricercare maggiore efficienza e sicurezza e sperimentando modelli innovativi.

La funzione di OM si iscrive in questo quadro: la sfida della unificazione è stato quindi il momento per cambiare alcuni assetti ed introdurre la funzione di OM su scala aziendale (6 Blocchi chirurgici) e per pianificare e gestire in modo uniforme e con regole condivise le piastre operatorie e il percorso pre-operatorio del paziente. L'analisi dei processi produttivi e la standardizzazione di alcuni di essi risulta essere di particolare complessità nelle aziende sanitarie per le elevate variabili in gioco. Inoltre per la prima volta in Italia la funzione di OM si articolerà su più ospedali. Numerose pubblicazioni evidenziano che la produzione/erogazione di servizi sanitari, non correla in molti casi ad effettivi miglioramenti dell'outcome della popolazione, a ciò si aggiunge che la misura del prodotto ospedaliero è soggetta a variabili che comportano tempi diversi per i medesimi interventi chirurgici (5,6,7,8,9) L'OM per funzionare adeguatamente deve coniugare la filosofia *lean* tenendo conto in prima istanza dell' appropriatezza clinica ed organizzativa: nodale è la sinergia tra OM e governo clinico parimenti importante

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia IRCCS Istituto per le tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



## La funzione di operation management nella Azienda AUSL di Reggio Emilia

- Marchesi C (Direttore Sanitario) Montella MT (Responsabile Gestione Operativa), Gentile C, Incerti Medici C (Medici Direzione di Presidio) • Mazzi G (Direttore di Presidio), Nicolini F (Direttore Generale)
- De Pietri L, Stefanini P (Anestesia e Terapia intensiva AUSL Reggio Emilia, Direttore UOC Anestesia e TI Guastalla)
- Annessi V (Chirurgia Generale Reggio Emilia) • Pocaforza M, Bendetti A, Cagossi C, Cani G, Coriani S, Ricco R (Direzione Professioni Sanitarie) • Magnani A (Ing Gestionale) Calia M (Amministrativo Ufficio pre ricovero)

AUSL Reggio Emilia

Key Word: operation management; appropriatezza; focus factory

**Premessa** La riorganizzazione delle Aziende sanitarie di Reggio Emilia è un processo complesso che richiede una revisione complessiva degli asset della Azienda, ricercando funzioni e compiti coerenti con il nuovo mandato istituzionale, in questo quadro organizzativo si iscrive la funzione di operation management (OM) (1). L'OM è la funzione aziendale che si occupa della progettazione, programmazione, gestione e controllo dei processi produttivi che trasformano input/fattori di produzione in output (un bene o un servizio), con l'obiettivo di progettare e organizzare le attività in modo tale che la produzione dell'output finale risulti efficiente (senza sprechi di risorse) ed efficace (capace di rispondere ai bisogni/attese dei clienti): nel caso dell'azienda Reggiana il focus attiene al processo produttivo chirurgico

Obiettivo primario della neonata azienda Reggiana è il seguente: realizzare sinergie tra i professionisti ricercando una maggior appropriatezza clinica ed organizzativa. Particolare attenzione è rivolta ai percorsi clinico-assistenziali.

Il territorio reggiano è un terreno fertile per proporre sperimentazioni gestionali di tipo cooperativo poiché è caratterizzato da elevato capitale sociale: il rispetto per le istituzioni infatti è elemento cardine della popolazione reggiana a conferma di quanto scrive **Robert Putman**: (2) "La fiducia, le norme che regolano la convivenza, le reti di associazionismo civico, sono elementi che migliorano l'efficienza dell'organizzazione sociale..." questa è in estrema sintesi la descrizione del capitale sociale reggiano, i professionisti reggiani hanno un elevato senso di appartenenza e supportano la direzione strategica nelle scelte messe in campo.

L'azienda reggiana non è pertanto una mera unificazione ed aggregazione di servizi ma ricerca modelli innovativi attraverso puntuale studio di chi fa che cosa e dove nelle diverse strutture ospedaliere, tenendo conto di quanto presente in letteratura: *focused factory, gli hub and spoke, reti cliniche, ricerca traslazionale applicata alla clinica, équipes itineranti, modello sicker and quicker ecc...* (3,4)

La riorganizzazione coinvolge prevalentemente le strutture ospedaliere ed i dati sono di seguito esposti: 1600 posti letto, 6 strutture ospedaliere di cui della 5 Ausl e una azienda ospedaliera sede di IRCCS.

Articolata in 6 distretti, con 6.876 dipendenti ed un bilancio, nell'anno 2016, pari a 1.230 Milioni €, ampia è estensione territoriale (con presenza di zone montane): 2293 km su cui insistono 42 comuni e in cui vivono 534.086 abitanti.

Il tasso di ospedalizzazione è 110 ricoveri ogni 100.000 abitanti in regime ordinario e 36,9 ricoveri in regime di day hospital tra i più bassi in regione, così come il costo dell'assistenza ospedaliera.

Dai dati emerge questa riflessione: perché cambiare pelle in presenza di dati efficienti, produttività buona e costi sotto soglia regionale ? perché modificare assetti quando non sussistono elementi di non appaiono in alcun modo critici? Per ricercare maggiore efficienza e sicurezza e sperimentando modelli innovativi.

La funzione di OM si iscrive in questo quadro: la sfida della unificazione è stato quindi il momento per cambiare alcuni assetti ed introdurre la funzione di OM su scala aziendale (6 Blocchi chirurgici) e per pianificare e gestire in modo uniforme e con regole condivise le piastre operatorie e il percorso pre-operatorio del paziente. L'analisi dei processi produttivi e la standardizzazione di alcuni di essi risulta essere di particolare complessità nelle aziende sanitarie per le elevate variabili in gioco. Inoltre per la prima volta in Italia la funzione di OM si articolerà su più ospedali. Numerose pubblicazioni evidenziano che la produzione/erogazione di servizi sanitari, non correla in molti casi ad effettivi miglioramenti dell'outcome della popolazione, a ciò si aggiunge che la misura del prodotto ospedaliero è soggetta a variabili che comportano tempi diversi per i medesimi interventi chirurgici (5,6,7,8,9) L'OM per funzionare adeguatamente deve coniugare la filosofia *lean* tenendo conto in prima istanza dell' appropriatezza clinica ed organizzativa: nodale è la sinergia tra OM e governo clinico parimenti importante

Dai dati emerge questa riflessione: perché cambiare pelle in presenza di dati efficienti, produttività buona e costi sotto soglia regionale ? perché modificare assetti quando non sussistono elementi di non appaiono in alcun modo critici? Per ricercare maggiore efficienza e sicurezza e sperimentando modelli innovativi.

La funzione di OM si iscrive in questo quadro: la sfida della unificazione è stato quindi il momento per cambiare alcuni assetti ed introdurre la funzione di OM su scala aziendale (6 Blocchi chirurgici) e per pianificare e gestire in modo uniforme e con regole condivise le piastre operatorie e il percorso pre-operatorio del paziente. L'analisi dei processi produttivi e la standardizzazione di alcuni di essi risulta essere di particolare complessità nelle aziende sanitarie per le elevate variabili in gioco. Inoltre per la prima volta in Italia la funzione di OM si articolerà su più ospedali. Numerose pubblicazioni evidenziano che la produzione/erogazione di servizi sanitari, non correla in molti casi ad effettivi miglioramenti dell'outcome della popolazione, a ciò si aggiunge che la misura del prodotto ospedaliero è soggetta a variabili che comportano tempi diversi per i medesimi interventi chirurgici (5,6,7,8,9) L'OM per funzionare adeguatamente deve coniugare la filosofia *lean* tenendo conto in prima istanza dell' appropriatezza clinica ed organizzativa: nodale è la sinergia tra OM e governo clinico parimenti importante

Dai dati emerge questa riflessione: perché cambiare pelle in presenza di dati efficienti, produttività buona e costi sotto soglia regionale ? perché modificare assetti quando non sussistono elementi di non appaiono in alcun modo critici? Per ricercare maggiore efficienza e sicurezza e sperimentando modelli innovativi.

La funzione di OM si iscrive in questo quadro: la sfida della unificazione è stato quindi il momento per cambiare alcuni assetti ed introdurre la funzione di OM su scala aziendale (6 Blocchi chirurgici) e per pianificare e gestire in modo uniforme e con regole condivise le piastre operatorie e il percorso pre-operatorio del paziente. L'analisi dei processi produttivi e la standardizzazione di alcuni di essi risulta essere di particolare complessità nelle aziende sanitarie per le elevate variabili in gioco. Inoltre per la prima volta in Italia la funzione di OM si articolerà su più ospedali. Numerose pubblicazioni evidenziano che la produzione/erogazione di servizi sanitari, non correla in molti casi ad effettivi miglioramenti dell'outcome della popolazione, a ciò si aggiunge che la misura del prodotto ospedaliero è soggetta a variabili che comportano tempi diversi per i medesimi interventi chirurgici (5,6,7,8,9) L'OM per funzionare adeguatamente deve coniugare la filosofia *lean* tenendo conto in prima istanza dell' appropriatezza clinica ed organizzativa: nodale è la sinergia tra OM e governo clinico parimenti importante

Dai dati emerge questa riflessione: perché cambiare pelle in presenza di dati efficienti, produttività buona e costi sotto soglia regionale ? perché modificare assetti quando non sussistono elementi di non appaiono in alcun modo critici? Per ricercare maggiore efficienza e sicurezza e sperimentando modelli innovativi.

La funzione di OM si iscrive in questo quadro: la sfida della unificazione è stato quindi il momento per cambiare alcuni assetti ed introdurre la funzione di OM su scala aziendale (6 Blocchi chirurgici) e per pianificare e gestire in modo uniforme e con regole condivise le piastre operatorie e il percorso pre-operatorio del paziente. L'analisi dei processi produttivi e la standardizzazione di alcuni di essi risulta essere di particolare complessità nelle aziende sanitarie per le elevate variabili in gioco. Inoltre per la prima volta in Italia la funzione di OM si articolerà su più ospedali. Numerose pubblicazioni evidenziano che la produzione/erogazione di servizi sanitari, non correla in molti casi ad effettivi miglioramenti dell'outcome della popolazione, a ciò si aggiunge che la misura del prodotto ospedaliero è soggetta a variabili che comportano tempi diversi per i medesimi interventi chirurgici (5,6,7,8,9) L'OM per funzionare adeguatamente deve coniugare la filosofia *lean* tenendo conto in prima istanza dell' appropriatezza clinica ed organizzativa: nodale è la sinergia tra OM e governo clinico parimenti importante

Dai dati emerge questa riflessione: perché cambiare pelle in presenza di dati efficienti, produttività buona e costi sotto soglia regionale ? perché modificare assetti quando non sussistono elementi di non appaiono in alcun modo critici? Per ricercare maggiore efficienza e sicurezza e sperimentando modelli innovativi.

La funzione di OM si iscrive in questo quadro: la sfida della unificazione è stato quindi il momento per cambiare alcuni assetti ed introdurre la funzione di OM su scala aziendale (6 Blocchi chirurgici) e per pianificare e gestire in modo uniforme e con regole condivise le piastre operatorie e il percorso pre-operatorio del paziente. L'analisi dei processi produttivi e la standardizzazione di alcuni di essi risulta essere di particolare complessità nelle aziende sanitarie per le elevate variabili in gioco. Inoltre per la prima volta in Italia la funzione di OM si articolerà su più ospedali. Numerose pubblicazioni evidenziano che la produzione/erogazione di servizi sanitari, non correla in molti casi ad effettivi miglioramenti dell'outcome della popolazione, a ciò si aggiunge che la misura del prodotto ospedaliero è soggetta a variabili che comportano tempi diversi per i medesimi interventi chirurgici (5,6,7,8,9) L'OM per funzionare adeguatamente deve coniugare la filosofia *lean* tenendo conto in prima istanza dell' appropriatezza clinica ed organizzativa: nodale è la sinergia tra OM e governo clinico parimenti importante

Dai dati emerge questa riflessione: perché cambiare pelle in presenza di dati efficienti, produttività buona e costi sotto soglia regionale ? perché modificare assetti quando non sussistono elementi di non appaiono in alcun modo critici? Per ricercare maggiore efficienza e sicurezza e sperimentando modelli innovativi.

Dai dati emerge questa riflessione: perché cambiare pelle in presenza di dati efficienti, produttività buona e costi sotto soglia regionale ? perché modificare assetti quando non sussistono elementi di non appaiono in alcun modo critici? Per ricercare maggiore efficienza e sicurezza e sperimentando modelli innovativi.

La funzione di OM si iscrive in questo quadro: la sfida della unificazione è stato quindi il momento per cambiare alcuni assetti ed introdurre la funzione di OM su scala aziendale (6 Blocchi chirurgici) e per pianificare e gestire in modo uniforme e con regole condivise le piastre operatorie e il percorso pre-operatorio del paziente. L'analisi dei processi produttivi e la standardizzazione di alcuni di essi risulta essere di particolare complessità nelle aziende sanitarie per le elevate variabili in gioco.

Inoltre per la prima volta in Italia la funzione di OM si articolerà su più ospedali. Numerose pubblicazioni evidenziano che la produzione/erogazione di servizi sanitari, non correla in molti casi ad effettivi miglioramenti dell'outcome della popolazione, a ciò si aggiunge che la misura del prodotto ospedaliero è soggetta a variabili che comportano tempi diversi per i medesimi interventi chirurgici (5,6,7,8,9) L'OM per funzionare adeguatamente deve coniugare la filosofia *lean* tenendo conto in prima istanza dell' appropriatezza clinica ed organizzativa: nodale è la sinergia tra OM e governo clinico parimenti importante è il pieno coinvolgimento dei professionisti i punti di forza e punti di debolezza di questa organizzazione sono sinteticamente di seguito esposti:

- Buona clima organizzativo e di collaborazione in particolare tra colleghi di direzione medica che hanno lavorato fattivamente al progetto;
- Elevato capitale sociale della cittadinanza, dei professionisti;
- Elevato grado di adesione alle regole aziendali da parte dei professionisti;
- Presenza di elevata cultura organizzativa (in particolare nell'Azienda Territoriale vi è stato un lungo percorso di formazione per quanto attiene a seguenti temi: management, governo clinico, rischio clinico), tale formazione ha consentito di ridurre l'asimmetria informativa tra coloro lavorano nella gestione ed i professionisti;
- Chiara mission e vision della direzione strategica;
- Presenza di reti cliniche formali ed informali organizzate che operano in team multidisciplinari

I possibili fallimenti potrebbero essere secondari alla capacità/incapacità di comunicare in modo capillare ed adeguato il progetto/progetti/la mission gli obiettivi e le strategie aziendali, cui potrebbe aggiungersi una possibile difficoltà legata al senso di appartenenza al singolo ospedale da parte dei professionisti non al sistema / disegno complessivo proposto; inoltre nell'azienda reggiana si stanno sperimentando le "équipe" in movimento (modello équipes itineranti o nomadi) (10), il professionista si sposta per decontaminare l'ospedale / il principale / per ridurre le liste di attesa ed operare casistiche basse e medie; i professionisti delle équipes nomadi hanno, al netto, trovato difficoltà nell'organizzare il lavoro in più sedi coniugando qualità ed efficienza. In ultimo, l'assenza di leaders e di opinion leaders tra i clinici che supportano questa innovazione rendere difficoltosa la diffusione di questa cultura (11,12), al momento quest'ultimo aspetto non è critico presso l'Azienda Reggiana, infatti alcuni professionisti hanno aderito con entusiasmo.

L'OM richiede un team multiprofessionale, che contenga competenze di carattere organizzativo, unitamente a quelle cliniche, infermieristiche, gestionali ed amministrative. Per dare avvio al processo di OM è necessario analizzare le casistiche della azienda, ricercando le best practices

cliniche ed organizzative. Spesso è opportuno riprogettare percorsi e territoriali: si può tuttavia affermare che i processi top down non si confanno alla funzione di OM ed essenzialmente alla Azienda Sanitaria.

I modelli positivi e ben organizzati suggeriscono che vi sia una contaminazione tra i modelli virtuosi già presenti. Solo attraverso l'analisi dati e dell'appropriatezza clinico organizzativa, è possibile ri-progettare i percorsi, misurarli e dando un ritorno all'organizzazione dei risultati studiati. A parere del gruppo OM l'essenza della componente clinico professionale comporta il fallimento del progetto OM, parimenti deve essere presente e con ruolo attivo la Direzione Sanitaria/Medica.

Per condividere la mission di tale funzione è stato organizzato un corso con cadenza mensile di confronto tra i professionisti di tutti gli ospedali della rete (medici, ing, infermieri, medici di direzione) teso a verificare dati, benchmarking e le barriere organizzative. Ad oggi sono stati attuati i seguenti steps:

- analisi dell'attività chirurgica articolata per emergente, urgente, urgente differibile e programmata
- analisi dei dati di sala operatoria
- studio di fattibilità del sistema informatico (quali strumenti è necessario implementare per garantire report esaustivi al gruppo operatoria)
- analisi delle casistiche programmate stratificate per giornata di degenza
- studio del rapporto inpatient/outpatient ricordando che negli Stati Uniti dove applicano il modello sicker and quicker tale rapporto era 51,1% inpatient vs 48,9% outpatient dei ricoveri programmati (dati AHRQ 2013), in Regione Emilia Romagna il rapporto è il 36% dei ricoveri programmati ordinari superiore ai 2 giorni, segue il 36% dei ricoveri ordinari di 1-2 giorni di cui il 4% ha 1 giorno di degenza pre-operatoria e infine i day surgery rappresentano il 32% dei casi. Tali dati fanno supporre possibili margini di miglioramento in ordine ai setting assistenziali utilizzati
- unificazione e standardizzazione del percorso pre ricovero anestesio-logico
- percorsi separati per categorie omogenee di pazienti
- analisi dei tempi medi e mediani delle principali casistiche e erie in-guarita così da poter standardizzare le sottile operatorie (es abbiamo standardizzato il numero di interventi per seduta)
- individuazione delle strutture ospedaliere in sub ordine alla complessità delle casistiche

Complessità Chirurgica	Complessità Assistenziale	Esempi
Alta	Alta	le esofago, pancreas, stomaco, le vescica, olesità, aneurisma aorta
Media	Alta	frattura di femore
Bassa	Bassa	ernie, cataratte ecc in pazienti (focus factory)
Bassa	Media	ASA 1 e 2 ernie, cataratte, colecisti nel paziente con elevate comorbidità (ASA 3,4 con coartazione aorta ecc.)

**Conclusioni** Per l'azienda reggiana, la funzione di OM è un momento di confronto e di riprogettazione dei percorsi, analizzare la variabilità tra strutture consente di fare un check up delle strutture ospedaliere e della logistica paziente, il grande sforzo organizzativo è quello comunicare e condividere obiettivi comuni ciò consentirà nel tempo di poter trattare i pazienti in modo standardizzato ed appropriato, nelle diverse strutture, una sfida che se si tradurrà in buon risultato, sarà un elemento a favore della sanità pubblica.

**Bibliografia**

1. Stefano Villa. L'operation management a supporto del sistema di operazioni aziendali Codam 2022
2. Robert Putnam *La tradizione civica nelle regioni italiane* n. 1993 ed il Mulino 1993
3. Bredelhoff E, van Lent WA, van Harten WH. Exploring types of focused factories in hospital care: a multiple case study. BMC Health Serv Res. 2010 Jun 7;10:154.
4. Köckerling F, Bittner R, Kraif B, Hinkauf M, Kuthe A, Schug-Pass C. Does surgical volume matter in the outcome of endoscopic inguinal hernia repair? Surg Endosc. 2017 Feb;31(2):573-585.
5. Knapp TW, Böhler MW, Herfarth C. Relationships between volume, efficiency, and quality in surgery - a delicate balance from managerial perspectives. The Surgeon Volume-outcome Relationship. Not Yet Ready for Policy.
6. Modahl JG, Minter RM, Minhajuddin A, Eslava-Schmalbach J, Joshi GP, Patel S, Rosero EB. *Has Surgeon Volume-outcome Relationship. Not Yet Ready for Policy* World J Surg. 2005 Oct;29(10):1234-40; Ann Surg. 2017 Jun 16.
7. Köckerling F, Bittner R, Kraif B et Al. Does surgery volume matter in outcome of endoscopic inguinal hernia repair? Surg Endosc. 2017 Feb 31; (2) 573-575.
8. Balor LC, Fisher ES, Weinberg JE. Variations in hospital resource use for Medicare and privately insured populations in California. Health Aff (Millwood). 2008 Mar-Apr;27(2).
9. Weinberg JE. Practice variation: implications for our health care system. Manag Care. 2004 Sep;13(9 Suppl):3-7.
10. Network Direzioni Aziende Sanitarie Pubbliche "Muovere e smuovere il personale delle aziende sanitarie: la ricollocazione funzionale e fisica SIDA Bocconi 2015
11. Eklöv J. Schmalzer physician leader's roles in simplify clinic in management. Physician Leaders. J. 2015 Nov-Dec;2(6):22-5.
12. Riccio G. Build quality leadership for a stronger department, organization. Mater Manag Health Care 2009 Jan;18(1):32.
13. Berwick Disseminating Innovations in Health Care April 16 2003 1975-169

è il pieno coinvolgimento dei professionisti I punti di forza e punti di debolezza di questa organizzazione sono sinteticamente di seguiti esposti:

- Buon clima organizzativo e di collaborazione in particolare tra colleghi di direzione medica che hanno lavorato fattivamente al progetto;
- Elevato capitale sociale della cittadinanza, dei professionisti;
- Elevato grado di adesione alle regole aziendali da parte dei professionisti;
- Presenza di elevata cultura organizzativa (in particolare nell'Azienda Territoriale vi è stato un lungo percorso di formazione per quanto attiene a seguenti temi: management, governo clinico, rischio clinico), tale formazione ha consentito di ridurre l'asimmetria informativa tra coloro lavorano nella gestione ed i professionisti;
- Chiara *mission* e *vision* della direzione strategica;
- Presenza di reti cliniche formali ed informali organizzate che operano in team multidisciplinari

I possibili fallimenti potrebbero essere secondari alla capacità/incapacità di comunicare in modo capillare ed adeguato il progetto/progetti/la *mission* gli obiettivi e le strategie aziendali, cui potrebbe aggiungersi una possibile difficoltà legata al senso di appartenenza al singolo ospedale da parte dei professionisti non al sistema / disegno complessivo proposto; inoltre nell'azienda reggiana si stanno sperimentando le équipes "in movimento" (modello équipes itineranti o nomadi)(10): il professionista si sposta per decongestionare l'ospedale/i principale/i per ridurre le liste di attesa ed operare casistiche basse e medie; i professionisti delle équipes nomadi hanno, ab initio, trovato difficoltà nell' organizzare il lavoro in più sedi coniugando qualità ed efficienza. In ultimo, l'assenza di leaders e di opinion leaders tra i clinici che supportano questa innovazione rendere difficile la diffusione di questa cultura (11,12), al momento quest'ultimo aspetto non è critico presso l'Azienda Reggiana, infatti alcuni professionisti hanno aderito con entusiasmo. L'OM richiede un team multiprofessionale, che contempli competenze di carattere organizzativo, unitamente a quelle cliniche, infermieristiche, gestionali ed amministrative. Per dare avvio al processo di OM è necessario analizzare le casistiche della azienda, ricercando le *best practices* cliniche ed organizzative. Spesso è opportuno riprogettare percorsi e testarli: si può tuttavia affermare che i processi top down non si confanno alla funzione di OM ed estesamente alla Azienda Sanitaria. I modelli positivi e ben organizzati suggeriscono che vi sia una contaminazione tra i modelli virtuosi già presenti. Solo attraverso l'analisi dati e dell'appropriatezza clinico organizzativa, è possibile ri- progettare i percorsi, misurarli e dando un ritorno all'organizzazione dei risultati studiati. A parere del gruppo OM l'assenza della componente clinico professionale comporta il fallimento del progetto OM, parimenti deve essere presente e con ruolo arrivo la Direzione Sanitaria/Medica. Per condividere la *mission* di tale funzione è stato organizzato un corso con cadenza mensile di confronto tra i professionisti di tutti gli ospedali della rete (medici, ing, infermieri, medici di direzione) teso a verificare dati, *benckmarking* e le barriere organizzative. Ad oggi sono stati attuati i seguenti steps:

- analisi dell'attività chirurgica articolata per emergente, urgente, urgente differibile e programmata
- analisi dei dati di sala operatoria
- studio di fattibilità del sistema informatico (quali strumenti è necessario implementare per garantire report esaustivi al gruppo operation)
- analisi delle casistiche programmate stratificate per giornata di degenza
- studio del rapporto *inpatient/outpatient* ricordando che negli Stati Uniti dove applicano il modello *sicker and quicker* tale rapporto era 51.1% *inpatient* vs 48.9 % *outpatient* dei ricoveri programmati (dati AHRQ 2013), in Regione Emilia Romagna il rapporto è il 36 % dei ricoveri programmati ordinari superiore ai 2 giorni, segue il 36% dei ricoveri ordinari di 1-2 giorni di cui il 4% ha 1 giorno di degenza preoperatoria e infine i day surgery rappresentano il 32% dei casi. Tali dati fanno supporre possibili margini di miglioramento in ordine ai setting assistenziali utilizzati
- unificazione e standardizzazione del percorso pre ricovero anestesilogico
- percorsi separati per categorie omogenee di pazienti
- analisi dei tempi medi e mediani delle principali casistiche es ernie inguinale così da poter standardizzare le sedute operatorie (es abbiamo standardizzato il numero di interventi per seduta)
- individuazione delle strutture ospedaliere in sub ordine alla complessità delle casistiche

**Conclusioni.** Per l'azienda reggiana, la funzione di OM è un momento di confronto e di riprogettazione dei percorsi, analizzare la variabilità tra strutture consente di fare un check up delle strutture ospedaliere e della logistica paziente, il grande sforzo organizzativo è quello comunicare e condividere obiettivi comuni ciò consentirà nel tempo di poter trattare i pazienti in modo standardizzato ed appropriato, nelle diverse strutture, una sfida che se si tradurrà in buon risultato, sarà un elemento a favore della sanità pubblica.

# UNO STUDIO ESPLORATIVO PER L'UTILIZZO DI MANOPOLE PER L'IGIENE DEI DEGENTI

S. Moretta<sup>1</sup>, M. Sorrentino<sup>2</sup>, A. Di Caterino<sup>3</sup>, A. Naddeo<sup>3</sup>, A. Mastropietro<sup>3</sup>, R. Loffreda<sup>3</sup>, A. Sgambato<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Direttore UOC Qualità e Risk Management, ASL Caserta

<sup>2</sup> Addetto al controllo del rischio infettivo UOC Qualità e Risk Management, ASL Caserta

<sup>3</sup> Addetto al controllo delle infezioni Presidio Ospedaliero, ASL Caserta

**Parole chiave:** Igiene del paziente, manopole, clorexidina

**Introduzione.** Il bagno a letto del paziente è generalmente eseguito in degenti non autonomi. Questa procedura risulta essere associata a diversi benefici, fra cui il comfort e la valutazione periodica dell'integrità della pelle.

**Contenuti.** Uno studio esplorativo sull'utilizzo di manopole monouso anatomiche (dispositivo medico composto da: una manopola con pollice astruso e con chiusura regolabile al gomito, provvista di spugna intrisa di detergente a ph neutro isocutaneo 5,5 contenente chlorhexidine digluconate al 0,3% ed emolliente all'estratto di Avena ed Aloe: l'altra priva di spugna, utilizzata per asciugare) per l'igiene del paziente è stato condotto in 6 ospedali della Regione Campania. È stata valutata la compliance degli infermieri, l'utilizzo del materiale e il tempo impiegato per la pratica igienica.

Ai fini dell'indagine è stato utilizzato un questionario sviluppato dagli autori. L'elaborazione è avvenuta sulla base della letteratura internazionale e dell'esperienza clinica.

Le domande erano poste sia in forma bimodale (si/no) che utilizzando una scala di valori da 1 a 10. Sono stati incluse nell'indagine tutte le Unità Operative in cui è stato introdotto il dispositivo nell'anno 2016; i dati demografici degli ospedali e dei reparti inclusi sono riportati in Tabella 1.

Il questionario è stato ritirato dopo 20 giorni dagli infermieri addetti al controllo delle infezioni dei singoli Presidi Ospedalieri e inviati alla UOC Qualità e Risk Management. I dati sono stati elaborati con fogli di calcolo Excel.

**Conclusioni.** Lo studio ha evidenziato un notevole risparmio di tempo nell'assistenza al paziente ed un aumento della qualità percepita alla pratica igienica; tali elementi non sono affatto trascurabili in reparti in cui il carico di lavoro del personale risulta essere elevato ed i tempi di erogazione dell'assistenza sono sempre più ridotti.

Gli operatori sanitari hanno dichiarato un'elevata compliance all'utilizzo delle manopole, giudicandole molto confortevoli sia per l'estrusione del pollice che per la chiusura regolabile al gomito.

Gli stessi operatori, rispetto alla riduzione dei tempi della procedura, al risparmio di materiali e alla loro percezione di aumento della qualità igienica del degente, hanno indicato valori notevolmente alti su tutti gli item (min. 7 e max 10). Tali risultati, suddivisi per domanda e unità operative, sono riportati nel Grafico 1.

UNO STUDIO ESPLORATIVO PER L'UTILIZZO DI MANOPOLE PER L'IGIENE DEI DEGENTI

Moretta Salvatore<sup>1</sup>; Sorrentino Milena<sup>2</sup>; Di Caterino Alfonsina<sup>3</sup>; Naddeo Annabella<sup>3</sup>; Mastropietro Angela<sup>3</sup>; Loffreda Romolo<sup>3</sup>; Sgambato Albina<sup>3</sup>.  
 (<sup>1</sup>Direttore UOC Qualità e Risk Management, ASL Caserta; <sup>2</sup>Addetto al controllo del rischio infettivo UOC Qualità e Risk Management, ASL Caserta; <sup>3</sup>Addetto al controllo delle infezioni Presidio Ospedaliero, ASL Caserta).

**Parole Chiave:** Igiene del paziente, Manopole, Clorexidina

**Introduzione**

Il bagno a letto del paziente è generalmente eseguito in degenti non autonomi. Questa procedura risulta essere associata a diversi benefici, fra cui il comfort e la valutazione periodica dell'integrità della pelle.

**Contenuti**

Uno studio esplorativo sull'utilizzo di manopole monouso anatomiche (dispositivo medico composto da: una manopola con pollice astruso e con chiusura regolabile al gomito, provvista di spugna intrisa di detergente a ph neutro isocutaneo 5,5 contenente chlorhexidine digluconate al 0,3% ed emolliente all'estratto di Avena ed Aloe: l'altra priva di spugna, utilizzata per asciugare) per l'igiene del paziente è stato condotto in 6 ospedali della Regione Campania. È stata valutata la compliance degli infermieri, l'utilizzo del materiale e il tempo impiegato per la pratica igienica.

Ai fini dell'indagine è stato utilizzato un questionario sviluppato dagli autori. L'elaborazione è avvenuta sulla base della letteratura internazionale e dell'esperienza clinica. Le domande erano poste sia in forma bimodale (si/no) che utilizzando una scala di valori da 1 a 10.

Sono stati incluse nell'indagine tutte le Unità Operative in cui è stato introdotto il dispositivo nell'anno 2016; i dati demografici degli ospedali e dei reparti inclusi sono riportati in Tabella 1. Il questionario è stato ritirato dopo 20 giorni dagli infermieri addetti al controllo delle infezioni dei singoli Presidi Ospedalieri e inviati alla UOC Qualità e Risk Management. I dati sono stati elaborati con fogli di calcolo Excel.

**Conclusioni**

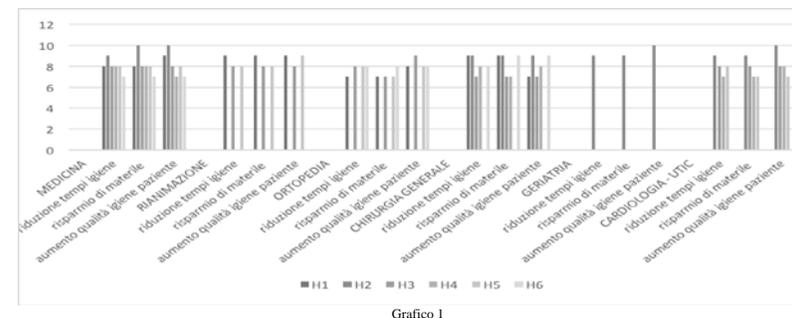
Lo studio ha evidenziato un notevole risparmio di tempo nell'assistenza al paziente ed un aumento della qualità percepita alla pratica igienica; tali elementi non sono affatto trascurabili in reparti in cui il carico di lavoro del personale risulta essere elevato ed i tempi di erogazione dell'assistenza sono sempre più ridotti.

Gli operatori sanitari hanno dichiarato un'elevata compliance all'utilizzo delle manopole, giudicandole molto confortevoli sia per l'estrusione del pollice che per la chiusura regolabile al gomito.

Gli stessi operatori, rispetto alla riduzione dei tempi della procedura, al risparmio di materiali e alla loro percezione di aumento della qualità igienica del degente, hanno indicato valori notevolmente alti su tutti gli item (min. 7 e max 10). Tali risultati, suddivisi per domanda e unità operative, sono riportati nel Grafico 1.

UNITA' OPERATIVE	OSPEDALI	N°DI P.L.ORD.	N° RIC. ORD.	GG. DEGENZA
MEDICINA	H1	28	1636	11582
	H2	16	674	5364
	H3	20	986	7377
	H4	14	734	5784
	H5	20	704	7009
	H6	7	511	2700
RIANIMAZIONE	H1	8	114	2212
	H3	4	74	1106
	H5	8	119	2260
ORTOPEDIA	H1	18	902	4562
	H3	6	241	1962
	H5	18	737	4238
	H6	12	585	4305
CHIRURGIA GEN.	H1	12	896	4849
	H2	16	497	2349
	H3	18	651	3638
	H4	11	352	2519
	H6	13	517	4274
	CARDIOLOGIA - UTIC	H2	11	598
H3		6	352	2001
H4		11	484	3564
H5		11	740	4431
GERIATRIA	H2	8	420	3390
<b>TOTALE</b>		296	13524	

TABELLA 1: Dati riferiti all'anno 2016 - P.L.= posto letto; ORD.= ordinario; GG.= giornate



# CENTRALITÀ DEL PAZIENTE NELLA VALUTAZIONE DEL PERCORSO DI PROTESI TOTALE D'ANCA E DI GINOCCHIO

A. Muca\*, P. Scioli\*\*, C. Cuocolo\*\*\*, F. Atzori\*\*\*\*, R. Russo\*\*\*\*\*

\*Dirigente Medico Direzione Sanitaria Ospedale Cottolengo, Torino

\*\* Consulente Qualità e Accredimento Ospedale Cottolengo, Torino

\*\*\* Dirigente Medico SC Ortopedia Ospedale Cottolengo, Torino

\*\*\*\* Direttore SC Ortopedia Ospedale Cottolengo, Torino

\*\*\*\*\* Direttore Sanitario Ospedale Cottolengo, Torino

**Parole chiave:** qualità, centralità paziente, PDTA

**Introduzione.** Il coinvolgimento attivo del paziente nei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) ha come obiettivo migliorare: gli esiti delle prestazioni, la comunicazione da e verso il paziente, la qualità percepita da parte delle figure coinvolte, non esclusivamente del paziente. Lo scopo del progetto è quello di valutare il percorso dei pazienti candidati a protesi totale d'anca (PTA) e di ginocchio (PTG), dal pre-ricovero alla dimissione.

**Contenuti.** Nel Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo, periodo novembre 2016 - aprile 2017, è stata svolta una prima rilevazione della conformità del percorso chirurgico dei PDTA protesi d'anca e di ginocchio. Come strumento di rilevazione si utilizza una Scheda di condivisione tra l'Ortopedia e il paziente idoneo per l'intervento di PTA e di PTG. La scheda si consegna al momento del ricovero e rimane in possesso del paziente fino alla dimissione. La scheda contiene undici domande, a risposta SI/NO, con le quali il paziente monitora quello che si sarebbe dovuto aspettare, nelle varie fasi, e quello che ha effettivamente ottenuto. Nel periodo di monitoraggio sono stati effettuati 112 interventi di PTG e 61 interventi di PTA e sono state raccolte 46% delle schede di PTG e il 74% delle schede di PTA.

La valutazione complessiva di conformità del percorso, dal punto di vista del paziente, è del 87% per PTG e del 92% per PTA. Il 58% dei pazienti sottoposti a intervento PTG e il 20% di pazienti sottoposti a intervento PTA non risponde alla domanda n.11. "Alla dimissione le è stata consegnata una lettera per il medico curante?". La criticità presunta è il momento del ritiro della scheda condivisa che potrebbe avvenire prima della consegna della lettera di dimissione. I risultati dell'indagine sono riassunti nella Tab.1 e Tab. 2

**Conclusioni.** Dalle rilevazioni effettuate emerge la necessità di valutare i momenti di consegna e ritiro della scheda condivisa assieme alla volontà della struttura di aggiornare le schede in funzione degli aspetti critici da tenere sotto controllo.

Lo strumento messo in atto si è rivelato utile oltre ad essere di stimolo per il paziente ad agire in maniera attiva e consapevole nel suo percorso di cura. Lo strumento potrebbe essere implementato a tutti i percorsi. La scheda condivisa impegna le strutture sanitarie a eseguire certe azioni e permette al cittadino di collaborare chiedendo di valutare ciò che è stato fatto secondo la logica del "patto" tra struttura e cittadini, che è il vero fondamento di qualunque garanzia del miglioramento della qualità dell'assistenza.



## LA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE NELLA VALUTAZIONE DEI PERCORSI DI PROTESI TOTALE D'ANCA E DI GINOCCHIO



Autori: Muca A.<sup>1</sup>, Scioli P.<sup>3</sup>, Cuocolo C.<sup>5</sup>, Atzori F.<sup>4</sup>, Russo R.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Dirigente Medico Direzione Sanitaria, <sup>2</sup>Direttore Sanitario, <sup>3</sup>Consulente Qualità e Accredimento, <sup>4</sup>Direttore Struttura Complessa Ortopedia, <sup>5</sup>Dirigente Medico Struttura Complessa Ortopedia dell'Ospedale Cottolengo Torino

Parole chiave: qualità, centralità paziente, PDTA

**INTRODUZIONE:** Il coinvolgimento attivo del paziente nei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) ha come obiettivo migliorare: gli esiti delle prestazioni, la comunicazione da e verso il paziente, la qualità percepita da parte delle figure coinvolte, non esclusivamente del paziente. Lo scopo del progetto è quello di valutare il percorso dei pazienti candidati a protesi totale d'anca (PTA) e di ginocchio (PTG), dal pre-ricovero alla dimissione.

**CONTENUTO:** Nel Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo, periodo novembre 2016 - aprile 2017, è stata svolta una prima rilevazione della conformità del percorso chirurgico dei PDTA protesi d'anca e di ginocchio. Come strumento di rilevazione si utilizza una Scheda di condivisione tra l'Ortopedia e il paziente idoneo per l'intervento di PTA e di PTG. La scheda si consegna al momento del ricovero e rimane in possesso del paziente fino alla dimissione. La scheda contiene undici domande, a risposta SI/NO, con le quali il paziente monitora quello che si sarebbe dovuto aspettare, nelle varie fasi, e quello che ha effettivamente ottenuto.

Nel periodo di monitoraggio sono stati effettuati 112 interventi di PTG e 61 interventi di PTA e sono state raccolte 46% delle schede di PTG e il 74% delle schede di PTA.

La valutazione complessiva di conformità del percorso, dal punto di vista del paziente, è del 87% per PTG e del 92% per PTA. Il 58% dei pazienti sottoposti a intervento PTG e il 20% di pazienti sottoposti a intervento PTA non risponde alla domanda "11. Alla dimissione le è stata consegnata una lettera per il medico curante?". La criticità presunta è il momento del ritiro della scheda condivisa che potrebbe avvenire prima della consegna della lettera di dimissione. I risultati dell'indagine sono riassunti nelle tabelle Tab. n.1 e Tab. n.2.

**CONCLUSIONI:** Dalle rilevazioni effettuate emerge la necessità di valutare i momenti di consegna e ritiro della scheda condivisa assieme alla volontà della struttura di aggiornare le schede in funzione degli aspetti critici da tenere sotto controllo.

Lo strumento messo in atto si è rivelato utile oltre ad essere di stimolo per il paziente ad agire in maniera attiva e consapevole nel suo percorso di cura. Lo strumento potrebbe essere implementato a tutti i percorsi.

La scheda condivisa impegna le strutture sanitarie a eseguire certe azioni e permette al cittadino di collaborare chiedendo di valutare ciò che è stato fatto secondo la logica del "patto" tra struttura e cittadini, che è il vero fondamento di qualunque garanzia del miglioramento della qualità dell'assistenza.

Tab. 1 - PROTESI TOTALE GINOCCHIO

FASE	ASPETTO MONITORATO	DOMANDA	NO	SI	N.R.
PRE-RICOVERO	INFORMAZIONE	Tempo di attesa	13%	84%	
		Informazioni cliniche	00%	100%	
RICOVERO PRE-INTERVENTO	SICUREZZA	Informazioni chirurgiche e farmaci	0%	100%	
		Identificazione dell'arte	2%	97%	0%
		Tempo di attesa	8%	87%	0%
RICOVERO POST-INTERVENTO	ADEGUATEZZA TRATTAMENTO	Minimizzazione dolore (Farm.)	0%	100%	0%
		Costituzione lettera post-dimissione	100%	0%	0%
DIMISSIONE e CONTROLLI ASSISTENZIALI	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	Informazioni su mobilizzazione	7%	91%	
		Preparazione percorso riabilitativo	2%	98%	0%
			42%	58%	
% RESTITUZIONE QUESTIONARI 46%					

Tab. 2 - PROTESI TOTALE ANCA

FASE	ASPETTO MONITORATO	DOMANDA	NO	SI	N.R.
PRE-RICOVERO	INFORMAZIONE	Tempo di attesa	7%	93%	0%
		Informazioni cliniche	7%	93%	0%
RICOVERO PRE-INTERVENTO	SICUREZZA	Informazioni chirurgiche e farmaci	7%	93%	
		Identificazione dell'arte	0%	100%	
		Tempo di attesa	7%	93%	
RICOVERO POST-INTERVENTO	ADEGUATEZZA TRATTAMENTO	Minimizzazione dolore (Farm.)	7%	93%	
		Costituzione lettera post-dimissione	2%	98%	
DIMISSIONE e CONTROLLI ASSISTENZIALI	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	Informazioni su mobilizzazione	0%	100%	
		Consegna lettera dimissione	8%	92%	0%
			8%	92%	
% RESTITUZIONE QUESTIONARI 74%					

# MISURARE LA SICUREZZA DEI PAZIENTI: LA CHECK LIST NELLA SALA OPERATORIA DEL P.O. DI MOLFETTA - ASL BA

A. Mundo<sup>1</sup>, C. Abbinante<sup>2</sup>, VP. Preziosa<sup>3</sup>, V. Defilippis<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Direzione Medica P.O. Don Tonino Bello – Molfetta (BA) - ASL BARI

<sup>2</sup> UOC Rischio Clinico e Qualità ASL BA

<sup>3</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Bari Aldo Moro

**Parole chiave:** sicurezza, rischio clinico, check list

**Introduzione.** La gestione del Rischio Clinico e la sicurezza del paziente sono riconosciute dall'OMS come un tema di importanza globale. In questo contesto nel 2008 è stato lanciato il programma a livello internazionale "Safe Surgery Saves Lives" in cui si inserisce il progetto aziendale della ASL Bari "Rete-Sale Operatorie Sicure (R-SOS)", che si propone di avviare un processo di standardizzazione di tutte le azioni, protocolli e linee guida, nonché di avviare il monitoraggio delle stesse in tutte le Sale Operatorie della Asl Bari.

**Contenuti.** Scopo del presente lavoro è stato il monitoraggio qualitativo della check list di Sala Operatoria. L'U.O.C. di Rischio Clinico e Qualità ASL BA ha condotto un'analisi delle cartelle cliniche delle Unità Operative Chirurgiche del primo trimestre 2017 in tutti i Presidi della ASL BA. In particolare nel P.O. Molfetta sono state analizzate 173 (9%) cartelle delle UU.OO. di Ortopedia (38%), Chirurgia Generale (31%), Urologia (32%).

Il *Sign in* risulta correttamente compilato nel 45% delle cartelle, il *Time out* nel 40% mentre *Sign out* nel 13%. Nell'ambito del *Sign out* sono identificate le allergie nel 96% dei casi, il rischio di aspirazione nel 93% ed infine il rischio di perdita ematica nel 92%. Nell'ambito del *Time Out* le criticità del Chirurgo/Anestesista sono segnalate nel 92% delle cartelle, l'esecuzione della profilassi antibiotica nell'88% e la visualizzazione delle immagini diagnostiche nell'80%. Nell'ambito del *Sign Out* il conteggio finale dello strumentario chirurgico utilizzato è segnalato nel 76%, l'etichettatura del campione chirurgico nel 61%, la gestione ed indicazioni postoperatorie nel 49%, il piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio nel 45%. In concomitanza è stata prevista un'indagine conoscitiva della check list con la distribuzione, nel periodo aprile-maggio 2017, di un questionario anonimo comprendente 11 *items* somministrato al personale che accede alla Sala Operatoria. Hanno risposto al questionario 26 Operatori di cui Infermieri (46%), Chirurghi (34%), Anestesisti (19%). Tutti hanno ritenuto utile la check list e il monitoraggio sulla corretta compilazione della stessa, evidenziando la necessità di una procedura scritta per la corretta compilazione e alcune criticità presenti nella stessa scheda. È stato infine organizzato un *audit* con i professionisti interessati per un'immediata condivisione di quanto rilevato al fine di sensibilizzare gli Operatori con iniziative mirate alla formazione.

**Conclusioni.** Dai dati emersi si rileva una lenta ma progressiva acquisizione della cultura di sicurezza in Sala Operatoria. Pur rilevando una non completa aderenza da parte di professionisti coinvolti nel delicato processo chirurgico, gli stessi ritengono utile la check list così come il monitoraggio effettuato. I cambiamenti, se pur auspicati e condivisi, necessitano di tempo per essere realizzati. Risulta dunque indispensabile l'applicazione di una strategia di *team communication* e di coinvolgimento di tutto il personale che fa parte del team operatorio, con adeguata informazione e formazione nelle scelte intraprese.



## MISURARE LA SICUREZZA DEI PAZIENTI: LA CHECK LIST NELLA SALA OPERATORIA DEL P.O. DI MOLFETTA - ASL BA

A. Mundo 1, C. Abbinante 2, VP. Preziosa 3, V. Defilippis 2

1. Direzione Medica P.O. Don Tonino Bello – Molfetta (BA) - ASL BARI

2. UOC Rischio Clinico e Qualità ASL BA

3. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Bari Aldo Moro

### INTRODUZIONE

La gestione del Rischio Clinico e la sicurezza del paziente sono riconosciute dall'OMS come un tema di importanza globale. In questo contesto nel 2008 è stato lanciato il programma a livello internazionale "Safe Surgery Saves Lives" in cui si inserisce il progetto aziendale della ASL Bari "Rete-Sale Operatorie Sicure (R-SOS)", che si propone di avviare un processo di standardizzazione di tutte le azioni, protocolli e linee guida, nonché di avviare il monitoraggio delle stesse in tutte le Sale Operatorie della Asl Bari.



### CONTENUTI

Scopo del presente lavoro è stato il monitoraggio qualitativo della check list di Sala Operatoria. L'U.O.C. di Rischio Clinico e Qualità ASL BA ha condotto un'analisi delle cartelle cliniche delle Unità Operative Chirurgiche del primo trimestre 2017 in tutti i Presidi della ASL BA. In particolare nel P.O. Molfetta sono state analizzate 173 (9%) cartelle delle UU.OO. di Ortopedia (38%), Chirurgia Generale (31%), Urologia (32%).

Il *Sign in* risulta correttamente compilato nel 45% delle cartelle, il *Time out* nel 40% mentre *Sign out* nel 13%. Nell'ambito del *Sign out* sono identificate le allergie nel 96% dei casi, il rischio di aspirazione nel 93% ed infine il rischio di perdita ematica nel 92%. Nell'ambito del *Time Out* le criticità del Chirurgo/Anestesista sono segnalate nel 92% delle cartelle, l'esecuzione della profilassi antibiotica nell'88% e la visualizzazione delle immagini diagnostiche nell'80%. Nell'ambito del *Sign Out* il conteggio finale dello strumentario chirurgico utilizzato è segnalato nel 76%, l'etichettatura del campione chirurgico nel 61%, la gestione ed indicazioni postoperatorie nel 49%, il piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio nel 45%. In concomitanza è stata prevista un'indagine conoscitiva della check list con la distribuzione, nel periodo aprile-maggio 2017, di un questionario anonimo comprendente 11 *items* somministrato al personale che accede alla Sala Operatoria. Hanno risposto al questionario 26 Operatori di cui Infermieri (46%), Chirurghi (34%), Anestesisti (19%). Tutti hanno ritenuto utile la check list e il monitoraggio sulla corretta compilazione della stessa, evidenziando la necessità di una procedura scritta per la corretta compilazione e alcune criticità presenti nella stessa scheda. È stato infine organizzato un *audit* con i professionisti interessati per un'immediata condivisione di quanto rilevato al fine di sensibilizzare gli Operatori con iniziative mirate alla formazione.



### CONCLUSIONI

Dai dati emersi si rileva una lenta ma progressiva acquisizione della cultura di sicurezza in Sala Operatoria. Pur rilevando una non completa aderenza da parte di professionisti coinvolti nel delicato processo chirurgico, gli stessi ritengono utile la check list così come il monitoraggio effettuato. I cambiamenti, se pur auspicati e condivisi, necessitano di tempo per essere realizzati. Risulta dunque indispensabile l'applicazione di una strategia di *team communication* e di coinvolgimento di tutto il personale che fa parte del team operatorio, con adeguata informazione e formazione nelle scelte intraprese.



Firenze, 25 - 26 - 27 Ottobre 2017  
Rischio clinico e Responsabilità professionale

# CUSTOMER SATISFACTION: INDAGINE DEL SERVIZIO RISTORAZIONE NEL PRESIDIO OSPEDALIERO BONOMO DI ANDRIA

P. Nardella\*, S. Porziotta\*, G. Caruso\*, L. Pantaleo°, V. Campanile^, O. Narracci§

\* Dirigente Medico Direzione Medica Presidio Bonomo Andria - ASL BT

° CPS Infermiera Direzione Medica Presidio Bonomo Andria - ASL BT

^ Direttore Sanitario Aziendale ASL BT

§ Direttore Generale ASL BT

**Parole chiave:** customer satisfaction; clinical governance; qualità

**Introduzione.** La Customer satisfaction rappresenta uno strumento fondamentale per analizzare la Qualità dei Servizi Sanitari. Essa esprime il grado di soddisfazione del paziente/utente ed è orientata al miglioramento della soddisfazione stessa. La misurazione della qualità dei servizi risulta una funzione ormai fondamentale e strategica, poiché consente di verificare il livello di efficienza ed efficacia di un servizio percepito dagli utenti, in un'ottica di riprogettazione e di miglioramento delle performance. Tale studio si pone l'obiettivo di valutare l'efficacia del Servizio di Ristorazione nel Presidio Ospedaliero "Lorenzo Bonomo" di Andria - ASL BT, al fine di orientare le attività verso opportune strategie di miglioramento dei servizi offerti.

**Materiali e Metodi.** Nel Presidio Ospedaliero di Andria, la preparazione e la distribuzione dei pasti è affidata in appalto ad una ditta esterna. La Direzione Medica del Presidio ha effettuato uno studio finalizzato all'analisi della qualità percepita dai pazienti in merito all'erogazione di tale servizio. La misurazione del grado di soddisfazione dei pazienti, è avvenuta attraverso l'utilizzo di un questionario ad hoc, elaborato sulla base della ricerca di letteratura e caratterizzato da una sezione anagrafica generica e da una specifica, costituita da domande con risposte a carattere chiuso inerenti la ristorazione.

**Risultati.** Lo studio è stato condotto tra Febbraio e Maggio 2017 da personale sanitario adeguatamente formato. Sono stati intervistati 120 pazienti. I dati raccolti sono stati analizzati con il software SPSS versione 16. Il campione risulta costituito da 64 donne e 56 uomini con il 45% dei pazienti ultra 65enni. Il giudizio espresso sulla cortesia nella distribuzione del vitto è ottimo per il 26,7% dei pazienti, buono per il 70%, cattivo per 3 pazienti e pessimo per 1 paziente. La quantità del vitto è ottima per il 6,7% dei pazienti, buona per il 91,6% e pessima per l'1,7%. La scelta del menu è ottima per il 6,7% degli intervistati, buona per l'83,3%, cattiva per l'8,3% e pessima per l'1,7%. Il 2,5% degli intervistati sostiene che il gusto del vitto sia ottimo, il 67,5% che sia buono, il 26,7% che sia cattivo e il 3,3% che sia pessimo. La temperatura del vitto è ottima per il 6,7% dei pazienti, buona per il 77,5% e cattiva per il 15,8% dei pazienti. Infine, l'igiene delle stoviglie è ottima per il 45% dei pazienti, buona per il 50,8%, cattiva per il 3,3% e pessima per 1 paziente.

**Conclusioni.** Dall'analisi effettuata è emerso che per oltre i 2/3 dei pazienti intervistati la qualità percepita del Servizio Ristorazione è buona; l'unico dato meritevole di approfondimenti è quello relativo alla temperatura del vitto. La rilevazione della soddisfazione del paziente/utente dovrebbe diventare attività costante, pianificata e integrata nella pratica ospedaliera. La customer satisfaction deve avere, inoltre, una ricaduta concreta sui servizi offerti in un'ottica di miglioramento della qualità, avviando processi di cambiamento e rimodulazione dei servizi sulla base del feedback raccolto. Creare aspettative nell'utenza può essere un boomerang che si ritorce contro chi fornisce il servizio, se questi non è in grado di soddisfare le aspettative che sono state espresse. Affinché tale indagine di Customer Satisfaction sia efficace, è necessario ripeterla nel tempo, in modo da poter confrontare i risultati delle diverse rilevazioni effettuate e valutare l'efficacia di eventuali azioni correttive intraprese.



**Asbat**  
BARETTA-ANDRIA-TRANI

**CUSTOMER SATISFACTION: INDAGINE DEL SERVIZIO RISTORAZIONE NEL PRESIDIO OSPEDALIERO BONOMO DI ANDRIA**



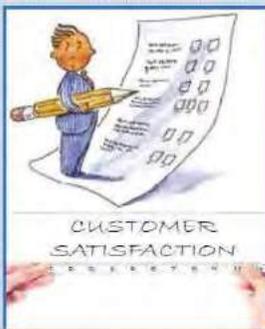
**ANMDO**  
Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

**Nardella P.\* , Porziotta S.\* , Caruso G.\* , Pantaleo L.° , Campanile V.^ , Narracci O. §**

\*Dirigente Medico Direzione Medica Presidio Bonomo Andria - ASL BT  
 °CPS Infermiera Direzione Medica Presidio Bonomo Andria - ASL BT  
 ^Direttore Sanitario Aziendale ASL BT  
 §Direttore Generale ASL BT

**INTRODUZIONE**

La Customer satisfaction rappresenta uno strumento fondamentale per analizzare la Qualità dei Servizi Sanitari. Essa esprime il grado di soddisfazione del paziente/utente ed è orientata al miglioramento della soddisfazione stessa. La misurazione della qualità dei servizi risulta una funzione ormai fondamentale e strategica, poiché consente di verificare il livello di efficienza ed efficacia di un servizio percepito dagli utenti, in un'ottica di riprogettazione e di miglioramento delle performance. Tale studio si pone l'obiettivo di valutare l'efficacia del Servizio di Ristorazione nel Presidio Ospedaliero "Lorenzo Bonomo" di Andria - ASL BT, al fine di orientare le attività verso opportune strategie di miglioramento dei servizi offerti.



**CONTENUTI**

Nel Presidio Ospedaliero di Andria, la preparazione e la distribuzione dei pasti è affidata in appalto ad una ditta esterna. La Direzione Medica del Presidio ha effettuato uno studio finalizzato all'analisi della qualità percepita dai pazienti in merito all'erogazione di tale servizio. La misurazione del grado di soddisfazione dei pazienti, è avvenuta attraverso l'utilizzo di un questionario ad hoc, elaborato sulla base della ricerca di letteratura e caratterizzato da una sezione anagrafica generica e da una specifica, costituita da domande con risposte a carattere chiuso inerenti la ristorazione.

Lo studio è stato condotto tra Febbraio e Maggio 2017 da personale sanitario adeguatamente formato. Sono stati intervistati 120 pazienti. I dati raccolti sono stati analizzati con il software SPSS versione 16. Il campione risulta costituito da 64 donne e 56 uomini con il 45% dei pazienti ultra 65enni. Il giudizio espresso sulla cortesia nella distribuzione del vitto è ottimo per il 26,7% dei pazienti, buono per il 70%, cattivo per 3 pazienti e pessimo per 1 paziente. La quantità del vitto è ottima per il 6,7% dei pazienti, buona per il 91,6% e pessima per l'1,7%. La scelta del menu è ottima per il 6,7% degli intervistati, buona per l'83,3%, cattiva per l'8,3% e pessima per l'1,7%. Il 2,5% degli intervistati sostiene che il gusto del vitto sia ottimo, il 67,5% che sia buono, il 26,7% che sia cattivo e il 3,3% che sia pessimo. La temperatura del vitto è ottima per il 6,7% dei pazienti, buona per il 77,5% e cattiva per il 15,8% dei pazienti. Infine, l'igiene delle stoviglie è ottima per il 45% dei pazienti, buona per il 50,8%, cattiva per il 3,3% e pessima per 1 paziente.

	OTTIMA	BUONA	CATTIVA	PESSIMA
Cortesia vitto	26,7%	70%	2,5%	0,8%
Scelta menu	6,7%	83,3%	8,3%	1,7%
Quantità vitto	6,7%	91,6%	0%	1,7%
Gusto vitto	2,5%	67,5%	26,7%	3,3%
Temperatura vitto	6,7%	77,5%	15,8%	0%
Igiene stoviglie	45,1%	50,8%	3,3%	0,8%



**CONCLUSIONI**

Dall'analisi effettuata è emerso che per oltre i 2/3 dei pazienti intervistati la qualità percepita del Servizio Ristorazione è buona; l'unico dato meritevole di approfondimenti è quello relativo alla temperatura del vitto. La rilevazione della soddisfazione del paziente/utente dovrebbe diventare attività costante, pianificata e integrata nella pratica ospedaliera. La customer satisfaction deve avere, inoltre, una ricaduta concreta sui servizi offerti in un'ottica di miglioramento della qualità, avviando processi di cambiamento e rimodulazione dei servizi sulla base del feedback raccolto. Creare aspettative nell'utenza può essere un boomerang che si ritorce contro chi fornisce il servizio, se questi non è in grado di soddisfare le aspettative che sono state espresse. Affinché tale indagine di Customer Satisfaction sia efficace, è necessario ripeterla nel tempo, in modo da poter confrontare i risultati delle diverse rilevazioni effettuate e valutare l'efficacia di eventuali azioni correttive intraprese.

# STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULL'UTILIZZO DI ANTIBIOTICI: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE SARDEGNA

S. Ogana<sup>1</sup>, B.M. Are<sup>2</sup>, S. Bellu<sup>2</sup>, G. Deiana<sup>1</sup>, M.G. Deriu<sup>2</sup>, C. Dessanti, N. Grandi<sup>1</sup>, C. Gugliotta<sup>1</sup>, E. Lampis<sup>1</sup>, A. Palmieri<sup>2</sup>, L. Pesapane<sup>2</sup>, V. Satta<sup>1</sup>, S. Soddu<sup>1</sup>, F. Trogu<sup>1</sup>, B. Arru<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari

<sup>2</sup> U.O.C. Igiene e Medicina Preventiva, A.O.U. Sassari

**Parole chiave:** antibiotici, prevalenza, ospedali

**Introduzione.** Il monitoraggio del consumo di antibiotici, sia a livello ospedaliero che territoriale, è tra gli obiettivi che la Regione Sardegna ha incluso nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Il crescere delle resistenze, anche a livello regionale, rappresenta infatti un importante problema di sanità pubblica e richiede la realizzazione di programmi condivisi. È con questa consapevolezza che la Regione Sardegna ha preso parte allo Studio di prevalenza europeo E.C.D.C. negli Ospedali per acuti 2016-2017.

**Contenuti.** Sono state scelte per la rilevazione quattro strutture ospedaliere del Nord Sardegna: una di grandi dimensioni, l'A.O.U. di Sassari (517 p.l.), una di medie dimensioni, l'Ospedale Civile SS.ma Annunziata (350 p.l.) e due di piccole dimensioni, l'Ospedale Civile e l'Ospedale Marino di Alghero (104 e 38 p.l.). Lo studio è stato effettuato nel novembre 2016 e ha incluso tutti i reparti ad eccezione dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza. Quanto ai pazienti, sono stati inclusi tutti i presenti in reparto alle 8:00 del mattino e non dimessi al momento della rilevazione.

Tabella 1. Utilizzo di antibiotici per area di ricovero

Categorie	N.	%	Ab (n)	Ab (%)	Ab tot pz
MED	276	42,6	159	57,6	24,5
SUR	209	32,3	116	55,5	17,9
GO	37	5,7	10	27	0,5
ICU	59	9,1	28	47,4	4,3
PED	23	3,5	7	30,4	1,1
PSY	11	1,7	1	9	0,1
GER	17	2,6	15	88,2	2,3
RHB	11	1,7	3	27,3	0,5
OTH	5	0,8	0	0	0
TOTALE	648	100	339	-	-

Per ogni paziente, è stata registrata l'eventuale assunzione di antibiotici e, solo per alcuni microrganismi isolati da pazienti con I.C.A., sono stati valutati i fenotipi di sensibilità.

Dei 648 pazienti inclusi nello studio, 339 (52,3%) il giorno della rilevazione erano in trattamento con almeno un antibiotico, per un totale di 411 molecole prescritte. Le specialità mediche, seguite da quelle chirurgiche, erano quelle che incidevano maggiormente nel consumo totale e, tra le aree monitorate, la Geriatria raggiungeva una prevalenza dell'88,2% (Tabella 1) Globalmente, le classi di Ab maggiormente utilizzate erano le Cefalosporine di III gen., seguite dalle associazioni di Penicilline ed inibitori enzimatici, Fluoroquinoloni e Carbapenemi. Le singole molecole maggiormente prescritte erano invece: Ceftriaxone, Cefazolina, Amoxicillina con inibitore, Levofloxacina.

Quanto alle resistenze agli antibiotici, il dato di maggior interesse è l'isolamento di 6 K.pneumoniae resistenti alle Cefalosporine di III gen. e 5 ai Carbapenemi. Altre resistenze rilevate erano a carico di P.aeruginosa (un isolato resistente ai Carbapenemi), S.aureus (due resistenti all'Oxacillina) ed E.faecium (due resistenti ai Glicopetidi).

**Conclusioni.** Pur nei limiti dello studio, i dati ottenuti possono rappresentare la base per l'elaborazione di strategie di antimicrobial stewardship nelle strutture esaminate.



## STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULL'UTILIZZO DI ANTIBIOTICI: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE SARDEGNA

Ogana S.<sup>1</sup>, Are B.M.<sup>2</sup>, Bellu S.<sup>2</sup>, Deiana G.<sup>1</sup>, Deriu M.G.<sup>2</sup>, Dessanti C., Grandi N.<sup>1</sup>, Gugliotta C.<sup>1</sup>, Lampis E.<sup>1</sup>, Palmieri A.<sup>2</sup>, Pesapane L.<sup>2</sup>, Satta V.<sup>1</sup>, Soddu S.<sup>1</sup>, Trogu F.<sup>1</sup>, Arru B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari

<sup>2</sup> U.O.C. Igiene e Medicina Preventiva, A.O.U. Sassari

**Parole chiave:** antibiotici, prevalenza, ospedali

### Introduzione

Il monitoraggio del consumo di antibiotici, sia a livello ospedaliero che territoriale, è tra gli obiettivi che la Regione Sardegna ha incluso nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Il crescere delle resistenze, anche a livello regionale, rappresenta infatti un importante problema di sanità pubblica e richiede la realizzazione di programmi condivisi. E' con questa consapevolezza che la Regione Sardegna ha preso parte allo Studio di prevalenza europeo E.C.D.C. negli Ospedali per acuti 2016-2017.

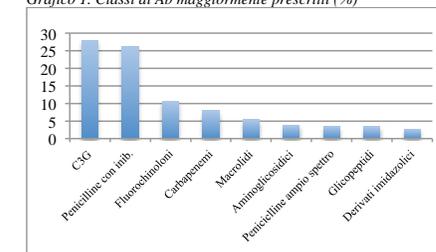
### Contenuti

Sono state scelte per la rilevazione quattro strutture ospedaliere del Nord Sardegna: una di grandi dimensioni, l'A.O.U. di Sassari (517 p.l.), una di medie dimensioni, l'Ospedale Civile SS.ma Annunziata (350 p.l.) e due di piccole dimensioni, l'Ospedale Civile e l'Ospedale Marino di Alghero (104 e 38 p.l.). Lo studio è stato effettuato nel novembre 2016 e ha incluso tutti i reparti ad eccezione dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza. Quanto ai pazienti, sono stati inclusi tutti i presenti in reparto alle 8:00 del mattino e non dimessi al momento della rilevazione.

Per ogni paziente, è stata registrata l'eventuale assunzione di antibiotici e, solo per alcuni microrganismi isolati da pazienti con I.C.A., sono stati valutati i fenotipi di sensibilità.

Dei 648 pazienti inclusi nello studio, 339 (52,3%) il giorno della rilevazione erano in trattamento con almeno un antibiotico, per un totale di 411 molecole prescritte. Le specialità mediche, seguite da quelle chirurgiche, erano quelle che incidevano maggiormente nel consumo totale e, tra le aree monitorate, la Geriatria raggiungeva una prevalenza dell'88,2% (Tabella 1) Globalmente, le classi di Ab maggiormente utilizzate erano le Cefalosporine di III gen., seguite dalle associazioni di Penicilline ed inibitori enzimatici, Fluoroquinoloni e Carbapenemi. Le singole molecole maggiormente prescritte erano invece: Ceftriaxone, Cefazolina, Amoxicillina con inibitore, Levofloxacina. Quanto alle resistenze agli antibiotici, il dato di maggior interesse è l'isolamento di 6 K.pneumoniae resistenti alle Cefalosporine di III gen. e 5 ai Carbapenemi. Altre resistenze rilevate erano a carico di P.aeruginosa (un isolato resistente ai Carbapenemi), S.aureus (due resistenti all'Oxacillina) ed E.faecium (due resistenti ai Glicopetidi).

Grafico 1. Classi di Ab maggiormente prescritti (%)



### Conclusioni

Pur nei limiti dello studio, i dati ottenuti possono rappresentare la base per l'elaborazione di strategie di antimicrobial stewardship nelle strutture esaminate.

# ORGANIZZAZIONE PER PERCORSI OMOGENEI IN PRONTO SOCCORSO: IL NUOVO MODELLO DELLA REGIONE TOSCANA

D. Paolini\*, L. Puccetti°, G. Bonaccorsi§, M.T. Mechi#

\* Medico in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Firenze; ° Funzionario, Regione Toscana; § Professore di Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze; # Dirigente responsabile di struttura, Regione Toscana

**Parole chiave:** pronto soccorso, percorsi assistenziali, innovazioni organizzative

**Introduzione.** Il Pronto Soccorso (PS) rappresenta una delle aree a maggiore complessità all'interno di una struttura ospedaliera. Le esperienze dei professionisti supportate dall'analisi della letteratura internazionale, hanno evidenziato la necessità di superare l'attuale sistema in favore di nuove soluzioni per affrontare le problematiche delle attese e per assicurare maggiore attenzione alle persone con fragilità. Questo ha richiesto un ripensamento dell'organizzazione del PS con la strutturazione di un nuovo modello che sarà implementato dal 1 Gennaio 2018 (Delibera n. 806 del 24/07/2017).

**Contenuti.** Nel nuovo modello di PS il paziente viene accolto in base al suo bisogno clinico e alla complessità assistenziale. Fin dal triage (Tabella 1) viene individuato il percorso più idoneo per ciascun paziente mediante una valutazione multidimensionale che include le condizioni cliniche e il rischio evolutivo, i bisogni assistenziali e la stima delle risorse che verranno impiegate per portare a termine il percorso (in caso di codice 3, 4 e 5). Da questa valutazione discenderà l'assegnazione del paziente ad una delle linee di attività previste: alta, intermedia o bassa complessità. Le linee di attività verranno realizzate in aree funzionalmente dedicate, dimensionate in relazione alla previsione della domanda e prevedendo elementi di flessibilità gestionale per consentirne l'adattamento in base alla distribuzione dei pazienti.

Per la bassa e intermedia complessità sono stati inoltre individuati dei percorsi che rispondono a bisogni specifici quali il percorso pediatrico, ostetrico-ginecologico, per paziente con agitazione psico-motoria, con disabilità complessa, vittima di violenza o malato infettivo.

Per la casistica a bassa complessità oltre alla presa in carico da parte del medico possono essere attivati come ulteriori percorsi assistenziali il See and Treat (S&T) e il Fast Track (FT). Il S&T è gestito da un infermiere di PS con formazione specifica sulla base di protocolli medico-infermieristici condivisi mentre il FT consiste nell'invio direttamente dal triage ad una visita specialistica in caso di problematiche di competenza monospecialistica (Ortopedia, Pediatria, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, Ostetricia-Ginecologia e Dermatologia) e sulla base di specifici protocolli attivi nel presidio.

**Conclusioni.** Il modello organizzativo dei PS toscani viene quindi ridisegnato focalizzando il triage sull'individuazione del percorso più appropriato per il paziente e inserendo nuove interazioni tra questo ed i percorsi di presa in carico.

Tabella 1. Codifica di priorità al triage

Cod.	Descrizione	Definizione dettagliata
1	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali
2	URGENZA INDIFFERIBILE	a) Rischio di compromissione delle funzioni vitali b) Condizione stabile con rischio evolutivo
3	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede più di due risorse Tipo 1*
4	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede fino a due risorse Tipo 1*
5	NON URGENZA	Condizione stabile senza rischio evolutivo, non urgente o di minima rilevanza clinica, che solitamente non richiede risorse

\* Vengono definite "risorse di tipo 1" quelle correlate ad un livello più alto di complessità e che richiedono un aumento del tempo di permanenza del paziente in PS.




## Organizzazione per percorsi omogenei in Pronto Soccorso: il nuovo modello della Regione Toscana

Diana Paolini\*, Luca Puccetti°, Guglielmo Bonaccorsi§, Maria Teresa Mechi#

\* Medico in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Firenze  
° Funzionario, Regione Toscana  
§ Professore di Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze  
# Dirigente responsabile di struttura, Regione Toscana

### Introduzione

Il Pronto Soccorso (PS) rappresenta una delle aree a maggiore complessità all'interno di una struttura ospedaliera. Le esperienze dei professionisti supportate dall'analisi della letteratura internazionale, hanno evidenziato la necessità di superare l'attuale sistema in favore di nuove soluzioni per affrontare le problematiche delle attese e per assicurare maggiore attenzione alle persone con fragilità. Questo ha richiesto un ripensamento dell'organizzazione del PS con la strutturazione di un nuovo modello che sarà implementato dal 1 Gennaio 2018 (Delibera n.806 del 24/07/2017).

### Contenuti

Codice	Descrizione	Definizione dettagliata	Tempo Massimo di attesa
1	<b>EMERGENZA</b>	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Immediato
2	<b>URGENZA INDIFFERIBILE</b>	a) Rischio di compromissione delle funzioni vitali b) Condizione stabile con rischio evolutivo	Entro 15 minuti
3	<b>URGENZA DIFFERIBILE</b>	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede più di due risorse Tipo 1 <sup>1</sup>	Entro 60 minuti
4	<b>URGENZA MINORE</b>	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede fino a due risorse Tipo 1 <sup>1</sup>	Entro 120 minuti
5	<b>NON URGENZA</b>	Condizione stabile senza rischio evolutivo, non urgente o di minima rilevanza clinica, che solitamente non richiede risorse	Entro 240 minuti

Nel nuovo modello di PS il paziente viene accolto in base al suo bisogno clinico e alla complessità assistenziale. Fin dal triage viene individuato il percorso più idoneo per ciascun paziente mediante una valutazione multidimensionale che include le condizioni cliniche e il rischio evolutivo, i bisogni assistenziali e la stima delle risorse che verranno impiegate per portare a termine il percorso (in caso di codice 3, 4 e 5).

<sup>1</sup>Vengono definite "risorse di tipo 1" quelle correlate ad un livello più alto di complessità e che richiedono un aumento del tempo di permanenza del paziente in PS.

Da questa valutazione discenderà l'assegnazione del paziente ad una delle linee di attività previste: **alta, intermedia o bassa complessità**. Le linee di attività verranno realizzate in aree funzionalmente dedicate, dimensionate in relazione alla previsione della domanda e prevedendo elementi di flessibilità gestionale per consentirne l'adattamento in base alla distribuzione dei pazienti.

<sup>2</sup>In base all'organizzazione interna del PS è prevista la possibilità di gestire i codici 2 nell'area ad alta complessità.

Per la bassa e intermedia complessità sono stati inoltre individuati dei percorsi che rispondono a bisogni specifici quali il percorso **pediatrico, ostetrico-ginecologico**, per paziente con **agitazione psico-motoria**, con **disabilità complessa**, **vittima di violenza** o **malato infettivo**.

Per la casistica a bassa complessità oltre alla presa in carico da parte del medico possono essere attivati come ulteriori percorsi assistenziali il **See and Treat (S&T)** e il **Fast Track (FT)**. Il S&T è gestito da un infermiere di PS con formazione specifica sulla base di protocolli medico-infermieristici condivisi mentre il FT consiste nell'invio direttamente dal triage ad una visita specialistica in caso di problematiche di competenza monospecialistica (Ortopedia, Pediatria, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, Ostetricia-Ginecologia e Dermatologia) e sulla base di specifici protocolli attivi nel presidio.

### Conclusioni

Il modello organizzativo dei PS toscani viene quindi ridisegnato focalizzando il triage sull'individuazione del percorso più appropriato per il paziente e inserendo nuove interazioni tra questo ed i percorsi di presa in carico.

43° Congresso Nazionale ANMDO Firenze, 25 - 26 - 27 Ottobre 2017

# IMPLEMENTAZIONE DI UN PERCORSO OSPEDALIERO PER INTERCETTARE I PAZIENTI CHE NECESSITANO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

R. Papalia\*, M. Pesenti Campagnoni\*\*, L. Colliard\*\*\*, P. Lale Demoz\*\*\*, R. Damè°, L. Roux°, C. Galotto °°°

\* Dirigente Medico, SC Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Aosta, Azienda USL della Valle d'Aosta

\*\* Direttore Area Territoriale, Azienda USL della Valle d'Aosta

\*\*\* Assistente Sociale Ospedaliero, Ospedale di Aosta, Azienda USL della Valle d'Aosta

° Fisioterapista, Area Territoriale, Azienda USL della Valle d'Aosta

°° Infermiera, Area Territoriale, Azienda USL della Valle d'Aosta

°°° Direttore Medico di Presidio, Ospedale di Aosta, Azienda USL della Valle d'Aosta

**Parole chiave:** continuità assistenziale, dimissione protetta, percorso

**Introduzione.** L'Azienda USL della Valle d'Aosta ha implementato nel giugno del 2015 un percorso interno all'ospedale per individuare precocemente i pazienti che necessitano di continuità assistenziale ospedale-territorio, al cui interno è stata istituita un' "Équipe di Prosecuzione del Percorso Assistenziale" che prende in carico precocemente i pazienti fragili segnalati dai reparti ospedalieri o dai Servizi socio-sanitari territoriali o dai familiari/ rete sociale e definisce un percorso di presa in carico del paziente quando dimissibile. La DMP ha quindi monitorato l'attività dell'Équipe.

**Contenuti.** Sono state definite la composizione, la sede, e l'orario di servizio dell'attività dell'Équipe, coordinata da un medico di DMP) e composta da: n° 1 Medico della DMP; n° 2 Assistenti Sociali ospedalieri; n° 1 Infermiere e n° 1 Fisioterapista di territorio.

Il progetto ha individuato la Scala di valutazione dell'Indice di BRASS come strumento per i reparti per segnalare precocemente all'Équipe i pazienti fragili. Per la raccolta dei dati dei bisogni sociali, assistenziali e riabilitativi dei casi, l'Équipe ha utilizzato strumenti cartacei e informatici. La DMP, ha raccolto ed inserito su Excel i dati di attività (luglio-dicembre 2015) dell'Équipe, che ha svolto attività di:

- valutazione multiprofessionale e multidisciplinare dei casi segnalati dai reparti, dall'utente, dai familiari o dai servizi socio-sanitari territoriali;
- verifica della completezza e analisi del contenuto della scheda di BRASS pervenuta dai reparti;
- valutazione dei bisogni contingenti sociali, assistenziali e riabilitativi dei casi;
- monitoraggio del decorso clinico-assistenziale e degli aggiornamenti dei casi segnalati;
- definizione del percorso di dimissione del paziente, in accordo coi reparti e tenendo conto dell'autodeterminazione del paziente e delle risorse della rete familiare;
- invio della documentazione necessaria all'eventuale attivazione dell'UVMD o dei servizi sociali e di invio di una e-mail agli operatori ospedalieri e territoriali e ai servizi interessati contenente:
  - i dati del paziente;
  - il progetto condiviso;
  - i bisogni sociali, infermieristici e riabilitativi per attivare i servizi territoriali alla dimissione.

I dati di attività dell'Équipe hanno mostrato che:

- 1) il 66,9% del totale delle segnalazioni dei casi sono provenute dai reparti con un *trend* in leggero miglioramento rispetto all'inizio dell'attività dell'Équipe;
- 2) il numero delle UVMD ha mantenuto un *trend* sostanzialmente stabile nel periodo;
- 3) Sono pervenuti 505 casi all'Équipe, pari al 7% del totale dei pazienti dimessi dall'ospedale, con un *trend* sostanzialmente stabile nel periodo;
- 4) Nell'intero semestre, la maggior parte delle segnalazioni dei casi ai servizi territoriali hanno coinvolto il Servizio Sociale;
- 5) La maggior parte dei pazienti presi in carico dall'Équipe nel post-ricovero hanno ricevuto un'assistenza domiciliare con o senza assistenza familiare/privata (26,8% del totale), con un *trend* sinusoidale nel periodo, mentre si rileva un brusco calo del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) nei mesi di novembre e dicembre 2015; L'Area Ospedaliera e l'Area Territoriale hanno monitorato il percorso mediante incontri tra i responsabili di progetto e relazioni bimestrali.

**Conclusioni.** È stato avviato un processo di integrazione ospedale-territorio, ma occorre una formazione/informazione ai medici, infermieri e coordinatori infermieristici dei reparti, per valutare il bisogno di continuità assistenziale a partire da una situazione di stabilizzazione clinica, per ottimizzare i tempi di attivazione e le risorse disponibili.

## Implementazione di un percorso ospedaliero per intercettare i pazienti che necessitano di continuità assistenziale



Papalia R\*, Pesenti Campagnoni M\*\*, Colliard L\*\*\*, Lale Demoz P\*\*\*, Damè R°, Roux L°, Galotto C °°°

\*Dirigente Medico, SC Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Aosta, Azienda USL della Valle d'Aosta; \*\* Direttore Area Territoriale, Azienda USL della Valle d'Aosta; \*\*\*Assistente Sociale Ospedaliero, Ospedale di Aosta, Azienda USL della Valle d'Aosta; ° Fisioterapista, Area Territoriale, Azienda USL della Valle d'Aosta; °° Infermiera, Area Territoriale, Azienda USL della Valle d'Aosta; °°° Direttore Medico di Presidio, Ospedale di Aosta, Azienda USL della Valle d'Aosta



### INTRODUZIONE

L'Azienda USL della Valle d'Aosta ha implementato nel giugno del 2015 un percorso interno all'ospedale per individuare precocemente i pazienti che necessitano di continuità assistenziale ospedale-territorio, al cui interno è stata istituita un' "Équipe di Prosecuzione del Percorso Assistenziale" che prende in carico precocemente i pazienti fragili segnalati dai reparti ospedalieri o dai Servizi socio-sanitari territoriali o dai familiari/rete sociale e definisce un percorso di presa in carico del paziente quando dimissibile. La DMP ha quindi monitorato l'attività dell'Équipe.



### CONTENUTI

Sono state definite la composizione, la sede, e l'orario di servizio dell'attività dell'Équipe, coordinata da un medico di DMP) e composta da:

- n°1 Medico della DMP
- n°2 Assistenti Sociali ospedalieri
- n°1 Infermiere e n°1 Fisioterapista di territorio

Il progetto ha individuato la Scala di valutazione dell'Indice di BRASS come strumento per i reparti per segnalare precocemente all'Équipe i pazienti fragili.

Per la raccolta dei dati dei bisogni sociali, assistenziali e riabilitativi dei casi, l'Équipe ha utilizzato strumenti cartacei e informatici.

La DMP, ha raccolto ed inserito su Excel i dati di attività (luglio-dicembre 2015) dell'Équipe, che ha svolto attività di:

1. valutazione multiprofessionale e multidisciplinare dei casi segnalati dai reparti, dall'utente, dai familiari o dai servizi socio-sanitari territoriali;
2. verifica della completezza e analisi del contenuto della scheda di BRASS pervenuta dai reparti;
3. valutazione dei bisogni contingenti sociali, assistenziali e riabilitativi dei casi;
4. monitoraggio del decorso clinico-assistenziale e degli aggiornamenti dei casi segnalati;
5. definizione del percorso di dimissione del paziente, in accordo coi reparti e tenendo conto dell'autodeterminazione del paziente e delle risorse della rete familiare;
6. invio della documentazione necessaria all'eventuale attivazione dell'UVMD o dei servizi sociali e di invio di una e-mail agli operatori ospedalieri e territoriali e ai servizi interessati contenente i dati del paziente, il progetto condiviso e i bisogni sociali, infermieristici e riabilitativi per attivare i servizi territoriali alla dimissione.

I dati di attività dell'Équipe hanno mostrato che:

- 1) il 66,9% del totale delle segnalazioni dei casi sono provenute dai reparti con un *trend* in leggero miglioramento rispetto all'inizio dell'attività dell'Équipe;
- 2) il numero delle UVMD ha mantenuto un *trend* sostanzialmente stabile nel periodo;
- 3) Sono pervenuti 505 casi all'Équipe, pari al 7% del totale dei pazienti dimessi dall'ospedale, con un *trend* sostanzialmente stabile nel periodo;
- 4) Nell'intero semestre, la maggior parte delle segnalazioni dei casi ai servizi territoriali hanno coinvolto il Servizio Sociale;
- 5) La maggior parte dei pazienti presi in carico dall'Équipe nel post-ricovero hanno ricevuto un'assistenza domiciliare con o senza assistenza familiare/privata (26,8% del totale), con un *trend* sinusoidale nel periodo, mentre si rileva un brusco calo del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) nei mesi di novembre e dicembre 2015; L'Area Ospedaliera e l'Area Territoriale hanno monitorato il percorso mediante incontri tra i responsabili di progetto e relazioni bimestrali.

### CONCLUSIONI

È stato avviato un processo di integrazione ospedale-territorio, ma occorre una formazione/informazione ai medici, infermieri e coordinatori infermieristici dei reparti, per valutare il bisogno di continuità assistenziale a partire da una situazione di stabilizzazione clinica, per ottimizzare i tempi di attivazione e le risorse disponibili.

Dr. Riccardo Papalia - Azienda USL della Valle d'Aosta, Direzione Medica di Presidio. V.le Ginevra 3, 11100 Aosta. Tel 0165 543262/3352 Fax: 0165 543631 mail:Rpapalia@ausl.vda.it

# IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA NELL'ISTITUZIONE DELL'UNITÀ FARMACI ANTIBLASTICI (UFA)

L. Pelusi<sup>1</sup>, R. Piani<sup>1</sup>, B. Gregoret<sup>1</sup>, R. Cerchi<sup>1</sup>, A. Perulli<sup>1</sup>, D. Monteverdi<sup>1</sup>, E. Mesesnel<sup>1</sup>, C. Conti<sup>2</sup>, V. Virginio<sup>2</sup>, D. Troncon<sup>3</sup>, P. Schincariol<sup>4</sup>, I. Cebulec<sup>4</sup>, C. Palmieri<sup>4</sup>, R. Provasi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Direzione Medica di Presidio; <sup>2</sup> Servizio Vigilanza Sanitaria e Prevenzione - Direzione Medica di Presidio;

<sup>3</sup> S.C. Gestione Stabilimenti; <sup>4</sup> S.C. Farmacia, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

**Parole chiave:** UFA, antiblastici, centralizzazione

**Introduzione.** L'istituzione di un'apposita UFA aziendale è richiesto da specifica normativa (G.U. 7 ottobre 99, n. 236, Provv. 5 Ago 99) a tutela del personale professionalmente esposto ai chemioterapici antiblastici in ambiente sanitario. Tale riferimento è un documento di linee guida generale che pone nella centralizzazione dell'allestimento di farmaci antiblastici il soddisfacimento dei requisiti di sicurezza e qualità al fine di ridurre il rischio di errore nella terapia farmacologica. Di rilevanza appare inoltre la concentrazione in un unico laboratorio della preparazione di dosaggi personalizzati di FA che ne ottimizza l'uso limitando al massimo la dispersione derivante dall'uso parziale dei singoli flaconi, consentendo il recupero del 15-18% della spesa totale di farmaci antiblastici. Fondamentale nella realizzazione la collaborazione di più professionisti con differenti competenze e esperienze nelle varie fasi del progetto. Scopo del lavoro è descrivere come l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste abbia istituito l'UFA di Trieste come centro HUB regionale nell'allestimento oncologico, oltre che come centro di formazione e ricerca.

**Materiali e Metodi.** Sono stati definiti gli obiettivi con un'indagine preliminare sulle esigenze clinico-assistenziali afferenti alla futura UFA. È stato costituito un team multidisciplinare ed è stato nominato in qualità di Project Manager il direttore del Servizio di Farmacia. Sono state attuate le 4 fasi: progettuale, edil-impianistica, organizzativa e procedurale secondo uno specifico cronoprogramma. Sono stati pianificati incontri periodici del team di progetto e la Direzione Medica ha monitorato lo stato di avanzamento dei lavori.

**Conclusioni.** Accanto all'auspicato obiettivo di aumentare la qualità dei medicinali prodotti e la sicurezza di operatori e pazienti, è stato consolidato l'obiettivo di razionalizzare i costi dei farmaci oncologici attraverso maggior appropriatezza prescrittiva (prescrizione telematica), produzione secondo drug-day e l'adozione di procedure di lavoro e controllo che consentono l'estensione della stabilità chimico-fisica dei farmaci (riduzione scarti di produzione). L'UFA, attivata nel dicembre 2016, oltre ad accogliere un significato etico e normativo, garantisce importanti risparmi non solo legati al farmaco, ma anche dovuti alla riduzione di:

- danni a pazienti per errori e conseguenti contenziosi legali;
- lesioni ad operatori sanitari con potenziali richieste di risarcimento per danno lavorativo;
- premi assicurativi;
- tempi legati ai calcoli e alle trascrizioni (grazie all'informatizzazione).

La completa tracciabilità informatica dei processi ha indotto un percorso virtuoso e proficuo di stretto monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci antiblastici. In Italia sono presenti circa 1265 ospedali o assimilati che ospitano circa 566 farmacie ospedaliere e 424 oncologie mediche. 121 farmacie hanno istituito un'UFA (21%). Da questo dato si evince come la diffusione dei laboratori di preparazione degli antiblastici sia ancora limitata per garantire gli standard di qualità, sicurezza e sostenibilità richiesti in ambito oncologico. I vantaggi conseguenti alla realizzazione dell'UFA di ASUITS rappresentano un modello di gestione del rischio clinico e di buon utilizzo delle risorse.

43° Congresso Nazionale ANMDO  
Firenze, 25-26-27 Ottobre 2017

## IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA NELL'ISTITUZIONE DELL'UNITÀ FARMACI ANTIBLASTICI (UFA)

Pelusi L.<sup>1</sup>, Piani R.<sup>1</sup>, Gregoret B.<sup>1</sup>, Cerchi R.<sup>1</sup>, Perulli A.<sup>1</sup>, Monteverdi D.<sup>1</sup>, Mesesnel E.<sup>1</sup>, Conti C.<sup>2</sup>, Virginio V.<sup>2</sup>, Troncon D.<sup>3</sup>, Schincariol P.<sup>4</sup>, Cebulec I.<sup>4</sup>, Palmieri C.<sup>4</sup>, Provasi R.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Direzione Medica di Presidio; <sup>2</sup>Servizio Vigilanza Sanitaria e Prevenzione - Direzione Medica di Presidio; <sup>3</sup>S.C. Gestione Stabilimenti; <sup>4</sup>S.C. Farmacia

### INTRODUZIONE

L'istituzione di un'apposita UFA aziendale è richiesto da specifica normativa (G.U. 7 ottobre 99, n. 236 / Provv. 5 Ago 99) a tutela del personale professionalmente esposto ai chemioterapici antiblastici in ambiente sanitario. Tale riferimento è un documento di linee guida generale che pone nella centralizzazione dell'allestimento di farmaci antiblastici il soddisfacimento dei requisiti di sicurezza e qualità al fine di ridurre il rischio di errore nella terapia farmacologica. Di rilevanza appare inoltre la concentrazione in un unico laboratorio della preparazione di dosaggi personalizzati di Farmaci che ne ottimizza l'uso limitando al massimo la dispersione derivante dall'uso parziale dei singoli flaconi, consentendo il recupero del 15-18% della spesa totale di farmaci antiblastici. Fondamentale nella realizzazione la collaborazione di più professionisti con differenti competenze e esperienze nelle varie fasi del progetto. Scopo del lavoro è descrivere come l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste abbia istituito l'UFA di Trieste come centro HUB regionale nell'allestimento oncologico, oltre che come centro di formazione e ricerca.

### MATERIALI E METODI

Sono stati definiti gli obiettivi sulla base di un'indagine preliminare sulle esigenze clinico-assistenziali afferenti alla futura UFA. È stato costituito un team multidisciplinare composto dalle Strutture di Direzione Medica, Farmacia, Oncologia, Ematologia, Ingegneria Clinica, Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, Servizio tecnico, Economato, Formazione e Aggiornamento, Microbiologia, Informatica, Direzione infermieristica. È stato nominato in qualità di Project Manager il direttore del Servizio di Farmacia. Sono state attuate le 4 fasi: progettuale, edil-impianistica, organizzativa e procedurale secondo uno specifico cronoprogramma. Sono stati pianificati incontri periodici del team di progetto e la Direzione Medica ha monitorato lo stato di avanzamento dei lavori.

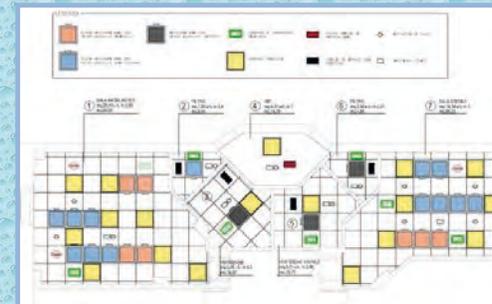
### Obiettivi U.F.A.

#### MIGLIOR UTILIZZO DELLA "RISORSA" FARMACO:

1. MAGGIOR APPROPRIATEZZA
2. DRUG-DAY
3. MAGGIOR STABILITÀ
4. MINORI SCARTI
5. RIDUZIONE DEGLI ERRORI E DEI TEMPI (CALCOLI E TRASCRIZIONI INFORMATIZZATI)

#### REDUZIONE DEI RISCHI:

1. MINORI DANNI A PAZIENTI PER ERRORI E CONSEGUENTI CONTENZIOSI LEGALI
2. MINORI RISCHI LAVORATIVI E RIDUZIONE DI POTENZIALI RICHIESTE DI DANNO LAVORO-CORRELATO
3. RIDUZIONE DEI PREMI ASSICURATIVI



PROCESSO GRADUALE



### CONCLUSIONI

Accanto all'auspicato obiettivo di aumentare la qualità dei medicinali prodotti e la sicurezza di operatori e pazienti, è stato consolidato l'obiettivo di razionalizzare i costi dei farmaci oncologici attraverso una maggior appropriatezza prescrittiva (prescrizione telematica), produzione secondo drug-day e l'adozione di procedure di lavoro e controllo che consentono l'estensione della stabilità chimico-fisica dei farmaci (riduzione scarti di produzione). L'UFA attivata nel dicembre 2016, aperta 5gg a settimana dalle 7:00 alle 15:30 ha iniziato gradualmente la messa a regime delle varie Unità Operative Aziendali, realizzando in media 35 preparazioni / die, e complessivamente 9.000 all'anno (a regime se ne stimano 130/die e 35.000/anno). In Italia sono presenti circa 1265 ospedali o assimilati che ospitano circa 566 farmacie ospedaliere e 424 oncologie mediche. 121 farmacie hanno istituito un'UFA (21%). Da questo dato si evince come la diffusione dei laboratori di preparazione degli antiblastici sia ancora limitata per garantire gli standard di qualità, sicurezza e sostenibilità richiesti in ambito oncologico. I vantaggi conseguenti alla realizzazione dell'UFA di TS rappresentano un modello di gestione del rischio clinico e di buon utilizzo delle risorse

#### Bibliografia:

1. Provvedimento 5 agosto 1999, Gazzetta Ufficiale 7 ottobre 1999 n. 236.
2. N.E.P. - Norme di Buona Preparazione, Istituto Superiore di Sanità "Farmacopea della Repubblica Italiana XII ed." Istituto Poligrafico dello Stato (collana "Sanità"), 2008.
3. "GMP - Good Manufacturing Practice revision to annex 1" European Commission, Enterprise Directorate General, 2003.
4. "Le indicazioni per la tutela dell'operatore sanitario per il rischio di esposizione ad antiblastici"; Linea guida ISPESL (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro), vers. Maggio 2010.
5. D.Lgs 9 Aprile 2008 n.81 (T.U.L.S.) "Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro".
6. Raccomandazione n. 14, Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema Ufficio III, ottobre 2012.
7. D.G.R. n. 1335 del 28/07/2014 Regione Veneto
8. <http://www.oncofarma.it/index.php/documenti/situazione-italiana-ufa>

## PERCORSO DI ACCERTAMENTO SULL'USO DI ALCOL E SOSTANZE STUPEFACENTI, AI SENSI DELLA RECENTE NORMATIVA DEL CODICE DELLA STRADA

R. Perossa\*, C. Giuliani\*, U. Karneth\*, D. Pittioni\*

\* Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana, Isontina"

**Introduzione.** Nel corso di servizi di controllo, gli organi di Polizia Stradale sono tenuti a verificare le condizioni di guida dei conducenti di veicoli che presentano uno stato di alterazione dovuto all'assunzione di alcool o di sostanze stupefacenti e psicotrope, da cui possono derivare le contestazioni amministrative o penali come previste dagli artt. 186 e 187 del Codice della Strada.

La complessità delle attività di accertamento dello stato di alterazione e le tempistiche da garantire nei casi di omicidio stradale e lesioni personali stradali gravi o gravissime ha reso necessaria la definizione di percorsi condivisi e concordati tra le Forze dell'ordine e l'Azienda Sanitaria, nel rispetto dei diritti delle persone coinvolte in un incidente stradale.

**Obiettivo.** Assicurare una corretta gestione degli accertamenti relativi all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'ingerimento di bevande alcoliche, ai sensi del Codice della Strada.

**Contenuti.** Ai fini di garantire il raggiungimento dell'obiettivo è stato elaborato un protocollo operativo che ha riguardato i seguenti aspetti:

- analisi della normativa e delle linee guida esistenti sull'argomento
- valutazione delle modifiche organizzative da implementare (acquisto apparecchiatura di laboratorio, frigo dedicato con apertura con badge, formazione del personale del laboratorio e del pronto soccorso)
- gestione della documentazione (richiesta dell'Autorità Giudiziaria, identificazione del paziente, consenso informato, certificato descrittivo dello stato psico-fisico, verbale di prelievo e custodia e relativo registro)
- raccolta, trasporto e analisi dei campioni biologici (acquisizione di tre campioni biologici per test di screening, analisi di conferma e controanalisi, verifica dell'idoneità dei campioni, accettazione, analisi, validazione, refertazione, conservazione)
- catena di custodia dei campioni biologici
- trasmissione della documentazione all'autorità richiedente.

**Conclusioni.** Il protocollo operativo è stato formalizzato, condiviso con le autorità competenti e adottato con un protocollo di intesa tra la Prefettura di Gorizia e l'Azienda Sanitaria.

Questo ha permesso di standardizzare il percorso e di rispettare la tempistica per gli accertamenti previsti in caso di omicidio stradale e lesioni personali stradali gravi o gravissime.

# LA MATRICE DEL RISCHIO APPLICATA AGLI STRUMENTI DI GOVERNO

A. Perulli<sup>1</sup>, R. Cerchi<sup>2</sup>, B. Gregoret<sup>2</sup>, D. Monteverdi<sup>3</sup>; L. Pelusi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Resp. Qualità - Risk Manager;

<sup>2</sup> Medico Direzione Medica di Presidio;

<sup>3</sup> Refer. Rischio Clinico;

<sup>4</sup> Direttore Medico Presidi Cattinara e Maggiore

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

**Parole chiave:** matrice dei rischi, indicatori, governo aziendale

**Introduzione.** L'analisi dei rischi presenti in una entità complessa come un ospedale può diventare molto difficoltosa senza una corretta quantificazione della gravità e frequenza dei fenomeni. Il rischio di sottovalutazione o sopravvalutazione di singoli episodi può portare a una non corretta allocazione delle risorse in ambiti che, ad una valutazione oggettiva e metodologicamente corretta, richiederebbero impegni differenziati.

L'integrazione in aree uniformi delle informazioni disponibili dagli indicatori normalmente raccolti nelle Aziende Sanitarie e nelle Aziende Ospedaliere in un unico quadro di riferimento permette di avere una visione di insieme delle aree prioritarie. I modelli disponibili prendono il nome di "matrici dei rischi", hanno la caratteristica comune di essere sviluppati secondo una logica di tipo pro-attivo sulla base dei dati di gravità e frequenza presenti nei comuni database di indicatori utilizzati correntemente.

**Contenuti.** Le matrici dei rischi (risk matrix) sono strumenti abitualmente utilizzati in molti ambiti professionali, ma ancora poco conosciuti ed applicati nel contesto sanitario italiano. In periodi di forte contrazione dei finanziamenti in ambito sanitario, la ricerca dell'appropriatezza deve essere estesa anche ad ambiti in cui l'allocazione delle risorse deve prevedere una forma di prioritizzazione basata sulla quantificazione dei rischi. L'analisi delle esperienze estere, in particolare quelle sviluppate nel NHS inglese ("A risk matrix for risk manager"), ci ha convinti ad implementare nella nostra Azienda un sistema di analisi dei rischi con matrice su 7 macroaree.

Le informazioni provenienti dagli indicatori aziendali (oltre 300 indicatori su flussi economico contabili, organizzativi, istituzionali obbligatori, di monitoraggio del rischio clinico) vengono aggregate ed analizzate in macroaree su cui viene suggerito un criterio di priorità di intervento.

Le macroaree identificate in ASUITS sono:

- Danno a pazienti, personale, visitatori
- Livelli di qualità percepiti, reclami
- Compliance con standard di qualità (previsti da norme e regolamenti, clinici, professionali)
- Gestione delle risorse umane
- Cattiva reputazione a mezzo stampa
- Rispetto budget
- Impatto ambientale

La priorità assegnata al rischio specifico avviene utilizzando una metodologia di valutazione semi-quantitativa che prende in considerazione la severità del rischio (S) e la sua frequenza (F).

L'indice R viene ricavato secondo la formula  $R = S \times F$ . I dati (indicatori) vengono raccolti ed analizzati in rapporto alla loro serie storica, al livello di impatto sulla funzionalità dell'ospedale, il livello atteso di sicurezza per il paziente, i visitatori e il personale.

I dati aggregati vengono quindi presentati alla governance per le decisioni strategiche di competenza.

**Conclusioni.** L'applicazione della matrice del rischio ha permesso di inquadrare una imponente massa di dati sulla base della loro frequenza di accadimento e della severità dei potenziali danni. La categorizzazione in macroaree dei risultati consente inoltre la stesura di report sintetici ma precisi, destinati alla direzione strategica, riportanti le aree critiche su cui focalizzare l'impegno delle risorse e l'attività di monitoraggio.

## La Matrice del rischio applicata agli strumenti di Governo

Perulli A.<sup>1</sup>; Cerchi R.<sup>2</sup>; Gregoret B.<sup>2</sup>; Monteverdi D.<sup>3</sup>; Pelusi L.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Resp. Qualità - Risk Manager; <sup>2</sup> Medico Direzione Medica di Presidio; <sup>3</sup> Refer. Rischio Clinico; <sup>4</sup> Direttore Medico Presidi Cattinara e Maggiore

### Introduzione ed inquadramento

L'analisi dei rischi presenti in una entità complessa come un ospedale può diventare molto difficoltosa senza una corretta quantificazione della gravità e frequenza dei fenomeni. Il rischio di sottovalutazione o sopravvalutazione di singoli episodi può portare a una non corretta allocazione delle risorse in ambiti che, ad una valutazione oggettiva e metodologicamente corretta, richiederebbero impegni differenziati.

L'integrazione in aree uniformi delle informazioni disponibili dagli indicatori normalmente raccolti nelle Aziende Sanitarie e nelle Aziende Ospedaliere in un unico quadro di riferimento permette di avere una visione di insieme delle aree prioritarie. I modelli disponibili prendono il nome di "matrici dei rischi", hanno la caratteristica comune di essere sviluppati secondo una logica di tipo pro-attivo sulla base dei dati di gravità e frequenza presenti nei comuni database di indicatori utilizzati correntemente.

### Materiali e metodi

Le informazioni provenienti dagli indicatori aziendali (oltre 300 indicatori su flussi economico contabili, organizzativi, istituzionali obbligatori, di monitoraggio del rischio clinico) vengono aggregate ed analizzate in macroaree per dare evidenza dei rischi presenti.

Le macroaree identificate in ASUITS sono:

- Danno a pazienti, personale, visitatori
- Livelli di qualità percepiti, reclami
- Compliance con standard di qualità (previsti da norme e regolamenti, clinici, professionali)
- Gestione delle risorse umane
- Cattiva reputazione a mezzo stampa
- Rispetto budget
- Impatto ambientale

La priorità assegnata al rischio specifico avviene utilizzando una metodologia di valutazione semi-quantitativa che prende in considerazione la severità del rischio (S) e la sua frequenza (F). L'indice R viene ricavato secondo la formula  $R = S \times F$ .

I dati aggregati vengono quindi presentati alla governance per le decisioni strategiche di competenza.

### Obiettivi dello studio

Le matrici dei rischi (risk matrix) sono strumenti abitualmente utilizzati in molti ambiti professionali, ma ancora poco conosciuti ed applicati nel contesto sanitario italiano. In periodi di forte contrazione dei finanziamenti in ambito sanitario, la ricerca dell'appropriatezza deve essere estesa anche ad ambiti in cui l'allocazione delle risorse deve prevedere una forma di prioritizzazione basata sulla quantificazione dei rischi. L'analisi delle esperienze estere, in particolare quelle sviluppate nel NHS inglese ("A risk matrix for risk manager"), ci ha convinti ad implementare nella nostra Azienda un sistema di analisi dei rischi con matrice su 7 macroaree.

La scala di frequenza del rischio viene convenzionalmente stabilita in cinque categorie, secondo la tabella sotto riportata

Punteggio	1	2	3	4	5
Descrizione	Molto infrequente	Infrequente	Frequente	Molto frequente	Estremamente frequente
Frequenza	Frequenza attesa pianificazione	Frequenza attesa mensile	Frequenza attesa trimestrale	Frequenza attesa bimestrale	Frequenza attesa giornaliera
Probabilità	< 0,1 %	0,1 - 1 %	1 - 10 %	10 - 50 %	> 50 %

Matrice del rischio

Severità	Frequenza / Probabilità				
	1 - Basso	2 - Infrequente	3 - Possibile	4 - Probabile	5 - Quasi certo
1 - Catastrofico	1	16	16	20	24
2 - Elevato	4	8	12	16	20
3 - Moderato	3	6	9	12	15
4 - Minore	2	4	6	8	10
5 - Trascurabile	1	2	3	4	5

Il punteggio risultato nella tabella indica i seguenti livelli di gravità attesa.

- 1-3 Rischio basso
- 4-6 Rischio moderato
- 7-12 Rischio elevato
- 13-25 Rischio evento catastrofico

Punteggio	1	2	3	4	5
Descrizione	Trascurabile	Basso	Moderato	Maggiore	Catastrofico
Danno a pazienti, personale, visitatori	Danno minimo che subisce un ricovero, ma non è letale	Lesioni non mortali, che richiedono un intervento medico	Lesioni moderate o gravi che richiedono l'intervento di professionisti	Lesioni gravi e mortali che richiedono una trasfusione di sangue o lunga degenza	Evento catastrofico
Livelli di qualità percepiti	Livello di qualità percepito sotto l'effetto per carceri e istituzioni	Livello di qualità percepito medio	Livello di qualità percepito medio-alto	Livello di qualità percepito alto	Livello di qualità percepito molto alto
Compliance con standard di qualità	Presenza di non conformità rispetto ai standard di qualità	Presenza di qualche non conformità rispetto ai standard di qualità	Presenza di alcune non conformità rispetto ai standard di qualità	Presenza di molte non conformità rispetto ai standard di qualità	Presenza di gravi non conformità rispetto ai standard di qualità
Cattiva reputazione a mezzo stampa	Assenza di notizie negative	Assenza di notizie negative o poche notizie negative	Presenza di notizie negative	Presenza di notizie negative e polemiche	Presenza di notizie negative e polemiche molto forti
Rispetto budget	Stipendio sul budget < 1%	Stipendio sul budget 1-2%	Stipendio sul budget 2-3%	Stipendio sul budget 3-4%	Stipendio sul budget > 4%
Impatto ambientale	Minimo o nullo impatto sull'ambiente	Basso impatto sull'ambiente	Moderato impatto sull'ambiente	Alto impatto sull'ambiente	Impatto ambientale catastrofico

### Bibliografia

1. <http://www.npsa.nhs.uk/nris/improvingpatientsafety/patient-safety-tools-and-guidance/risk-assessment-guides/risk-matrix-for-risk-managers/>

### Risultati

L'applicazione della matrice del rischio ha permesso di inquadrare una imponente massa di dati sulla base della loro frequenza di accadimento e della severità dei potenziali danni. La categorizzazione in macroaree dei risultati consente inoltre la stesura di report sintetici ma precisi, destinati alla direzione strategica, riportanti le aree critiche su cui focalizzare l'impegno delle risorse e l'attività di monitoraggio.

INFO: [alfredo.perulli@asuits.sanita.fvg.it](mailto:alfredo.perulli@asuits.sanita.fvg.it)

L. Pieri<sup>1</sup>, I. Bellini<sup>2</sup>, A. Pecchioli<sup>3</sup>, R. Bartolini<sup>4</sup>, L. Tattini<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Medico Specializzando in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Firenze

<sup>2</sup> Medico epidemiologo specialista in igiene e sanità pubblica, ARS Toscana

<sup>3</sup> Direttore UO Cure Primarie, ZD area pratese, AUSL Toscana centro

<sup>4</sup> Dirigente medico UO Cure primarie ZD Area Pratese, AUSL Toscana centro

<sup>5</sup> Coordinatrice sanitaria ZD area pratese AUSL Toscana centro

**Parole chiave:** cure intermedie efficacia

**Introduzione.** A Prato le Cure intermedie (CI) entrano a regime dal giugno 2013 nel vecchio presidio ospedaliero. Fino al febbraio del 2016 i posti letto erano 12, gestite dai MMG ed unicamente come percorso postdimissione.

Successivamente i posti diventano 24, di cui 20 per i pazienti in dimissione con la presenza prolungata di due specialisti all'interno della struttura; i restanti 4 posti letto sono invece a gestione degli MMG che possono utilizzarli per i propri assistiti inviandoli dall'ospedale o dal domicilio. Ci sono stati anche altri cambiamenti dal 2016:

- l'invio in CI dall'ospedale è svolto dal servizio Servizio Continuità assistenziale ospedale territorio che svolge le funzioni dell'agenzia di continuità;
- i requisiti di accesso divengono più inclusivi rispetto al 2013 (NEWS score da 0-1 a 2-3).

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 al 31/12/2016.

Sono stati quindi analizzati i pazienti ricoverati in CI dal 1/3/2013 al 31/12/2016.

I 4 posti destinati agli invii da parte degli MMG hanno generato nel 2016 solo 7 ricoveri, e sono pertanto stati utilizzati anche per i pazienti post dimissione. I codici fiscali sono stati ricercati sul flusso SDO e del PS per calcolare ospedalizzazioni, accessi al PS e decessi avvenuti entro i 7 e 30 giorni successivi alla data di ammissione.

**Contenuto.** 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.

In tabella 2 sono stati analizzati 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.

**Conclusioni.**

- Il numero di posti letto ospedalieri a Prato di 2,2/1000 spinge ad un elevato turnover dei letti; una criticità lamentata è che spesso i pazienti inviati dall'ospedale presentano un livello di instabilità clinica anche maggiore rispetto a quella prevista dal regolamento;
- L'iperinvio di pazienti dalle CI in PS sottolinea la necessità di implementare dei percorsi diagnostici preferenziali per effettuare quelle prestazioni a bassa priorità che attualmente richiedono il PS.
- La presenza di medici all'interno del PCA dal 2016 ha fatto diminuire i codici bassi ed alcuni tassi di accesso ed ospedalizzazione.
- Resta un forte sottoutilizzo delle CI da parte degli MMG.

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

Luca Pieri (Medico specializzando in igiene e medicina preventiva, Università degli studi di Firenze), Irene Bellini (Medico epidemiologo specialista in igiene e sanità pubblica, ARS Toscana), Alessandro Pecchioli (Direttore UO Cure Primarie, ZD area pratese), Raffaella Bartolini (Dirigente medico UO Cure primarie ZD Area Pratese), Laura Tattini (Coordinatrice sanitaria zona distretto area pratese AUSL Toscana centro).

INTRODUZIONE

A Prato le Cure intermedie (CI) entrano a regime dal giugno 2013 nel vecchio presidio ospedaliero. Fino al febbraio del 2016 i posti letto erano 12, gestite dai MMG ed unicamente come percorso postdimissione.

Successivamente i posti diventano 24, di cui 20 per i pazienti in dimissione con la presenza prolungata di due specialisti all'interno della struttura; i restanti 4 posti letto sono invece a gestione degli MMG che possono utilizzarli per i propri assistiti inviandoli dall'ospedale o dal domicilio. Ci sono stati anche altri cambiamenti dal 2016:

- l'invio in CI dall'ospedale è svolto dal servizio Servizio Continuità assistenziale ospedale territorio che svolge le funzioni dell'agenzia di continuità;

- i requisiti di accesso divengono più inclusivi rispetto al 2013 (NEWS score da 0-1 a 2-3).

**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 al 31/12/2016.**

Sono stati quindi analizzati i pazienti ricoverati in CI dal 1/3/2013 al 31/12/2016.

I 4 posti destinati agli invii da parte degli MMG hanno generato nel 2016 solo 7 ricoveri, e sono pertanto stati utilizzati anche per i pazienti post dimissione. I codici fiscali sono stati ricercati sul flusso SDO e del PS per calcolare ospedalizzazioni, accessi al PS e decessi avvenuti entro i 7 e 30 giorni successivi alla data di ammissione

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.

Tabella 1: Accessi al PS, ospedalizzazioni e decessi per anno a 7 e 30 gg dopo la data di ammissione in CI espressi in n e %

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
<b>Totale</b>	<b>136</b>	<b>11,5</b>	<b>379</b>	<b>32,0</b>
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
<b>Totale</b>	<b>28</b>	<b>2,4</b>	<b>192</b>	<b>16,2</b>
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
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>1,8</b>	<b>58</b>	<b>14,8</b>

In tabella 2 sono stati analizzati 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.

Tabella 2: 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
<b>Totale</b>	<b>136</b>	<b>37</b>	<b>27,2</b>	<b>379</b>	<b>130</b>	<b>34,3</b>

CONCLUSIONI

- Il numero di posti letto ospedalieri a Prato di 2,2/1000 spinge ad un elevato turnover dei letti; una criticità lamentata è che spesso i pazienti inviati dall'ospedale presentano un livello di instabilità clinica anche maggiore rispetto a quella prevista dal regolamento;
- L'iperinvio di pazienti dalle CI in PS sottolinea la necessità di implementare dei percorsi diagnostici preferenziali per effettuare quelle prestazioni a bassa priorità che attualmente richiedono il PS.
- La presenza di medici all'interno del PCA dal 2016 ha fatto diminuire i codici bassi ed alcuni tassi di accesso ed ospedalizzazione.
- Resta un forte sottoutilizzo delle CI da parte degli MMG.

# DOCUMENT FLOW DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PRESSO L'AOU "OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA" SECONDO LA METODOLOGIA DI ANALISI PER PROCESSI

L. Polenta\*, L. Incicchitti\*, R. Papa\*, V. Aurelio°, N. Romandini°, F. Luzi\*, C. Martini\*, M. Sebastiani\*, G. Serafini\*

Direzione Medica Ospedaliera - AOU Ospedali Riuniti di Ancona:

\* Dirigenti Medici; ° Collaboratore Professionale Sanitario; °° Coordinatore

**Parole chiave:** process analysis, cartelle cliniche, qualità percepita

**Introduzione.** Il diritto di accesso alla documentazione sanitaria riveste finalità di interesse pubblico e deve essere garantito nei limiti ed alle condizioni stabilite dalla normativa vigente.

L'obiettivo del presente lavoro è quello di dimostrare l'efficacia dell'utilizzo della metodologia di analisi per processi, applicata alla gestione documentale finalizzata alla consegna delle copie delle cartelle cliniche entro i tempi stabiliti dalla Legge n.24 del 8/03/2017.

**Contenuti.** Nel mese di marzo 2017 la Direzione Medica Ospedaliera dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona ha costituito un Gruppo di Lavoro - coordinato dal Responsabile dell'Ufficio Riproduzione Atti e composto da Operatori di vari uffici della DMO - finalizzato alla valutazione e all'individuazione di strumenti organizzativi volti al superamento delle criticità che possono determinare ritardi nei tempi di consegna delle cartelle cliniche richieste dall'utenza.

È stato rilevato il numero totale di richieste del 1° trimestre 2017, il numero di casi in cui i tempi di consegna si sono dimostrati eccellenti, i casi in cui i tempi sono stati accettabili e quelli che sono risultati critici. Analizzando le motivazioni alla base dei ritardi di consegna, oltre alla necessità di migliorare la sistemazione delle varie fasi che compongono il *document flow* si è riscontrato, come maggior punto di debolezza, la scarsa consapevolezza degli operatori di reparto in merito all'importanza degli adempimenti a loro richiesti per garantire il rilascio della documentazione sanitaria entro i tempi stabiliti.

A partire dal 01/04/2017, sono state avviate ed implementate attività che hanno portato alla formalizzazione di dettagliate procedure volte a garantire il rilascio della documentazione entro 7 gg o 30 gg ed è stata altresì individuata una specifica figura afferente alla DMO che ha reso operativo l'intero processo, guidando sistematicamente i reparti nello svolgimento delle attività di loro competenza e verificando il rispetto delle misure organizzative individuate ed assegnate ai vari uffici coinvolti nel suddetto flusso documentale.

I risultati dell'applicazione del nuovo processo organizzativo vengono riportati nella Figura 1. e 2.

**Conclusioni.** Anche se sussiste ancora qualche elemento di criticità dovuto al disallineamento tra le necessità dei coordinatori delle aree di degenza - che rappresentano i principali gestori dell'intero processo nell'ambito dei reparti - e gli adempimenti da questi richiesti alla componente medica, dall'analisi dei risultati è emerso che sia l'applicazione delle nuove procedure, sia il ruolo di facilitazione svolto dal Collaboratore Professionale Sanitario della DMO nel supportare i processi che coinvolgono le diverse strutture (Front Office Cartelle Cliniche, Reparti, Ufficio Riproduzione), hanno determinato uno scostamento positivo dei parametri analizzati.

Nel 2° trimestre 2017 si è infatti riscontrata, rispetto al 1° trimestre 2017, una considerevole riduzione (- 44,8%) dei casi con tempi di consegna accettabili e critici ed un aumento (+ 14,5%) dei casi con tempi di consegna eccellenti.

Questo risultato, oltre ad evidenziare la validità della metodologia di analisi per processi nella gestione di problematiche organizzative che coinvolgono molteplici strutture, ha consentito di migliorare la qualità del servizio offerto dall'organizzazione sanitaria, rinforzando il rapporto di fiducia con l'utenza.



## DOCUMENT FLOW DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PRESSO L'AOU "OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA" SECONDO LA METODOLOGIA DI ANALISI PER PROCESSI



L. Polenta\*, L. Incicchitti\*, R. Papa\*, V. Aurelio°, N. Romandini°, F. Luzi\*, C. Martini\*, M. Sebastiani\*, G. Serafini\*

Direzione Medica Ospedaliera - AOU Ospedali Riuniti di Ancona: \* Dirigenti Medici, °Collaboratore Professionale Sanitario, °°Coordinatore

**INTRODUZIONE:** Il diritto di accesso alla documentazione sanitaria riveste finalità di interesse pubblico e deve essere garantito nei limiti ed alle condizioni stabilite dalla normativa vigente. L'obiettivo del presente lavoro è quello di dimostrare l'efficacia dell'utilizzo della metodologia di analisi per processi, applicata alla gestione documentale finalizzata alla consegna delle copie delle cartelle cliniche entro i tempi stabiliti dalla Legge n.24 del 8/03/2017.

**CONTENUTI:** Nel mese di marzo 2017 la Direzione Medica Ospedaliera dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona ha costituito un Gruppo di Lavoro - coordinato dal Responsabile dell'Ufficio Riproduzione Atti e composto da Operatori di vari uffici della DMO - finalizzato alla valutazione e all'individuazione di strumenti organizzativi volti al superamento delle criticità che possono determinare ritardi nei tempi di consegna delle cartelle cliniche richieste dall'utenza.

È stato rilevato il numero totale di richieste del 1° trimestre 2017, il numero di casi in cui i tempi di consegna si sono dimostrati eccellenti, i casi in cui i tempi sono stati accettabili e quelli che sono risultati critici.

Analizzando le motivazioni alla base dei ritardi di consegna, oltre alla necessità di migliorare la sistemazione delle varie fasi che compongono il *document flow* si è riscontrato, come maggior punto di debolezza, la scarsa consapevolezza degli operatori di reparto in merito all'importanza degli adempimenti a loro richiesti per garantire il rilascio della documentazione sanitaria entro i tempi stabiliti.

A partire dal 01/04/2017, sono state avviate ed implementate attività che hanno portato alla formalizzazione di dettagliate procedure volte a garantire il rilascio della documentazione entro 7 gg o 30 gg ed è stata altresì individuata una specifica figura afferente alla DMO che ha reso operativo l'intero processo, guidando sistematicamente i reparti nello svolgimento delle attività di loro competenza e verificando il rispetto delle misure organizzative individuate ed assegnate ai vari uffici coinvolti nel suddetto flusso documentale.

I risultati dell'applicazione del nuovo processo organizzativo vengono riportati nella Figura 1. e 2.



**CONCLUSIONI:** Anche se sussiste ancora qualche elemento di criticità dovuto al disallineamento tra le necessità dei coordinatori delle aree di degenza - che rappresentano i principali gestori dell'intero processo nell'ambito dei reparti - e gli adempimenti da questi richiesti alla componente medica, dall'analisi dei risultati è emerso che sia l'applicazione delle nuove procedure, sia il ruolo di facilitazione svolto dal Collaboratore Professionale Sanitario della DMO nel supportare i processi che coinvolgono le diverse strutture (Front Office Cartelle Cliniche, Reparti, Ufficio Riproduzione), hanno determinato uno scostamento positivo dei parametri analizzati.

Nel 2° trimestre 2017 si è infatti riscontrata, rispetto al 1° trimestre 2017, una considerevole riduzione (- 44,8%) dei casi con tempi di consegna accettabili e critici ed un aumento (+ 14,5%) dei casi con tempi di consegna eccellenti.

Questo risultato, oltre ad evidenziare la validità della metodologia di analisi per processi nella gestione di problematiche organizzative che coinvolgono molteplici strutture, ha consentito di migliorare la qualità del servizio offerto dall'organizzazione sanitaria, rinforzando il rapporto di fiducia con l'utenza.

# IL REGOLAMENTO PER I BLOCCHI OPERATORI DELLA ASST VALLE OLONA: OTTIMIZZAZIONE GESTIONALE ED ELABORAZIONE DI UN DOCUMENTO UNICO

D. Rocca\*, A. Carducci\*, A. Triarico\*\*, R.D. Covello\*\*\*, S. Greco°, E. Bossi°, V. Frontuto°, A. Benevento°°°

\* Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia

\*\* Direttore Medico, P.O. di Busto Arsizio

\*\*\* Responsabile S.C. U.O. Anestesia e Rianimazione, P.O. di Busto Arsizio

° Responsabile S.C. U.O. Anestesia e Rianimazione, P.O. di Saronno

°° Responsabile S.C. U.O. Anestesia e Rianimazione, P.O. di Gallarate

°°° Direttore SITRA, ASST Valle-Olona

°°°° Direttore Dipartimento di Scienze Chirurgiche, ASST Valle-Olona

**Parole chiave:** blocco operatorio, politica aziendale

**Introduzione.** A decorrere dal mese di gennaio 2016, la Direzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Valle Olona ha avviato un processo di ridefinizione degli obiettivi, sulla base della rilevante trasformazione del contesto assistenziale socio-sanitario della Regione Lombardia nato dall'attuazione della "Legge Regionale 23/2015". Tra tutti gli aspetti presi in esame, è emersa la necessità di rivedere le scelte gestionali e le modalità organizzative che regolavano le attività dei Blocchi Operatori (BB.OO.) presenti nei Presidi Ospedalieri (PP.OO.).

**Contenuti.** Nel mese di ottobre 2016 è stato costituito dalla Direzione Sanitaria un Gruppo di Lavoro (GdL) al fine della realizzazione di un Documento Unico che uniformasse le procedure già vigenti presso i singoli BB.OO., pur tenendo conto delle esperienze ed esigenze dei diversi Presidi Ospedalieri. A tale scopo hanno preso parte al GdL il Direttore Medico del P.O. di Busto Arsizio, il Direttore del Dipartimento Chirurgico, i Responsabili Medici ed i Coordinatori infermieristici dei BB.OO., i Rappresentanti del SITRA (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale) ed un Referente per i Sistemi Informativi.

In primis, è stata effettuata una ricognizione dettagliata riguardante le attività ed i modelli organizzativi presenti all'interno dei Blocchi Operatori, al fine di individuare gli aspetti suscettibili di ottimizzazione e di individuare dei percorsi comuni. Sono state quindi successivamente definite, a livello aziendale, le Responsabilità delle singole figure professionali che lavorano all'interno dei BB.OO. Dal punto di vista operativo sono stati ridefiniti i criteri di compilazione, di invio e validazione delle schede di programmazione settimanale e giornaliera delle sedute operatorie (modulistica contenente dati essenziali per il rispetto dei calendari di attività).

Anche il registro operatorio informatizzato ha subito degli aggiornamenti grazie l'identificazione di campi obbligatori da compilare: questo provvedimento è stato ritenuto utile e necessario sia dal punto di vista medico-legale al fine della tracciabilità del dato, sia per facilitare l'estrazione dei flussi di lavoro delle sale operatorie. Nell'ultimo capitolo del Documento si è voluto inoltre trattare degli imprevisti e delle urgenze, definendone responsabilità e modalità di gestione.

**Conclusioni.** L'elaborazione della "Politica Aziendale - Regolamento Unico per i Blocchi Operatori" è stata portata a termine nel mese di agosto 2017 ed ha rappresentato un'attività di lavoro perfettamente in linea con gli standard di miglioramento circa l'efficienza dei servizi e della sicurezza delle prestazioni per le attività svolte all'interno dei Blocchi Operatori della ASST Valle Olona.



Firenze, 25 - 26 - 27 Ottobre 2017  
Istituto degli Innocenti

## IL REGOLAMENTO PER I BLOCCHI OPERATORI DELLA ASST VALLE OLONA: OTTIMIZZAZIONE GESTIONALE ED ELABORAZIONE DI UN DOCUMENTO UNICO

A. Carducci\*, D. Rocca\*, A. Triarico\*\*, R.D. Covello\*\*\*, S. Greco°, E. Bossi°, V. Frontuto°, A. Benevento°°°

\*Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia; \*\*Direttore Medico, P.O. di Busto Arsizio; \*\*\*Responsabile S.C. U.O. Anestesia e Rianimazione, P.O. di Busto Arsizio; °Responsabile S.C. U.O. Anestesia e Rianimazione, P.O. di Saronno; °°Responsabile S.C. U.O. Anestesia e Rianimazione, P.O. di Gallarate; °°°Direttore SITRA, ASST Valle-Olona; °°°°Direttore Dipartimento di Scienze Chirurgiche, ASST Valle-Olona.

### INTRODUZIONE

A decorrere dal mese di gennaio 2016, la Direzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Valle Olona ha avviato un processo di ridefinizione degli obiettivi, sulla base della rilevante trasformazione del contesto assistenziale socio-sanitario della Regione Lombardia nato dall'attuazione della "Legge Regionale 23/2015". Tra tutti gli aspetti presi in esame, è emersa la necessità di rivedere le scelte gestionali e le modalità organizzative che regolavano le attività dei Blocchi Operatori (BB.OO.) presenti nei Presidi Ospedalieri (PP.OO.).



### CONTENUTI

Nel mese di ottobre 2016 è stato costituito dalla Direzione Sanitaria un Gruppo di Lavoro (GdL) al fine della realizzazione di un Documento Unico che uniformasse le procedure già vigenti presso i singoli BB.OO., pur tenendo conto delle esperienze ed esigenze dei diversi Presidi Ospedalieri. A tale scopo hanno preso parte al GdL il Direttore Medico del P.O. di Busto Arsizio, il Direttore del Dipartimento Chirurgico, i Responsabili Medici ed i Coordinatori infermieristici dei BB.OO., i Rappresentanti del SITRA (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale) ed un Referente per i Sistemi Informativi.

In primis, è stata effettuata una ricognizione dettagliata riguardante le attività ed i modelli organizzativi presenti all'interno dei Blocchi Operatori, al fine di individuare gli aspetti suscettibili di ottimizzazione e di individuare dei percorsi comuni. Sono state quindi successivamente definite, a livello aziendale, le Responsabilità delle singole figure professionali che lavorano all'interno dei BB.OO. Dal punto di vista operativo sono stati ridefiniti i criteri di compilazione, di invio e validazione delle schede di programmazione settimanale e giornaliera delle sedute operatorie (modulistica contenente dati essenziali per il rispetto dei calendari di attività).

Anche il registro operatorio informatizzato ha subito degli aggiornamenti grazie l'identificazione di campi obbligatori da compilare: questo provvedimento è stato ritenuto utile e necessario sia dal punto di vista medico-legale al fine della tracciabilità del dato, sia per facilitare l'estrazione dei flussi di lavoro delle sale operatorie. Nell'ultimo capitolo del Documento si è voluto inoltre trattare degli imprevisti e delle urgenze, definendone responsabilità e modalità di gestione.



### CONCLUSIONI

L'elaborazione della "Politica Aziendale - Regolamento Unico per i Blocchi Operatori" è stata portata a termine nel mese di agosto 2017 ed ha rappresentato un'attività di lavoro perfettamente in linea con gli standard di miglioramento circa l'efficienza dei servizi e della sicurezza delle prestazioni per le attività svolte all'interno dei Blocchi Operatori della ASST Valle Olona.

# IL PASSAGGIO ALLA GESTIONE IN OUTSOURCING DEL SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI BUSTO ARSIZIO

D. Rocca\*, A. Carducci\*, M. Caruggi\*\*, M. Mastroianni\*\*\*, G. Olgiate\*\*\*\*,  
A. Bocchieri\*\*\*\*\*, P. Lualdi°, L. Mariani°, M. Turri°, L. Mancino°, A. Triarico°

\* Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia;

\*\* Dirigente Amministrativo, P.O. di Busto Arsizio; \*\*\* Responsabile S.A. Tecnico, ASST Valle Olona;

\*\*\*\* Coordinatore Ufficio Tecnico, P.O. di Busto Arsizio; \*\*\*\*\* Responsabile S.P.P.M.L.;

° Responsabile S.S. Ingegneria Clinica; °° IP Direzione Medica, P.O. di Busto Arsizio;

°°° IP/AFD Direzione Medica, P.O. di Busto Arsizio; °°°° Responsabile S.I.T.R.A., P.O. di Busto Arsizio;

°°°°° Direttore Medico, P.O. di Busto Arsizio

**Parole chiave:** outsourcing, sterilizzazione

**Introduzione.** Il Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio dispone di 13 sale operatorie, dislocate all'interno di 3 Padiglioni, nel cui contesto operano 9 Specialità Chirurgiche. Nel corso dell'2016 sono stati eseguiti complessivamente 11836 interventi chirurgici, di cui 1690 in urgenza. A partire dal 2015, la Direzione Aziendale dell'allora Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio" (confluita nella Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valle Olona), secondo una politica di contenimento dei costi e di ricerca dell'efficienza del servizio, ha avviato un percorso di affidamento, per un periodo di 96 mesi, del servizio di sterilizzazione, manutenzione e fornitura in noleggio dello strumentario chirurgico, comprensivo della ristrutturazione della Centrale di Sterilizzazione.

**Contenuti.** L'affidamento in outsourcing del processo di sterilizzazione ha richiesto il coinvolgimento strategico del fornitore nei piani operativi e gestionali, in un rapporto di collaborazione ed alleanza strategica, attraverso fasi opportunamente pianificate e tutt'oggi in corso d'opera. A tale scopo, si sono avvicendati 4 Tavoli Tecnici di confronto, ciascuno dei quali ha visto la partecipazione di rappresentanti della Ditta appaltatrice e di personale dell'ASST Valle Olona, e che hanno permesso di affrontare i temi specifici di seguito riportati.

- **Tavolo tecnico 1** (Direzione Medica di Presidio, SITRA, Ingegneria Clinica, S.P.P): inventario, sostituzione e fornitura dello strumentario chirurgico (e dei relativi contenitori), procedure di decontaminazione, lavaggio e disinfezione di tutto lo strumentario chirurgico e non (compresi i carrelli dedicati al trasporto), prodotti chimici per la decontaminazione ed il lavaggio dello strumentario, preparazione e sterilizzazione dello strumentario, gestione del materiale di medicazione, gestione dei carichi urgenti;
- **Tavolo tecnico 2** (Direzione Medica di Presidio, SITRA Ingegneria Clinica, S.P.P): gestione della fase transitoria in attesa della realizzazione della nuova Centrale di Sterilizzazione, organizzazione in fase transitoria e in fase a regime definitivo del servizio di logistica (materiale sterile, strumentario chirurgico sporco, dispositivi medici "sporchi" termolabili);
- **Tavolo tecnico 3** (Direzione Medica di Presidio, Ufficio Tecnico, S.P.P): lavori di realizzazione della nuova Centrale di Sterilizzazione, attività connesse alla predisposizione dell'area cantiere e del DUVRI;
- **Tavolo tecnico 4** (Direzione Medica di Presidio, SITRA, Servizi Informativi): linee di interfaccia hardware, software e formazione del personale.

**Conclusioni.** Mediante il graduale inserimento delle Unità Operative nel percorso di conferimento dello strumentario chirurgico verso la Centrale di Sterilizzazione esterna (sita presso l'Ospedale di Varese, a circa 30 Km di distanza), è stato possibile ad oggi avviare con successo la fase transitoria e dare inizio ai lavori di ristrutturazione della Centrale di Sterilizzazione del P.O. di Busto Arsizio. Al termine dei lavori di ristrutturazione (Marzo 2018), cesserà il ricorso alla Centrale esterna e verrà avviata l'attività della nuova Centrale di Sterilizzazione.



Firenze, 25 – 26 – 27 Ottobre 2017  
Istituto degli Innocenti

## IL PASSAGGIO ALLA GESTIONE IN OUTSOURCING DEL SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI BUSTO ARSIZIO

D. Rocca\*, A. Carducci\*, M. Caruggi\*\*, M. Mastroianni\*\*\*, G. Olgiate\*\*\*\*, A. Bocchieri\*\*\*\*\*,  
P. Lualdi°, L. Mariani°, M. Turri°, L. Mancino°, A. Triarico°

\*Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia; \*\*Dirigente Amministrativo, P.O. di Busto Arsizio; \*\*\*Responsabile S.A. Tecnico, ASST Valle Olona; \*\*\*\*Coordinatore Ufficio Tecnico, P.O. di Busto Arsizio; \*\*\*\*\*Responsabile S.P.P.M.L.; °Responsabile S.S. Ingegneria Clinica; °°IP Direzione Medica, P.O. di Busto Arsizio; °°°IP/AFD Direzione Medica, P.O. di Busto Arsizio; °°°°Responsabile S.I.T.R.A., P.O. di Busto Arsizio; °°°°°Direttore Medico, P.O. di Busto Arsizio

### INTRODUZIONE

Il Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio dispone di 13 sale operatorie, dislocate all'interno di 3 Padiglioni, nel cui contesto operano 9 Specialità Chirurgiche. Nel corso dell'2016 sono stati eseguiti complessivamente 11836 interventi chirurgici, di cui 1690 in urgenza. A partire dal 2015, la Direzione Aziendale dell'allora Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio" (confluita nella Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valle Olona), secondo una politica di contenimento dei costi e di ricerca dell'efficienza del servizio, ha avviato un percorso di affidamento, per un periodo di 96 mesi, del servizio di sterilizzazione, manutenzione e fornitura in noleggio dello strumentario chirurgico, comprensivo della ristrutturazione della Centrale di Sterilizzazione.

### CONTENUTI

L'affidamento in outsourcing del processo di sterilizzazione ha richiesto il coinvolgimento strategico del fornitore nei piani operativi e gestionali, in un rapporto di collaborazione ed alleanza strategica, attraverso fasi opportunamente pianificate e tutt'oggi in corso d'opera. A tale scopo, si sono avvicendati 4 Tavoli Tecnici di confronto, ciascuno dei quali ha visto la partecipazione di rappresentanti della Ditta appaltatrice e di personale dell'ASST Valle Olona, e che hanno permesso di affrontare i temi specifici di seguito riportati.

#### □ **TAVOLO TECNICO 1** (Direzione Medica di Presidio, SITRA, Ingegneria Clinica, S.P.P):

- ✓ inventario, sostituzione e fornitura dello strumentario chirurgico (e dei relativi contenitori), procedure di decontaminazione, lavaggio e disinfezione di tutto lo strumentario chirurgico e non (compresi i carrelli dedicati al trasporto), prodotti chimici per la decontaminazione ed il lavaggio dello strumentario, preparazione e sterilizzazione dello strumentario, gestione del materiale di medicazione, gestione dei carichi urgenti;

#### □ **TAVOLO TECNICO 2** (Direzione Medica di Presidio, SITRA Ingegneria Clinica, S.P.P):

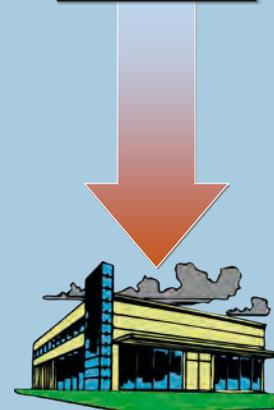
- ✓ gestione della **fase transitoria** in attesa della realizzazione della nuova Centrale di Sterilizzazione, organizzazione in fase transitoria e in fase a regime definitivo del servizio di logistica (materiale sterile, strumentario chirurgico sporco, dispositivi medici "sporchi" termolabili);

#### □ **TAVOLO TECNICO 3** (Direzione Medica di Presidio, Ufficio Tecnico, S.P.P):

- ✓ lavori di realizzazione della nuova Centrale di Sterilizzazione, attività connesse alla predisposizione dell'area cantiere e del DUVRI;

#### □ **TAVOLO TECNICO 4** (Direzione Medica di Presidio, SITRA, Servizi Informativi):

- ✓ linee di interfaccia hardware, software e formazione del personale.



### CONCLUSIONI

Mediante il graduale inserimento delle Unità Operative nel percorso di conferimento dello strumentario chirurgico verso la Centrale di Sterilizzazione esterna (sita presso l'Ospedale di Varese, a circa 30 Km di distanza), è stato possibile ad oggi avviare con successo la fase transitoria e dare inizio ai lavori di ristrutturazione della Centrale di Sterilizzazione del P.O. di Busto Arsizio. Al termine dei lavori di ristrutturazione (Marzo 2018), cesserà il ricorso alla Centrale esterna e verrà avviata l'attività della nuova Centrale di Sterilizzazione.



## IMPLEMENTAZIONE DELLA COPERTURA VACCINALE NEGLI OPERATORI SANITARI

D. Sansoni\*, E. Draghi\*\*, E. Di Tondo\*\*, A. Brighenti\*\*\*, V. Benigni\*\*, G. Sacchi°, D. Fiacchini\*\*, M.R. Mazzocanti\*\*, G. Bevilacqua\*, N. Storti^

\* Medico di Direzione Medica Ospedaliera ASUR AV5; ^ Direttore Sanitario ASUR;

\*\* Dirigente Medico Igienista ASUR; \*\*\* Medico in formazione Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche;

° Dirigente Servizio Prevenzione e Protezione ASUR AV2; \*° Medico competente ASUR AV2

**Parole chiave:** sicurezza in ospedale, vaccinazioni, operatori sanitari

**Introduzione.** Nel PNPV 2017-2019 è esplicitato come obiettivo il sostegno del senso di responsabilità degli operatori sanitari e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva che si realizzano attraverso i programmi vaccinali. In particolare ribadisce quanto per gli operatori sanitari un adeguato intervento di immunizzazione è fondamentale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni, nello specifico: anti-epatite B, anti-influenzale, anti-morbillo, parotite, rosolia (MPR), anti-varicella, anti-pertosse. Lo stesso documento rimarca inoltre quanto l'immunizzazione attiva rivesta un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore ma anche di garanzia nei confronti dei pazienti. D'altro canto, con predilezione all'ambito di tutela del lavoratore, il testo unico D.L. n. 81/2008 all'art. 279 riporta come necessaria la sorveglianza sanitaria qualora l'esito della valutazione del rischio ne rilevi la necessità, e come il datore di lavoro debba adottare misure protettive particolari, su conforme parere del medico competente, fra cui la disposizione di vaccini efficaci per coloro che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione.

**Contenuti.** L'ASUR Marche ha convocato lo scorso agosto un team multidisciplinare di esperti composto da medici igienisti, farmacisti, tecnici della prevenzione, e medici competenti. Sono stati individuati quindi tre sottogruppi in accordo alle specifiche competenze.

Le Direzioni Mediche di Presidio si sono focalizzate sulla facilitazione dei percorsi di offerta delle vaccinazioni raccomandate agli operatori sanitari nell'ottica di implementare la sinergia con il medico competente e i Servizi di Sanità Pubblica.

I medici competenti e i tecnici della prevenzione si sono occupati della redazione di un documento di valutazione del rischio, in ottemperanza del D.L. n.81/2008 art. 28, e i cui contenuti principali sono derivati uniformando ed aggiornando quelli presenti nelle 5 Aree Vaste. La valutazione è stata redatta con particolare riguardo alla valutazione del rischio biologico con la finalità di migliorare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori e promuovere il ricorso alle vaccinazioni in tutti i casi raccomandati. In base ai risultati di tale valutazione è stato introdotto il criterio di non idoneità alla mansione per gli operatori dedicati all'assistenza in Unità Operative che presentano soglie di rischio molto elevate, relativamente alla non immunizzazione, da comprovare con adeguata certificazione o dosaggio anticorpale, per le profilassi raccomandate alla categoria nel PNPV.

Un gruppo infine composto da professionalità esperte di formazione e comunicazione ha prodotto un core di strategie e di obiettivi sia formativi che informativi relativamente alle pratiche di immunizzazione da estendere a tutti i dipendenti aziendali.

**Conclusioni.** La Direzione ASUR ha adottato formalmente il documento prodotto dal gruppo di lavoro implementandone l'applicazione anche attraverso l'introduzione degli obiettivi prefissati tra gli obiettivi di budget delle Direzioni di Area Vasta e degli operatori coinvolti: Direzioni Mediche di Presidio, Servizio Prevenzione e Protezione, Medici Competenti e Servizio Professioni Sanitarie. Con tale documento si introduce a tutti gli effetti l'obbligatorietà all'immunizzazione per le profilassi raccomandate dal PNPV agli operatori sanitari che prestano assistenza presso Unità Operative ad alto rischio in un'ottica di tutela del lavoratore ma soprattutto degli assistiti.



## IMPLEMENTAZIONE DELLA COPERTURA VACCINALE NEGLI OPERATORI SANITARI

Sansoni D. \*, Draghi E. \*\*, Di Tondo E. \*\*, Brighenti A. \*\*\*, Benigni V. \*\*, Sacchi G. °, Fiacchini D. \*\*, Mazzocanti M.R. \*\*, Bevilacqua G. \*°, Storti N. ^

\*Medico di Direzione Medica Ospedaliera ASUR AV5, ^Direttore Sanitario ASUR, \*\*Dirigente Medico Igienista ASUR, \*\*\*Medico in formazione Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche, °Dirigente Servizio Prevenzione e Protezione ASUR AV2, \*°Medico competente ASUR AV2

**PAROLE CHIAVE:** Sicurezza in Ospedale, Vaccinazioni, Operatori sanitari

### INTRODUZIONE

Nel PNPV 2017-2019 è esplicitato come obiettivo il sostegno del senso di responsabilità degli operatori sanitari e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva che si realizzano attraverso i programmi vaccinali. In particolare ribadisce quanto per gli operatori sanitari un adeguato intervento di immunizzazione è fondamentale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni, nello specifico: anti-epatite B, anti-influenzale, anti-morbillo, parotite, rosolia (MPR), anti-varicella, anti-pertosse. Lo stesso documento rimarca inoltre quanto l'immunizzazione attiva rivesta un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore ma anche di garanzia nei confronti dei pazienti. D'altro canto, con predilezione all'ambito di tutela del lavoratore, il testo unico D.L. n. 81/2008 all'art. 279 riporta come necessaria la sorveglianza sanitaria qualora l'esito della valutazione del rischio ne rilevi la necessità, e come il datore di lavoro debba adottare misure protettive particolari, su conforme parere del medico competente, fra cui la disposizione di vaccini efficaci per coloro che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione.

### CONTENUTI

L'ASUR Marche ha convocato lo scorso agosto un team multidisciplinare di esperti composto da medici igienisti, farmacisti, tecnici della prevenzione, e medici competenti. Sono stati individuati quindi tre sottogruppi in accordo alle specifiche competenze.

Le Direzioni Mediche di Presidio si sono focalizzate sulla facilitazione dei percorsi di offerta delle vaccinazioni raccomandate agli operatori sanitari nell'ottica di implementare la sinergia con il medico competente e i Servizi di Sanità Pubblica.

I medici competenti e i tecnici della prevenzione si sono occupati della redazione di un documento di valutazione del rischio, in ottemperanza del D.L. n.81/2008 art. 28, e i cui contenuti principali sono derivati uniformando ed aggiornando quelli presenti nelle 5 Aree Vaste. La valutazione è stata redatta con particolare riguardo alla valutazione del rischio biologico con la finalità di migliorare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori e promuovere il ricorso alle vaccinazioni in tutti i casi raccomandati. In base ai risultati di tale valutazione è stato introdotto il criterio di non idoneità alla mansione per gli operatori dedicati all'assistenza in Unità Operative che presentano soglie di rischio molto elevate, relativamente alla non immunizzazione, da comprovare con adeguata certificazione o dosaggio anticorpale, per le profilassi raccomandate alla categoria nel PNPV.

Un gruppo infine composto da professionalità esperte di formazione e comunicazione ha prodotto un core di strategie e di obiettivi sia formativi che informativi relativamente alle pratiche di immunizzazione da estendere a tutti i dipendenti aziendali.

### CONCLUSIONI

La Direzione ASUR ha adottato formalmente il documento prodotto dal gruppo di lavoro implementandone l'applicazione anche attraverso l'introduzione degli obiettivi prefissati tra gli obiettivi di budget delle Direzioni di Area Vasta e degli operatori coinvolti: Direzioni Mediche di Presidio, Servizio Prevenzione e Protezione, Medici Competenti e Servizio Professioni Sanitarie. Con tale documento si introduce a tutti gli effetti l'obbligatorietà all'immunizzazione per le profilassi raccomandate dal PNPV agli operatori sanitari che prestano assistenza presso Unità Operative ad alto rischio in un'ottica di tutela del lavoratore ma soprattutto degli assistiti.

43° Congresso Nazionale  
Firenze 25-27 ottobre



# IL METODO RAND-DELPHI COME STRUMENTO DI EBM PER LA CONDIVISIONE E L'IMPLEMENTAZIONE DELLE BEST PRACTICE NEI PDTA

V.M. Scandali<sup>1</sup>, R. Papa<sup>2</sup>, C. Martini<sup>2</sup>, L. Polenta<sup>2</sup>, M. Sebastiani<sup>2</sup>, F. Luzi<sup>2</sup>, L. Incicchitti<sup>2</sup>, S. Galmozzi<sup>1</sup>, E. Baldi<sup>3</sup>, V. Aurelio<sup>4</sup>, M.M. Gallo<sup>4</sup>, M.C. Gemini<sup>4</sup>, G. Serafini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medico in Formazione Specialistica, Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - Università Politecnica delle Marche, Ancona

<sup>2</sup> Dirigente Medico, SO Direzione Medica Ospedaliera - Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona

<sup>3</sup> Tecnico Sanitario di Radiologia, Dipartimento di Scienze Radiologiche - Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona

<sup>4</sup> Assistente Sanitaria, SO Direzione Medica Ospedaliera - Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona

**Parole chiave:** RAND-Delphi, PDTA, EBM

**Introduzione.** I PDTA rappresentano uno strumento fondamentale per la gestione di patologie complesse all'interno dei vari setting sanitari. Essi essenzialmente traducono le evidenze scientifiche contenute nelle Linee Guida e calibrate in base all'esperienza dei professionisti in percorsi standardizzati e contestualizzati. Un punto critico ma cruciale delle fasi iniziali di implementazione di un PDTA è l'individuazione e la selezione delle raccomandazioni condivise dal gruppo multidisciplinare, come fondamenta su cui strutturare le attività alla base del percorso.

L'obiettivo di questo lavoro è pertanto quello di descrivere la metodologia utilizzata nella fase di raccolta e sintesi delle evidenze scientifiche durante la realizzazione del PDTA del paziente affetto da tumore della prostata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, secondo il metodo RAND/Delphi (UCLA).

**Contenuti.** Il panel multidisciplinare e multi professionale ha proceduto all'individuazione delle linee guida da cui sono state estratte 314 best practice: 166 da EAU GLs on Prostate Cancer, 36 da LG AIOM Carcinoma della Prostatae 113 da NICE - Prostate Cancer: diagnosis and management, classificate poi in 15 categorie. Poiché i PDTA sono uno strumento di miglioramento dei servizi assistenziali e monitoraggio delle performance, è necessario che la loro implementazione sia basata su modalità di condivisione standardizzate e rigorose da parte degli esperti e quindi il metodo Rand-Delphi è stato anche utilizzato per definire la concordanza di opinione (sia essa positiva o negativa) tra i professionisti coinvolti nella selezione delle raccomandazioni rilevanti. Queste sono state 219 (70%); delle 95 incerte, 50 (52%) sono risultate rilevanti dopo un'ulteriore valutazione e quindi inserite nel documento portando il numero delle raccomandazioni totali individuate a 269.

**Conclusioni.** I risultati raggiunti, sia in termini di efficienza che di contenuti condivisi, dimostrano la piena applicabilità, nel percorso di realizzazione dei PDTA, del metodo RAND/Delphi, come efficace strumento della concreta integrazione tra i professionisti. In particolare, tale metodo risulta indispensabile per la selezione e condivisione delle buone pratiche costituenti la base di un approccio evidence based oriented.



# IL METODO RAND-DELPHI COME STRUMENTO DI EVIDENCE BASED MEDICINE (EBM) PER LA CONDIVISIONE E L'IMPLEMENTAZIONE DELLE BEST PRACTICE NEI PDTA



Scandali VM<sup>1</sup>, Papa R<sup>2</sup>, Martini C<sup>2</sup>, Polenta L<sup>2</sup>, Sebastiani M<sup>2</sup>, Luzi F<sup>2</sup>, Incicchitti L<sup>2</sup>, Galmozzi S<sup>1</sup>, Baldi E<sup>3</sup>, Aurelio V<sup>4</sup>, Gallo MM<sup>4</sup>, Gemini MC<sup>4</sup>, Serafini G<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - Università Politecnica delle Marche, Ancona  
<sup>2</sup> SO Direzione Medica Ospedaliera - Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona  
<sup>3</sup> Dipartimento di Scienze Radiologiche - Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona

## INTRODUZIONE

I PDTA rappresentano uno strumento fondamentale per la gestione di patologie complesse all'interno dei vari setting sanitari. Essi essenzialmente traducono le evidenze scientifiche contenute nelle Linee Guida e calibrate in base all'esperienza dei professionisti in percorsi standardizzati e contestualizzati.

Un punto critico ma cruciale delle fasi iniziali di implementazione di un PDTA è l'individuazione e la selezione delle raccomandazioni condivise dal gruppo multidisciplinare, come fondamenta su cui strutturare le attività alla base del percorso.

L'obiettivo di questo lavoro è pertanto quello di descrivere la metodologia utilizzata nella fase di raccolta e sintesi delle evidenze scientifiche durante la realizzazione del PDTA del paziente affetto da tumore della prostata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, secondo il metodo RAND/Delphi (UCLA).

## CONTENUTI

Il panel multidisciplinare e multi professionale ha proceduto all'individuazione delle linee guida da cui sono state estratte 314 best practice: 166 da EAU GLs on Prostate Cancer, 36 da LG AIOM Carcinoma della Prostatae 113 da NICE - Prostate Cancer: diagnosis and management, classificate poi in 15 categorie. Poiché i PDTA sono uno strumento di miglioramento dei servizi assistenziali e monitoraggio delle performance, è necessario che la loro implementazione sia basata su modalità di condivisione standardizzate e rigorose da parte degli esperti e quindi il metodo Rand-Delphi è stato anche utilizzato per definire la concordanza di opinione (sia essa positiva o negativa) tra i professionisti coinvolti nella selezione delle raccomandazioni rilevanti. Queste sono state 219 (70%); delle 95 incerte, 50 (52%) sono risultate rilevanti dopo un'ulteriore valutazione e quindi inserite nel documento portando il numero delle raccomandazioni totali individuate a 269.

Categorie di Raccomandazioni	Rilevanti		Incerto	
	n	%	n	%
Prevenzione	1	0	1	100
Informazioni e supporto decisionale	28	24	4	14
Diagnosi	87	43	14	28
Trattamento - Sorveglianza attiva	31	19	2	10
Trattamento - Prostatectomia radicale	38	28	7	19
Trattamento - Radioterapia	19	12	7	37
Trattamento - Terapia ormonale	30	11	19	63
Trattamento - Chemioterapia	10	1	9	90
Trattamento - Crioterapia	2	1	0	0
Trattamento - Contraccezione	0	0	1	17
Trattamento - Terapia Integrata	18	10	0	0
Trattamento - Steroidi anabolizzanti	8	7	1	13
Effetti collaterali	38	28	12	32
Follow Up	33	24	9	27
Altro	0	7	2	22
Totale	314	219	95	30

Tabella 1. Suddivisione delle raccomandazioni per categorie

## CONCLUSIONI

I risultati raggiunti, sia in termini di efficienza che di contenuti condivisi, dimostrano la piena applicabilità, nel percorso di realizzazione dei PDTA, del metodo RAND/Delphi, come efficace strumento della concreta integrazione tra i professionisti.

In particolare, tale metodo risulta indispensabile per la selezione e condivisione delle buone pratiche costituenti la base di un approccio evidence based oriented.



# LA RIORGANIZZAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE NELL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

E. Sinisgalli<sup>1</sup>, G. Bellagambi<sup>2</sup>, L. Indiani<sup>3</sup>, S. Guarducci<sup>4</sup>, C. Capanni<sup>5</sup>, E. Gori<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Medico specializzando Staff della Direzione Sanitaria Aziendale, AUSL Toscana Centro

<sup>2</sup> Direttore SOS Gestione privato accreditato e liste di attesa, AUSL Toscana Centro

<sup>3</sup> Medico SOC Continuità Ospedale Territorio e pianificazione post acuzie, AUSL Toscana Centro

<sup>4</sup> Medico Staff della Direzione Sanitaria Aziendale, AUSL Toscana Centro

<sup>5</sup> Direttore area Programmazione e controllo attività sanitarie, AUSL Toscana Centro

<sup>6</sup> Commissario AUSL Toscana Centro

**Parole chiave:** liste di attesa, convenzionato, prenotazione

**Introduzione.** La delibera della Regione Toscana 1080/2016 ha stabilito nuove modalità di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: l'offerta complessiva, pubblica e convenzionata, deve essere distinta tra primo accesso e controlli successivi, la prenotazione dei controlli deve avvenire al momento della prescrizione, i tempi di attesa massimi per le prestazioni di primo accesso e esami strumentali in base vengono ridefiniti in base a criteri di priorità prescrittivi e per alcune devono essere garantiti a livello di zona distretto.

L'Azienda USL Toscana Centro ha iniziato una riorganizzazione dell'erogazione e della prescrizione della specialistica ambulatoriale che ha coinvolto la Direzione Sanitaria e i principali dipartimenti clinici eroganti (chirurgico, medico e radiologico) e prescrittivi (medicina generale).

**Materiali e Metodi.** L'Azienda ha presentato alla regione un piano operativo che comprende una serie di azioni tra cui: rimodulazione dell'offerta, revisione delle agende secondo le indicazioni della delibera, monitoraggio, azioni correttive. È stato istituito un triplice monitoraggio dei tempi di attesa (dal flusso TAT; settimanale su CUP; di utilizzo dei percorsi prioritari) per valutare le attese da molteplici punti di vista e a livello di zona. È in corso la riorganizzazione delle agende CUP secondo i nuovi criteri: apertura annuale a scorrimento giornaliero.

D'accordo con i dipartimenti, si è suddiviso le prestazioni di primo accesso in urgenze e fast track (percorso prioritari per rispondere a quadri patologici specifici) e di secondo accesso (PDTA e pacchetti per la Sanità d'Iniziativa). Anche la Medicina Generale, che rappresenta circa il 98% della prescrizione, ha aderito al piano operativo integrando le sue proposte (day service, criteri di priorità).

**Risultati.** Sono state individuate azioni rapide da attivare in caso di eccessive attese (produttività aggiuntiva, aumento orario degli specialisti ambulatoriali, acquisto dal convenzionato, contratti libero-professionali). Nel caso di tempistiche eccessivamente lunghe prospettate alla prenotazione, il CUP attua una presa incarico dell'utente proponendo la prestazione in tempi brevi in altra sede, se accettata. Sono attivi vari percorsi di fast track: cardiologico, ORL, audiologico, oculistico, vascolare il cui monitoraggio serve a calibrare l'offerta sulle varie sedi zonali, e a valutare l'appropriatezza di invio.

A livello zonale è in atto un progressivo livellamento dell'offerta con il bisogno, quantificato dalla prescrizione elettronica della medicina generale e non solo dalla domanda espressa, iniziando da alcune visite previste (cardiologia, neurologica) e coinvolgendo gli erogatori convenzionati. L'offerta del privato accreditato si integra nella programmazione aziendale, i nuovi contratti prevedono criteri di flessibilità del mix di prestazioni offerte in base ai tempi di attesa rilevati nel corso della durata del contratto.

Il piano è stato condiviso e adottato dalla Medicina Generale, che sta definendo i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni con gli specialisti di riferimento indicati dai dipartimenti clinici. L'elenco delle prestazioni richiedibili in urgenza dai mmg è stato progressivamente esteso ed è ora attivo su tutta l'Azienda. Il lavoro è complesso e ancora in fase preliminare, la prossima unificazione dei sistemi CUP faciliterà il lavoro di riorganizzazione delle agende e monitoraggio delle attese.



## La riorganizzazione della specialistica ambulatoriale nell'Azienda USL Toscana Centro



Sinisgalli E<sup>1</sup>, Bellagambi G<sup>2</sup>, Indiani L<sup>3</sup>, Guarducci S<sup>4</sup>, Capanni C<sup>5</sup>, Gori E<sup>6</sup>

1 Medico specializzando Staff della Direzione Sanitaria Aziendale, AUSL Toscana Centro, 2 Direttore SOS Gestione privato accreditato e liste di attesa, AUSL Toscana Centro  
3 Medico SOC Continuità Ospedale Territorio e pianificazione post acuzie AUSL Toscana Centro, 4 Medico Staff della Direzione Sanitaria Aziendale, AUSL Toscana Centro  
5 Direttore area Programmazione e controllo attività sanitarie, AUSL Toscana Centro, 6 Commissario AUSL Toscana Centro

### Introduzione

La delibera della Regione Toscana 1080/2016 ha stabilito nuove modalità di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: l'offerta complessiva, pubblica e convenzionata, deve essere distinta tra primo accesso e controlli successivi, la prenotazione dei controlli deve avvenire al momento della prescrizione, i tempi di attesa massimi per le prestazioni di primo accesso e esami strumentali in base vengono ridefiniti in base a criteri di priorità prescrittivi e per alcune devono essere garantiti a livello di zona distretto.

L'Azienda USL Toscana Centro ha iniziato una riorganizzazione dell'erogazione e della prescrizione della specialistica ambulatoriale che ha coinvolto la Direzione Sanitaria e i principali dipartimenti clinici eroganti e prescrittivi.



TIPOLOGIA PROGETTO	DESCRIZIONE	GEN 2017	FEB 2017	MAR 2017	APR 2017	MAG 2017	TOTALE
Progetto Fast Track Cardiologico Totale		92	158	198	135	164	747
Progetto Fast Track Cardiologico	CONSULENZA CARDIOLOGICA	92	158	198	135	164	747
Progetto Fast Track Vascolare Totale		113	105	138	92	158	606
Progetto Fast Track Vascolare	ECO(COLOR)DOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI	95	89	106	81	134	505
Progetto Fast Track Vascolare	ECO(COLOR)DOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI	12	9	18	4	14	57
Progetto Fast Track Vascolare	ECO(COLOR)DOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI	6	5	10	5	8	34
Progetto Fast Track Vascolare	ECO(COLOR)DOPPLER VENOSO ARTI SUPERIORI (A RIPOSO)		2	4	2	2	10
Progetto Fast Track Reumatologico Totale		20	20	25	24	34	123
Progetto Fast Track Reumatologico	VISITA REUMATOLOGICA	20	20	25	24	34	123
Progetto Fast Track Odontoiatrico Totale		0	0	2	0	2	4
Progetto Fast Track Odontoiatrico	TRATT. IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE			2		2	4
Progetto Fast Track Otorino Totale		0	4	14	6	13	37
Progetto Fast Track Otorino	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA		4	14	6	13	37

Tab. 1 Monitoraggio utilizzo di percorsi di "Fast Track"

### Risultati

Sono state individuate azioni rapide da attivare in caso di eccessive attese e una presa in carico al CUP che propone la prestazione in tempi brevi in altra sede, se accettata dall'utente. Sono attivi vari percorsi di fast track, il cui monitoraggio serve a calibrare l'offerta sulle varie sedi zonali, e a valutare l'appropriatezza di invio. A livello zonale è in atto un progressivo livellamento dell'offerta con il bisogno, quantificato dalla prescrizione elettronica della medicina generale e non solo dalla domanda espressa, coinvolgendo gli erogatori convenzionati. L'offerta del privato accreditato si integra nella programmazione aziendale, i nuovi contratti prevedono criteri di flessibilità del mix di prestazioni offerte in base alle attese rilevate nel corso della durata del contratto. Il piano è stato condiviso dalla Medicina Generale, che sta definendo i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni con gli specialisti di riferimento. L'elenco delle prestazioni richiedibili in urgenza dai mmg è stato progressivamente esteso ed è ora attivo su tutta l'Azienda. Il lavoro è complesso e ancora in fase preliminare, la prossima unificazione dei sistemi CUP faciliterà il lavoro di riorganizzazione delle agende e monitoraggio delle attese.

### Materiali e metodi

**Materiali e metodi:** L'Azienda ha presentato alla regione un piano operativo che comprende una serie di azioni tra cui: rimodulazione dell'offerta, revisione delle agende, monitoraggio, azioni correttive. È stato istituito un triplice monitoraggio dei tempi di attesa per valutare le attese da molteplici punti di vista e a livello di zona. È in corso la riorganizzazione delle agende CUP secondo i nuovi criteri: apertura annuale a scorrimento giornaliero. D'accordo con i dipartimenti, si è suddiviso le prestazioni di primo accesso in urgenze e fast track (percorso prioritari per rispondere a quadri patologici specifici) e di secondo accesso (PDTA e pacchetti per la Sanità d'Iniziativa). Anche la Medicina Generale, che rappresenta circa il 98% della prescrizione, ha aderito al piano operativo integrando le sue proposte (day service, criteri di priorità).

### Azioni correttive rapide individuate

- Produttività aggiuntiva
- Aumento orario spec. Ambulatoriali
- Acquisto dal privato
- Contratti LP

43° Congresso nazionale ANMDO 25-27 ottobre 2017 Firenze

# METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO “LEGIONELLOSI” NEL PO DI PIACENZA, SPERIMENTAZIONE AUSL PC

V. Trabacchi<sup>1</sup>, F. Federici<sup>2</sup>, G. Delfanti<sup>3</sup>, G. Pedrazzini<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Dirigente Medico, UO Direzione Medica di Presidio Unico Ospedaliero AUSL Piacenza

<sup>2</sup> Direttore UO Igiene Ospedaliera AUSL Piacenza

<sup>3</sup> Direttore Medico Dipartimento di Presidio Unico AUSL Piacenza

<sup>4</sup> Direttore Sanitario Aziendale AUSL Piacenza

**Parole chiave:** Legionella, rischio, assessment

**Introduzione.** La “Legionellosi” ha avuto un incremento del numero dei casi, particolarmente evidente nella Regione Emilia-Romagna da un’incidenza di circa 6 casi nel 1999 a un valore superiore a 64 casi nel 2016 per 1.000.000 abitanti.

Tale Incremento dovuto a una maggior: sensibilità diagnostica; suscettibilità della popolazione; diffusione di *Legionella* nell’ambiente; utilizzo di pratiche sanitarie a rischio; combinazione dei fattori citati ha fatto sì che le LG Nazionali e Regionali indicassero l’obiettivo di: contenimento del rischio, riduzione del numero di casi, evidenza preventiva di situazioni critiche attraverso l’analisi periodica dei fattori di rischio clinici, ambientali e strutturali.

Il Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (Direzione Medica di Presidio,U.O. Rischio Infettivo, SPP Aziendale, DSP e Area Tecnica) dell’AUSL di Piacenza ha elaborato, coerentemente con la DGR 1115/08, il “Programma di controllo della legionellosi” e sperimentato dal 2014 al 2016 una metodologia di valutazione del rischio.

**Contenuti.** La Metodologia adottata è il sistema a matrice di valutazione dei rischi, per la quantificazione del rischio residuo, utile per stabilire una priorità rispetto al piano di adeguamento degli interventi da realizzare. Il principio:  $R = (P \times D)/K$ ; I P, D e K sono declinati ognuno in 4 livelli. In base alla relazione  $R = (P \times D)/K$  è possibile ottenere il valore della stima del Rischio R. Il livello di Rischio R identifica una priorità nelle azioni atte a ridurre il valore.

I Fattori di rischio ed i pesi considerati sono stati desunti, seppur in parte adattati alla realtà dell’AUSL PC, dal documento del Gruppo di Lavoro Regionale Legionellosi (prot. n. PG/2013/304501). Questi riguardano fattori impiantistici-ambientali e sanitari. I valori sanitari sono stati riparametrizzati trasformandoli in valori percentuali ed utilizzati per incrementare il livello di probabilità P legato ad aspetti impiantistici. In base alla relazione a matrice si è ottenuto per ogni struttura e reparto il valore della stima del Rischio R ed il relativo livello di rischio, con la suddivisione delle aree assistenziali in Reparti A RISCHIO MOLTO ELEVATO, A RISCHIO AUMENTATO, ALTRI REPARTI. In base alla tipologia di pazienti l’AUSL PC ha definito i seguenti obiettivi:

Tabella 1. Tipologia pazienti – Obiettivi

Tipologia Di Pazienti	Obiettivi
Pazienti a rischio molto elevato	Assenza di colonizzazione da Legionella negli impianti di trattamento dell’aria e assenza di <i>Legionella</i> (non rilevabile in relazione al metodo analitico utilizzato e comunque sempre <100 UFC/L) negli impianti idrici
Pazienti a rischio aumentato	Concentrazione di Legionella negli impianti idrici e aeraulici $\leq 1.000$ UFC/L
Parto in acqua	Assenza di <i>Legionella</i> (non rilevabile in relazione al metodo analitico utilizzato e comunque sempre <100 UFC/L) negli impianti idrici
Altri reparti	Concentrazione di Legionella negli impianti idrici e aeraulici $\leq 1.000$ UFC/L

**Conclusioni.** La stima del Rischio, aggiornata annualmente e ad ogni modifica strutturale/impiantistica e/o variazioni epidemiologiche, ha aumentato la consapevolezza degli operatori coinvolti.

## METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO “LEGIONELLOSI” NEL PO DI PIACENZA, SPERIMENTAZIONE AUSL PC

V.Trabacchi<sup>1</sup>, F.Federici<sup>2</sup>, G.Delfanti<sup>3</sup>,G.Pedrazzini<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dirigente Medico, UO Direzione Medica di Presidio Unico Ospedaliero AUSL Piacenza

<sup>2</sup>Direttore UO Igiene Ospedaliera AUSL Piacenza

<sup>3</sup>Direttore Medico Dipartimento di Presidio Unico AUSL Piacenza

<sup>4</sup>Direttore Sanitario Aziendale AUSL Piacenza



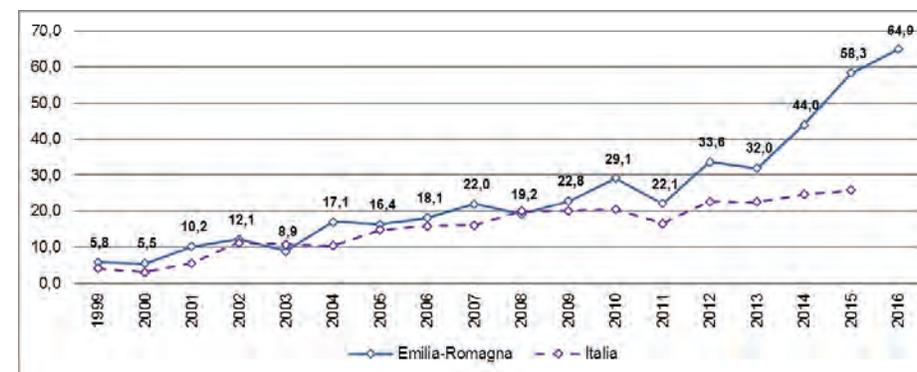
PAROLE CHIAVE: Legionella, Rischio, Assessment

### INTRODUZIONE

La “Legionellosi” ha avuto un incremento del numero dei casi, particolarmente evidente nella Regione Emilia-Romagna da un’incidenza di circa 6 casi nel 1999 a un valore superiore a 64 casi nel 2016 per 1.000.000 abitanti.

Tale Incremento dovuto a una maggior: sensibilità diagnostica; suscettibilità della popolazione; diffusione di *Legionella* nell’ambiente; utilizzo di pratiche sanitarie a rischio; combinazione dei fattori citati ha fatto sì che le LG Nazionali e Regionali indicassero l’obiettivo di: contenimento del rischio, riduzione del numero di casi, evidenza preventiva di situazioni critiche attraverso l’analisi periodica dei fattori di rischio clinici, ambientali e strutturali .

Il Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (Direzione Medica di Presidio,U.O. Rischio Infettivo, SPP Aziendale, DSP e Area Tecnica) dell’AUSL di Piacenza ha elaborato, coerentemente con la DGR 1115/08, il “Programma di controllo della legionellosi” e sperimentato dal 2014 al 2016 una metodologia di valutazione del rischio.



### CONTENUTI

La Metodologia adottata è il sistema a matrice di valutazione dei rischi, per la quantificazione del rischio residuo, utile per stabilire una priorità rispetto al piano di adeguamento degli interventi da realizzare. Il principio:  $R = (P \times D)/K$ ; I P, D e K sono declinati ognuno in 4 livelli. In base alla relazione  $R = (P \times D)/K$  è possibile ottenere il valore della stima del Rischio R. Il livello di Rischio R identifica una priorità nelle azioni atte a ridurre il valore.

I Fattori di rischio ed i pesi considerati sono stati desunti, seppur in parte adattati alla realtà dell’AUSL PC, dal documento del Gruppo di Lavoro Regionale Legionellosi (prot. n. PG/2013/304501). Questi riguardano fattori impiantistici-ambientali e sanitari. I valori sanitari sono stati riparametrizzati trasformandoli in valori percentuali ed utilizzati per incrementare il livello di probabilità P legato ad aspetti impiantistici. In base alla relazione a matrice si è ottenuto per ogni struttura e reparto il valore della stima del Rischio R ed il relativo livello di rischio, con la suddivisione delle aree assistenziali in Reparti A RISCHIO MOLTO ELEVATO, A RISCHIO AUMENTATO, ALTRI REPARTI. In base alla tipologia di pazienti l’AUSL PC ha definito i seguenti obiettivi:

Tabella 1. Tipologia pazienti\_Obiettivi

TIPOLOGIA DI PAZIENTI	OBIETTIVI
Pazienti a rischio molto elevato	Assenza di colonizzazione da Legionella negli impianti di trattamento dell’aria e assenza di <i>Legionella</i> (non rilevabile in relazione al metodo analitico utilizzato e comunque sempre <100 UFC/L) negli impianti idrici
Pazienti a rischio aumentato	Concentrazione di Legionella negli impianti idrici e aeraulici $\leq 1.000$ UFC/L
Parto in acqua	Assenza di <i>Legionella</i> (non rilevabile in relazione al metodo analitico utilizzato e comunque sempre <100 UFC/L) negli impianti idrici
Altri reparti	Concentrazione di Legionella negli impianti idrici e aeraulici $\leq 1.000$ UFC/L

### CONCLUSIONI

La stima del Rischio, aggiornata annualmente e ad ogni modifica strutturale/impiantistica e/o variazioni epidemiologiche, ha aumentato la consapevolezza degli operatori coinvolti.

# LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SOCIALE: UNA PROPOSTA PER DELINEARE MODALITÀ OMOGENEE DI ASSESSMENT

**A. Triarico\*, S. Galetta\*\*, S. Fusco\*\*\*, P. Zambon\*\*\*\*, D. Rocca\*\*\*\*\*, A. Carducci\*\*\*\*\*, V. Frontuto\*\*\*\*\***

\* Direttore Medico, P.O. di Busto Arsizio; \*\* Assistente Sociale, P.O. di Busto Arsizio;

\*\*\* Assistente Sociale, P.O. di Gallarate; \*\*\*\* Assistente Sociale, P.O. di Saronno;

\*\*\*\*\* Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia;

\*\*\*\*\* Direttore SITRA A.S.S.T. Valle Olona

**Parole chiave:** assessment, rischio sociale, presa in carico

**Introduzione.** Negli ultimi anni, con l'emergere di bisogni sempre più complessi, l'assessment del paziente fragile e a rischio sociale, per il personale ospedaliero risulta essere di difficile gestione. Si è osservato, infatti, che all'interno dello stesso Presidio Ospedaliero (P.O.) emerge un'eterogeneità di valutazione del paziente tra le diverse Unità Operative (U.U.OO). Si è riscontrato altresì che spesso vengono effettuate segnalazioni di rischio sociale inappropriate o, al contrario, altre situazioni, benché meritevoli, non vengono segnalate. Tutto ciò comporta ricoveri impropri, prolungamento dei tempi di degenza e mancato rispetto delle procedure di dimissione protetta. In risposta a tale problematica ed in linea con le Direttive Regionali, i P.P.OO. dell'ASST Valle Olona hanno elaborato 2 strumenti di assessment: la Griglia di Rilevazione del Rischio Sociale e la scheda di Valutazione Sociale.

**Contenuti.** Nel mese di aprile 2017 è stato costituito un gruppo di lavoro composto dalle Assistenti Sociali dei P.P.OO. dell'ASST Valle Olona finalizzato alla rielaborazione della Griglia di Rilevazione del Rischio Sociale (sulla base del modello proposto da Regione Lombardia) e alla creazione della scheda di Valutazione Sociale.

Si prevede che il primo strumento venga compilato dall'Operatore Sanitario (O.S.) che effettua la valutazione iniziale del paziente. Se dalla Griglia di Rilevazione del Rischio Sociale risultassero positivi almeno 2 item (rispettivamente 1 nell'area "Grado di Autonomia" e 1 nell'area "Sostegno Familiare"), o si verificasse una delle condizioni tutelate da "Obbligo di Legge", l'O.S. dovrà richiedere l'attivazione da parte dell'Assistente Sociale (A.S.) entro 72h.

L'A.S., ricevuta la segnalazione, effettuerà la valutazione sociale e compilerà la seconda scheda. All'interno di questa saranno riportate tutte le informazioni utili a comprendere il reale stato di bisogno del paziente al fine ulteriore di valutarne l'eventuale presa in carico. Il passaggio conclusivo prevede la restituzione all'U.O. segnalante di quanto rilevato affinché venga pianificato un percorso di dimissione condiviso, ragionato e tutelante.

**Conclusioni.** Nel mese di ottobre 2017 verrà avviata una fase di sperimentazione, della durata di 2 mesi, con lo scopo di verificare l'efficacia del progetto e di valutarne eventuali modifiche. Tale modalità operativa proposta, grazie all'omogenea valutazione del paziente, favorirà una maggiore integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, una continuità assistenziale basata sulle reali necessità del paziente e una riduzione dei tempi di dimissione del soggetto ad alto rischio sociale.



Firenze, 25 - 26 - 27 Ottobre 2017  
Istituto degli Innocenti

## LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SOCIALE: UNA PROPOSTA PER DELINEARE MODALITÀ OMOGENEE DI ASSESSMENT

**A. Triarico\*, S. Galetta\*\*, S. Fusco\*\*\*, P. Zambon\*\*\*\*, D. Rocca\*\*\*\*\*, A. Carducci\*\*\*\*\*, V. Frontuto\*\*\*\*\***

\* Direttore Medico, P.O. di Busto Arsizio; \*\* Assistente Sociale, P.O. di Busto Arsizio; \*\*\* Assistente Sociale, P.O. di Gallarate; \*\*\*\* Assistente Sociale, P.O. di Saronno; \*\*\*\*\* Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia; \*\*\*\*\* Direttore SITRA A.S.S.T. Valle Olona

### INTRODUZIONE

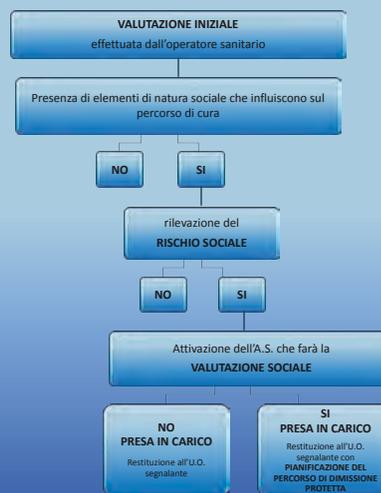
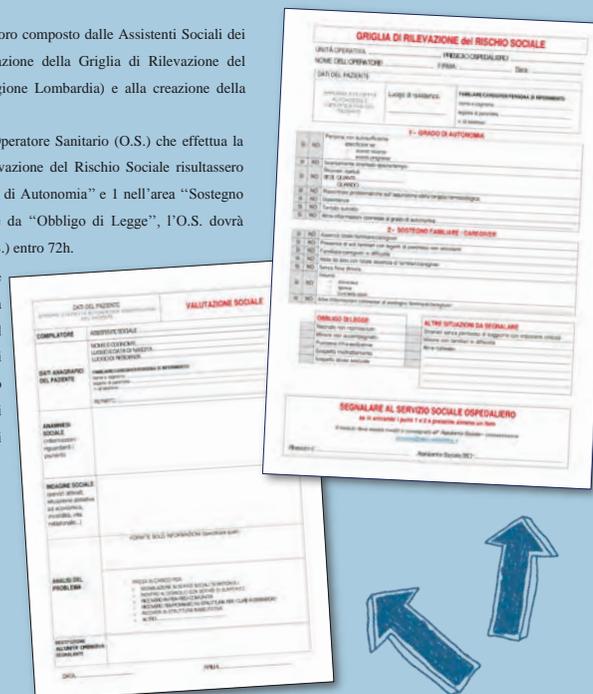
Negli ultimi anni, con l'emergere di bisogni sempre più complessi, l'assessment del paziente fragile e a rischio sociale, per il personale ospedaliero risulta essere di difficile gestione. Si è osservato, infatti, che all'interno dello stesso Presidio Ospedaliero (P.O.) emerge un'eterogeneità di valutazione del paziente tra le diverse Unità Operative (U.U.OO). Si è riscontrato altresì che spesso vengono effettuate segnalazioni di rischio sociale inappropriate o, al contrario, altre situazioni, benché meritevoli, non vengono segnalate. Tutto ciò comporta ricoveri impropri, prolungamento dei tempi di degenza e mancato rispetto delle procedure di dimissione protetta. In risposta a tale problematica ed in linea con le Direttive Regionali, i P.P.OO. dell'ASST Valle Olona hanno elaborato 2 strumenti di assessment: la Griglia di Rilevazione del Rischio Sociale e la scheda di Valutazione Sociale.

### CONTENUTI

Nel mese di aprile 2017 è stato costituito un gruppo di lavoro composto dalle Assistenti Sociali dei P.P.OO. dell'ASST Valle Olona finalizzato alla rielaborazione della Griglia di Rilevazione del Rischio Sociale (sulla base del modello proposto da Regione Lombardia) e alla creazione della scheda di Valutazione Sociale.

Si prevede che il primo strumento venga compilato dall'Operatore Sanitario (O.S.) che effettua la valutazione iniziale del paziente. Se dalla Griglia di Rilevazione del Rischio Sociale risultassero positivi almeno 2 item (rispettivamente 1 nell'area "Grado di Autonomia" e 1 nell'area "Sostegno Familiare"), o si verificasse una delle condizioni tutelate da "Obbligo di Legge", l'O.S. dovrà richiedere l'attivazione da parte dell'Assistente Sociale (A.S.) entro 72h.

L'A.S., ricevuta la segnalazione, effettuerà la valutazione sociale e compilerà la seconda scheda. All'interno di questa saranno riportate tutte le informazioni utili a comprendere il reale stato di bisogno del paziente al fine ulteriore di valutarne l'eventuale presa in carico. Il passaggio conclusivo prevede la restituzione all'U.O. segnalante di quanto rilevato affinché venga pianificato un percorso di dimissione condiviso, ragionato e tutelante.



### CONCLUSIONI

Nel mese di ottobre 2017 verrà avviata una fase di sperimentazione, della durata di 2 mesi, con lo scopo di verificare l'efficacia del progetto e di valutarne eventuali modifiche.

Tale modalità operativa proposta, grazie all'omogenea valutazione del paziente, favorirà una maggiore integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, una continuità assistenziale basata sulle reali necessità del paziente e una riduzione dei tempi di dimissione del soggetto ad alto rischio sociale.

# USO DELLA BANCA DATI SDO PER VALUTAZIONI DI APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA DI UNA AZIENDA OSPEDALIERA

F. Trogu<sup>1</sup>, B. Arru<sup>1</sup>, E. Contu<sup>1</sup>, G. Deiana<sup>1</sup>, C. Dessanti<sup>1</sup>, N. Grandi<sup>1</sup>, C. Gugliotta<sup>1</sup>, E. Lampis<sup>1</sup>, S. Ogana<sup>1</sup>, V. Satta<sup>1</sup>, S. Soddu<sup>1</sup>, L. Saderi<sup>2</sup>, R. Santoru<sup>1</sup>, S. Porcheddu<sup>3</sup>, M. Pes<sup>3</sup>, P. Castiglia<sup>4</sup>, A. Azara<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Sassari

<sup>2</sup> Università degli Studi di Sassari

<sup>3</sup> Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

<sup>4</sup> Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale - Università degli Studi di Sassari

**Parole chiave:** SDO, appropriatezza, DRG

**Introduzione.** La banca dati nazionale dei ricoveri ospedalieri è uno strumento di crescente importanza per la valutazione di numerosi indicatori di attività di ricovero compresi quelli di appropriatezza organizzativa. Questo lavoro si focalizza sulla valutazione dei 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza se erogati in regime di ricovero ordinario (elenco ampliato dal Patto per la Salute 2010-12). Il lavoro intende quindi focalizzarsi sull'utilità di disporre della banca dati nazionale del Ministero della Salute sui ricoveri ospedalieri quale rilevante mezzo di confronto per valutazioni di appropriatezza organizzativa utili a riorientare la produzione.

**Contenuti.** Nell'ambito di un più ampio progetto regionale ci si è posti l'obiettivo di valutare l'appropriatezza del regime di ricovero relativa ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza di una Azienda Ospedaliera nel periodo 2011-15 rispetto agli indicatori medi nazionali e della Regione Sardegna. È stata analizzata la casistica aziendale e confrontata con gli indicatori nazionali e regionali contenuti nei Rapporti SDO 2011-15 del Ministero della Salute. L'indicatore sintetico percentuale di erogazione di Day Hospital è stato calcolato per l'insieme dei 108 DRG e per singolo DRG.

L'AO ha registrato un progressivo miglioramento degli indicatori considerati, superando i valori medi nazionali e regionali: nel 2011 il 52,9% dei ricoveri nell'elenco dei 108 DRG venivano erogati in regime diurno rispetto alla media nazionale del 53,9% e regionale del 50,9%, mentre nel 2015 la percentuale ha raggiunto il 69,9% rispetto al 52,6% nazionale e 56,9% regionale. Inoltre, i ricoveri diurni per DRG medici sono passati dal 38% (2011) al 61,5% (2015), mentre quelli chirurgici dal 65,8% al 76,3%: in entrambi i casi vengono superati i valori medi nazionali e regionali (figura 1). Sono stati inoltre analizzati i singoli DRG per valutare lo scarto percentuale rispetto alla media nazionale e regionale (figura 2).

**Conclusioni.** Lo studio ha permesso di conoscere il proprio posizionamento rispetto al contesto nazionale e regionale e di evidenziare un progressivo miglioramento dell'appropriatezza nel corso degli anni. Infine, l'analisi dettagliata di ciascuno dei DRG ha evidenziato la necessità di ulteriori investigazioni al fine di identificare e correggere le cause di potenziale inappropriatazza.



## USO DELLA BANCA DATI SDO PER VALUTAZIONI DI APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA DI UNA AZIENDA OSPEDALIERA

Trogu F.<sup>1</sup>, Arru B.<sup>1</sup>, Contu E.<sup>1</sup>, Deiana G.<sup>1</sup>, Dessanti C.<sup>1</sup>, Grandi N.<sup>1</sup>, Gugliotta C.<sup>1</sup>, Lampis E.<sup>1</sup>, Ogana S.<sup>1</sup>, Satta V.<sup>1</sup>, Soddu S.<sup>1</sup>, Saderi L.<sup>2</sup>, Santoru R.<sup>1</sup>, Porcheddu S.<sup>3</sup>, Pes M.<sup>3</sup>, Castiglia P.<sup>4</sup>, Azara A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Sassari

<sup>2</sup> Università degli Studi di Sassari

<sup>3</sup> Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

<sup>4</sup> Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale - Università degli Studi di Sassari

**parole chiave:** SDO; appropriatezza; DRG

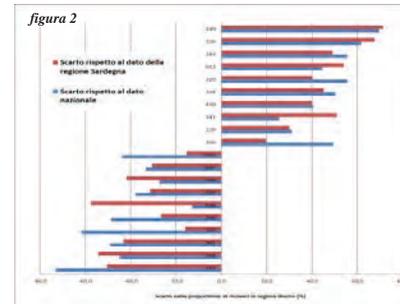
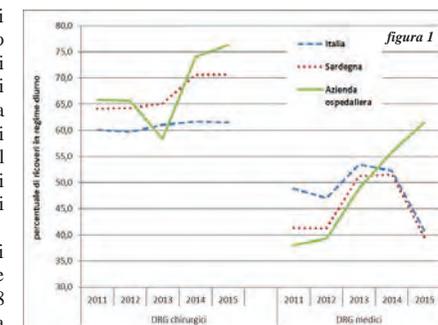
### Introduzione

La banca dati nazionale dei ricoveri ospedalieri è uno strumento di crescente importanza per la valutazione di numerosi indicatori di attività di ricovero compresi quelli di appropriatezza organizzativa. Questo lavoro si focalizza sulla valutazione dei 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza se erogati in regime di ricovero ordinario (elenco ampliato dal Patto per la Salute 2010-12). Il lavoro intende quindi focalizzarsi sull'utilità di disporre della banca dati nazionale del Ministero della Salute sui ricoveri ospedalieri quale rilevante mezzo di confronto per valutazioni di appropriatezza organizzativa utili a riorientare la produzione.

### Contenuti

Nell'ambito di un più ampio progetto regionale ci si è posti l'obiettivo di valutare l'appropriatezza del regime di ricovero relativa ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza di una Azienda Ospedaliera nel periodo 2011-15 rispetto agli indicatori medi nazionali e della Regione Sardegna. È stata analizzata la casistica aziendale e confrontata con gli indicatori nazionali e regionali contenuti nei Rapporti SDO 2011-15 del Ministero della Salute. L'indicatore sintetico percentuale di erogazione di Day Hospital è stato calcolato per l'insieme dei 108 DRG e per singolo DRG.

L'AO ha registrato un progressivo miglioramento degli indicatori considerati, superando i valori medi nazionali e regionali: nel 2011 il 52,9% dei ricoveri nell'elenco dei 108 DRG venivano erogati in regime diurno rispetto alla media nazionale del 53,9% e regionale del 50,9%, mentre nel 2015 la percentuale ha raggiunto il 69,9% rispetto al 52,6% nazionale e 56,9% regionale. Inoltre, i ricoveri diurni per DRG medici sono passati dal 38% (2011) al 61,5% (2015), mentre quelli chirurgici dal 65,8% al 76,3%: in entrambi i casi vengono superati i valori medi nazionali e regionali (figura 1). Sono stati inoltre analizzati i singoli DRG per valutare lo scarto percentuale rispetto alla media nazionale e regionale (figura 2).



### Conclusioni

Lo studio ha permesso di conoscere il proprio posizionamento rispetto al contesto nazionale e regionale e di evidenziare un progressivo miglioramento dell'appropriatezza nel corso degli anni. Infine, l'analisi dettagliata di ciascuno dei DRG ha evidenziato la necessità di ulteriori investigazioni al fine di identificare e correggere le cause di potenziale inappropriatazza.

# DIREZIONE SANITARIA E DIPARTIMENTO DIAGNOSTICO AL MAURIZIANO 2016-2017: UN'ARMONIOSA SINFONIA

A. Vitale\*, S. Cirillo\*\*, A. Casella°, A. Bo^, D. Teodori°, R. Arione^^, S. Falco\*\*\*

\* Dirigente Medico SC Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero; \*\* Direttore di Dipartimento Diagnostico; ° Direttore SC GORU; ^ Responsabile SS Controllo di Gestione; °° Referente Obiettivi aziendali, SC GORU; ^^ Direttore Sanitario; \*\*\* Direttore Generale  
A.O. Ordine Mauriziano di Torino

**Parole chiave:** obiettivi aziendali, dipartimento diagnostico, sostenibilità

**Introduzione.** Nel biennio 2016-2017 la Direzione Generale dell'AO Ordine Mauriziano ha incaricato la Direzione Sanitaria (DS) di monitorare il raggiungimento degli obiettivi aziendali da parte dei 4 Dipartimenti dell'ospedale. Il Dipartimento Diagnostico (DD) (SSCC Radiodiagnostica, Farmacia, Radioterapia, Medicina Nucleare, Laboratorio Analisi, Fisica Sanitaria, Anatomia Patologica), rappresenta l'insieme dei servizi trasversali dell'ospedale. Gli obiettivi del DD sono

- 1) clinico organizzativo
  - obiettivi clinici derivanti da disposizioni regionali (DGR n.30-3307 del 16/05/2016 "Assegnazione obiettivi economico gestionali di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali della AASSRR"), come riorganizzazione della rete dei laboratori analisi, elaborazione e implementazione dei PDTA di Rete Oncologica, appropriatezza prescrittiva farmaceutica, rientro in azienda dell'attività libero professionale allargata
  - obiettivi clinici organizzativi proposti dalle SSCC, quale ottimizzazione Turn Around Time
- 2) obiettivi economici (costi-produzione/pareggio di bilancio).

**Contenuti.** Nell'ambito della gestione del DD il Dirigente Medico di DS referente per il dipartimento e il Direttore dello stesso hanno concordato un cronoprogramma di incontri dipartimentali trimestrali, per monitorare il cruscotto aziendale di produzione (dati inseriti e validati dal controllo di gestione CG) e per valutare gli obiettivi assegnati alle SSCC del DD. Nelle riunioni sono state evidenziate eventuali criticità sul raggiungimento degli obiettivi e sviluppate strategie di miglioramento/possibili soluzioni. La DS ha provveduto a

- facilitare il superamento degli ostacoli organizzativi (integrazione/ottimizzazione risorse umane)
- supportare il DD nella scelta delle azioni prioritarie da implementare per raggiungere gli obiettivi (progetto dipartimentale di rientro ALPI allargata)
- elaborare il report di monitoraggio/valutazione degli obiettivi clinico-organizzativi 2016, concordandolo con il Direttore del DD
- trasmettere -al referente aziendale obiettivi SC GORU- il report, per sottoporlo all'approvazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione
- contribuire a sviluppo ed elaborazione di obiettivi sostenibili proposti dal DD per il 2017, misurabili (dati effettivamente disponibili sul cruscotto aziendale nei database gestiti dal CG) e rilevanti (nel rispetto della mission aziendale, degli obiettivi del DG, recepiti da delibera aziendale).

**Conclusioni.** La DS ha implementato un'idea innovativa: promuovere la sinergia tra DD e strutture che elaborano i dati di produzione (CG) e che valutano e assegnano gli obiettivi (GORU), portandoli ad un tavolo unico di discussione e di operatività. È stato avviato il dialogo e l'integrazione del DD con CG e GORU e -dopo questa esperienza- è stato dimostrato che, per definire obiettivi sostenibili, è necessario che tutte le SSCC coinvolte nel processo di definizione degli obiettivi dialoghino tra di loro, con il coordinamento della DS. Dopo la lettura condivisa dei dati della reportistica aziendale, sono state introdotte nel cruscotto alcune modifiche che ne hanno facilitato l'interpretabilità e ne hanno aumentato la completezza.

L'armoniosa sinfonia che è scaturita da questa sinergia ha portato il DD al raggiungimento degli obiettivi, sotto la direzione del Direttore del DD. Il ruolo della DS è stato invece quello di diapason con il quale si sono "accordati" i diversi "strumenti", cioè le Strutture complesse, dell'orchestra dipartimentale.



## Direzione Sanitaria e Dipartimento Diagnostico al Mauriziano 2016-2017: un'armoniosa sinfonia



Arianna Vitale\*, Stefano Cirillo\*\*, Alberto Casella°, Andrea Bo^, Daniela Teodori°, Roberto Arione^^, Silvio Falco\*\*\*

Dirigente Medico SC Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero\*, Direttore di Dipartimento Diagnostico\*\*  
Direttore SC GORU°, Responsabile SS Controllo di Gestione^, Referente Obiettivi aziendali, SC GORU°°  
Direttore Sanitario^^, Direttore Generale\*\*\*  
A.O. Ordine Mauriziano di Torino

### Parole chiave

Obiettivi aziendali, dipartimento diagnostico, sostenibilità

### Introduzione

Nel biennio 2016-2017 la Direzione Generale dell'AO Ordine Mauriziano ha incaricato la Direzione Sanitaria (DS) di monitorare il raggiungimento degli obiettivi aziendali da parte dei 4 Dipartimenti dell'ospedale. Il Dipartimento Diagnostico (DD) (SSCC Radiodiagnostica, Farmacia, Radioterapia, Medicina Nucleare, Laboratorio Analisi, Fisica Sanitaria, Anatomia Patologica), rappresenta l'insieme dei servizi trasversali dell'ospedale. Gli obiettivi del DD sono  
1) clinico organizzativo  
1 a - obiettivi clinici derivanti da disposizioni regionali (DGR n.30-3307 del 16/05/2016 "Assegnazione obiettivi economico gestionali di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali della AASSRR"), come riorganizzazione della rete dei laboratori analisi, elaborazione e implementazione dei PDTA di Rete Oncologica, appropriatezza prescrittiva farmaceutica, rientro in azienda dell'attività libero professionale allargata  
1 b - obiettivi clinici organizzativi proposti dalle SSCC, quale ottimizzazione Turn Around Time  
2) obiettivi economici (costi-produzione/pareggio di bilancio).

### Contenuti

Nell'ambito della gestione del DD il Dirigente Medico di DS referente per il dipartimento e il Direttore dello stesso hanno concordato un cronoprogramma di incontri dipartimentali trimestrali, per monitorare il cruscotto aziendale di produzione (dati inseriti e validati dal controllo di gestione CG) e per valutare gli obiettivi assegnati alle SSCC del DD. Nelle riunioni sono state evidenziate eventuali criticità sul raggiungimento degli obiettivi e sviluppate strategie di miglioramento/possibili soluzioni. La DS ha provveduto a  
- facilitare il superamento degli ostacoli organizzativi (integrazione/ottimizzazione risorse umane)  
- supportare il DD nella scelta delle azioni prioritarie da implementare per raggiungere gli obiettivi (progetto dipartimentale di rientro ALPI allargata)  
- elaborare il report di monitoraggio/valutazione degli obiettivi clinico-organizzativi 2016, concordandolo con il Direttore del DD  
- trasmettere -al referente aziendale obiettivi SC GORU- il report, per sottoporlo all'approvazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione  
- contribuire a sviluppo ed elaborazione di obiettivi sostenibili proposti dal DD per il 2017, misurabili (dati effettivamente disponibili sul cruscotto aziendale nei database gestiti dal CG) e rilevanti (nel rispetto della mission aziendale, degli obiettivi del DG, recepiti da delibera aziendale).



### Conclusioni

La DS ha implementato un'idea innovativa: promuovere la sinergia tra DD e strutture che elaborano i dati di produzione (CG) e che valutano e assegnano gli obiettivi (GORU), portandoli ad un tavolo unico di discussione e di operatività. È stato avviato il dialogo e l'integrazione del DD con CG e GORU e -dopo questa esperienza- è stato dimostrato che, per definire obiettivi sostenibili, è necessario che tutte le SSCC coinvolte nel processo di definizione degli obiettivi dialoghino tra di loro, con il coordinamento della DS. Dopo la lettura condivisa dei dati della reportistica aziendale, sono state introdotte nel cruscotto alcune modifiche che ne hanno facilitato l'interpretabilità e ne hanno aumentato la completezza. L'armoniosa sinfonia che è scaturita da questa sinergia ha portato il DD al raggiungimento degli obiettivi, sotto la direzione del Direttore del DD. Il ruolo della DS è stato invece quello di diapason con il quale si sono "accordati" i diversi "strumenti", cioè le Strutture complesse, dell'orchestra dipartimentale.

### Report Obiettivi 2016 e 2017

Obiettivo	Indicatore	Attivo	Attività produttiva al raggiungimento	SC capofila	Report SC (UNO)	Valutazione DS 2016	Note DS	PROSPETTIVE 2017
Obiettivo del tempo di attesa per il paziente (DGR n. 30/2016)	Report DS TAT anno precedente a cura di DS	Discussione del TAT	Monitoraggio TAT e controllo del locale (SC Laboratorio Analisi e SC Anatomia Patologica) e da remoto (SC) con relativi cruscotti	SC Anatomia Patologica e SC Laboratorio Analisi	S	Obiettivo raggiunto		
DGR n. 30/2016 del 16/05/2016	Presenza di PDTA per le singole patologie oncologiche - PDTA oncologiche in corso di sviluppo - PDTA di rete oncologica in sviluppo - PDTA di rete oncologica in sviluppo - PDTA di rete oncologica in sviluppo	Presenza di PDTA approvate per GOC (Gruppo Oncologico) e per ogni patologia di riferimento	Classifica SC partecipata per la parte di competenza alla Rete Oncologica e gestione di proprio apporto per la corretta applicazione di quanto previsto dalla DGR	Tutte SSCC del DD	S	SSCC hanno partecipato alla stesura e all'implementazione del PDTA inter-aziendale e all'attività con gruppo della Rete Oncologica 2016		Per il 2017 la SSCC del DD proseguiranno nell'implementazione degli atti PDTA oncologici approvati
DGR n. 30/2016 del 16/05/2016	Realizzazione di progetti di integrazione/ottimizzazione delle risorse umane	Verifica e approvazione del progetto da parte della Commissione paritetica CP	Classifica Dipartimento propongono un progetto di integrazione delle risorse umane nel cruscotto di produzione della DS	SC Radiodiagnostica	NO	ESD ha inviato alla SC Progetto di riassetto ALPI allegature data 20/10/2016, a cura del Dirigente Medico GORU referente per SC Obiettivi aziendali		Nel 2017 si monitora il Parlamento della stessa prevista nel progetto
DGR n. 30/2016 del 16/05/2016	2016: progetti autorizzati - 2017: progetti autorizzati - 2017: progetti autorizzati - 2017: progetti autorizzati	100% esami specializzati convenzionati nella hub di riferimento	Monitoraggio consumi materiali da parte di FO	SC Farmacia Dipendente	S	Obiettivo raggiunto		Prosegua nel 2017
DGR n. 30/2016 del 16/05/2016	Organizzazione e implementazione della Rete dei laboratori analisi, come indicato dalla AASSRR per la copertura di rete oncologica	100% esami specializzati convenzionati nella hub di riferimento	Avvio del processo di concentrazione degli esami attraverso progetti e incontri tra AASSRR di area Torino	SC Laboratorio Analisi	S	Obiettivo raggiunto		Prosegua nel 2017, secondo le indicazioni regionali
DGR n. 30/2016 del 16/05/2016	2016: progetti autorizzati - 2017: progetti autorizzati - 2017: progetti autorizzati - 2017: progetti autorizzati	Verifica di aree svolte	Obiettivo raggiunto	SC Laboratorio Analisi	S	Obiettivo raggiunto		Prosegua nel 2017, secondo le indicazioni regionali

# FARMACI INNOVATIVI E IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE: ASPETTI CLINICI, SOCIALI ED IMPATTO ECONOMICO. SPERIMENTAZIONE DI MODELLI DI COLLABORAZIONE PUBBLICO-PRIVATO

L. Vittorioso<sup>1</sup>, A. Cristinziano<sup>2</sup>, M. Galdo<sup>3</sup>, G. Saggiocco<sup>4</sup>, V. Crivaro<sup>5</sup>, M.C. Boccia<sup>6</sup>, G. Matarazzo<sup>7</sup>, G. Longo<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Medico Specialista Ambulatoriale – Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi – AO dei Colli di Napoli

<sup>2</sup> Direttore UOC Farmacia Ospedale Monaldi – AO dei Colli di Napoli

<sup>3</sup> Dirigente Farmacista Ospedale Monaldi – AO dei Colli di Napoli

<sup>4</sup> Dirigente Medico – Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi - AO dei Colli di Napoli

<sup>5</sup> Medico Specialista Ambulatoriale – Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi – AO dei Colli di Napoli

<sup>6</sup> Medico Specialista Ambulatoriale – Direzione Generale - AO dei Colli di Napoli

<sup>7</sup> Direttore Sanitario Aziendale - AO dei Colli di Napoli

<sup>8</sup> Direttore Generale – AO dei Colli di Napoli

**Parole chiave:** ipercolesterolemia, anticorpi monoclonali, PTO.

**Introduzione.** L'Evolocumab e l'Alirocumab sono anticorpi monoclonali che legandosi e rimuovendo il PCSK9, aumentano le quantità di colesterolo che entra nel fegato, abbassandone i livelli ematici. Nella nostra Azienda è stato attivato un progetto di collaborazione Pubblico-Privato che prevedeva la fornitura dei farmaci senza oneri per S.S.R. nel trattare 80 potenziali pazienti nelle due cardiologie con LDL non controllato dalle attuali opzioni terapeutiche.

Gli obiettivi sono stati:

- Garantire immediato accesso alle cure ai pazienti ad elevato Unmet-Medical-Need;
- Valutare l'introduzione nel PTO dei farmaci innovativi cardiologici per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

**Contenuti.** Durante tutta la durata del progetto alla farmacia sono state consegnate 800 fl. Il farmaco viene dispensato, su richiesta nominativa, agli ambulatori di Cardiologia previa verifica dei pazienti arruolati e dei criteri di eleggibilità al trattamento. La prima somministrazione avviene in regime ambulatoriale; successivamente i pazienti tornano mensilmente a controllo e ritirano la terapia. Sono stati inclusi nell'analisi 36 pazienti con cardiopatia-ischemica-cronica, con livelli plasmatici di LDL superiori rispetto ai target delle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia (ESC)(LDL<70mg/dl). Al baseline tutti i pazienti assumevano terapia ipolipemizzante, al dosaggio massimo tollerato (Statine/Ezetimibe/combinazione). Alla terapia standard veniva aggiunto PCSK9, per valutarne efficacia e sicurezza. Venivano misurati i livelli plasmatici di colesterolo totale/LDL/HDL, al baseline (tempo 0) e a 2 mesi dall'inizio dell'Evolocumab.

**Conclusioni.** Sono stati arruolati 36 pazienti; al tempo 0 presentavano un valore medio ( $V_m$ ) di colesterolo di 254; al tempo 2 mesi presentavano  $V_m$  colesterolo di 134,5 con una percentuale-media di abbattimento del colesterolo del 47%. In particolare in due casi abbiamo un abbattimento del 55% ed in un caso del 60% (232Vs 94).

Dai risultati si può osservare che tutti i pazienti in trattamento e fuori score hanno avuto una riduzione dell'ipercolesterolemia con il raggiungimento ed il mantenimento dei valori target. Questo esempio di partnership pubblico-privato ha garantito:

- Immediato accesso ai farmaci innovativi;
- Standard qualitativi di assistenza;
- Sostenibilità.

Attraverso tale esperienza è stato implementato un percorso diagnostico-terapeutico specifico.



## FARMACI INNOVATIVI E IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE

Sperimentazione di modelli di collaborazione Pubblico-Privato

\*VITTORIOSO L., \*\*CRISTINZIANO, \*\*\*GALDO M., \*\*\*\*SAGGIOCCO G., \*\*\*\*\*V. CRIVARO, \*\*\*\*\*M.C. BOCCIA, \*\*\*\*\*G. MATARAZZO, \*\*\*\*\*G. LONGO

\* MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE – DIREZIONE SANITARIA OSPEDALE MONALDI – AO DEI COLLI

\*\* DIRETTORE UOC FARMACIA OSPEDALE MONALDI – AO DEI COLLI

\*\*\* DIRIGENTE FARMACISTA OSPEDALE MONALDI – AO DEI COLLI

\*\*\*\* DIRIGENTE MEDICO DIREZIONE SANITARIA OSPEDALE MONALDI – AO DEI COLLI

\*\*\*\*\* MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE - DIREZIONE SANITARIA OSPEDALE MONALDI – AO DEI COLLI

\*\*\*\*\* DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE – AO DEI COLLI

\*\*\*\*\* DIRETTORE GENERALE – AO DEI COLLI

### INTRODUZIONE

L'Evolocumab e l'Alirocumab sono anticorpi monoclonali che legandosi e rimuovendo il PCSK9, aumentano le quantità di colesterolo che entra nel fegato, abbassandone i livelli ematici. Nella nostra Azienda è stato attivato un progetto di collaborazione Pubblico-Privato che prevedeva la fornitura dei farmaci senza oneri per S.S.R. nel trattare 80 potenziali pazienti nelle due cardiologie con LDL non controllato dalle attuali opzioni terapeutiche.

Gli obiettivi sono stati:

- Garantire immediato accesso alle cure ai pazienti ad elevato Unmet-Medical-Need;
- Valutare l'introduzione nel PTO dei farmaci innovativi cardiologici per il trattamento dell'ipercolesterolemia

### CONTENUTI

Durante tutta la durata del progetto alla farmacia sono state consegnate 800 fl. Il farmaco viene dispensato, su richiesta nominativa, agli ambulatori di Cardiologia previa verifica dei pazienti arruolati e dei criteri di eleggibilità al trattamento. La prima somministrazione avviene in regime ambulatoriale; successivamente i pazienti tornano mensilmente a controllo e ritirano la terapia. Sono stati inclusi nell'analisi 36 pazienti con cardiopatia-ischemica-cronica, con livelli plasmatici di LDL superiori rispetto ai target delle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia (ESC)(LDL<70mg/dl). Al baseline tutti i pazienti assumevano terapia ipolipemizzante, al dosaggio massimo tollerato (Statine/Ezetimibe/combinazione). Alla terapia standard veniva aggiunto PCSK9, per valutarne efficacia e sicurezza. Venivano misurati i livelli plasmatici di colesterolo totale/LDL/HDL, al baseline (tempo 0) e a 2 mesi dall'inizio dell'Evolocumab.

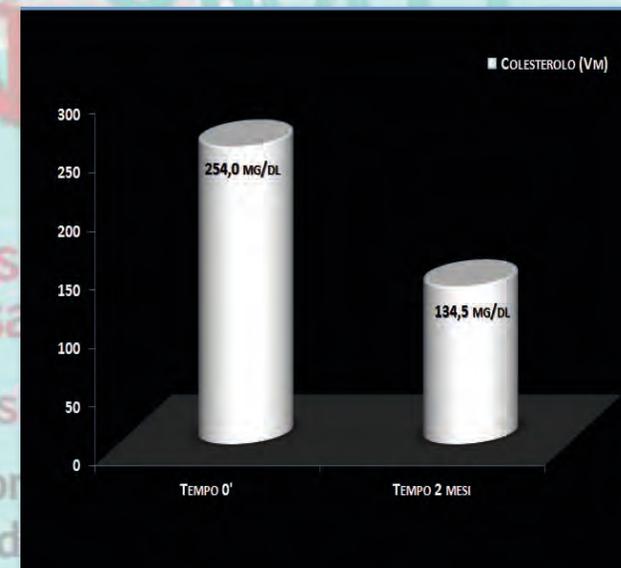
### CONCLUSIONI

Sono stati arruolati 36 pazienti; al tempo 0 presentavano un valore medio ( $V_m$ ) di colesterolo di 254; al tempo 2 mesi presentavano  $V_m$  colesterolo di 134,5 con una percentuale-media di abbattimento del colesterolo del 47%. In particolare in due casi abbiamo un abbattimento del 55% ed in un caso del 60% (232Vs 94).

Dai risultati si può osservare che tutti i pazienti in trattamento e fuori score hanno avuto una riduzione dell'ipercolesterolemia con il raggiungimento ed il mantenimento dei valori target. Questo esempio di partnership pubblico-privato ha garantito:

- 1) Immediato accesso ai farmaci innovativi;
- 2) Standard qualitativi di assistenza;
- 3) Sostenibilità.

Attraverso tale esperienza è stato implementato un percorso diagnostico-terapeutico specifico.



### Key-words

- Ipercolesterolemia Familiare
- Anticorpi Monoclonali
- PTO

Firenze 25 - 26 - 27 Ottobre 2017

Istituto degli Innocenti

lvittorios@libero.it - luigi.vittorios@ospedalicolli.it

<http://anmdo.eventicongressimeeting.it>

**43° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.**  
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

# COMUNICAZIONI

## PROGETTO SANITARIO DI COOPERAZIONE TRANSFRONTALIERA “PROSANTÉ”: CONDIVISIONE DI PERCORSI E PROCESSI

M. Alesina<sup>^</sup>, S. Passi<sup>\*</sup>, D. Minniti<sup>^^</sup>, F. Bisanti<sup>°</sup>, M. Presutti<sup>°°</sup>, F. Boraso<sup>^^^</sup>

<sup>^</sup> Medico in formazione specialistica Scuola di Igiene e Medicina Preventiva Torino

<sup>\*</sup> Medico Igienista Direzione Medica Presidio Ospedaliero

<sup>^^</sup> Direttore Medico Presidio Ospedaliero Susa

<sup>°</sup> Medico radiologo

<sup>°°</sup> Direttore Struttura qualità e gestione del rischio clinico

<sup>^^^</sup> Direttore Generale ASLTO3

**Parole chiave:** cooperazione sanitaria, transfrontaliero, management

**Introduzione.** La Direttiva 2011/24/UE sui diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera sottolinea la centralità del paziente nella possibilità di scelta di uno Stato membro diverso dallo Stato di affiliazione come luogo dove ricevere assistenza sanitaria. Tale garanzia risulta una condizione indispensabile per realizzare la mobilità dei pazienti e garantire un elevato livello di protezione del bene salute. La collocazione e distribuzione geografica dell'ASLTO3 caratterizzata da territori di confine ne rappresenta lo scenario ideale per la creazione di un progetto di sanità transfrontaliera. Con questo fine è stato avviato un programma transfrontaliero di cooperazione internazionale in ambito sanitario tra l'Ospedale di Susa (ASL TO3) ed il Centre Hospitalier des Escartons de Briançon.

**Materiali e Metodi.** L'Ospedale di Susa e l'Ospedale di Briançon presentano molte similitudini per quanto concerne il territorio e la popolazione; la distanza dalle aree metropolitane ne rappresenta un potenziale fattore di rischio per le disuguaglianze di salute e le possibilità di accesso alle cure. I due ospedali, tra cui si annovera una collaborazione già dal 2006 (anno delle Olimpiadi invernali), hanno avviato dal mese di febbraio 2017 una collaborazione formale grazie al progetto di cooperazione transfrontaliera denominato “Prosanté”. Tale progetto, finanziato dalla Comunità Europea, si focalizza sull'analisi di quattro macroaree (processi sanitari, logistici, organizzativi ed economici) che caratterizzano le due realtà sanitarie in questione al fine di individuare dei percorsi per la creazione di un'offerta sanitaria condivisa.

**Risultati.** Il progetto è nato con l'obiettivo di creare una rete sanitaria condivisa tra i due ospedali al fine di facilitare l'accesso all'assistenza sanitaria grazie ad un riconoscimento bilaterale delle prestazioni. L'accordo si sviluppa secondo i principi della Direttiva 2011/24/UE, stimolando la cooperazione tra sistemi sanitari e gestendo al meglio le risorse. L'intento del progetto è quello di creare meccanismi finanziari condivisi, protocolli comuni di pianificazione e sinergie, sviluppare scambi di operatori e professionisti, avviare percorsi di formazione ed aggiornamento, definire standard professionali comuni e metodi omogenei di valutazione delle cure sulla base dei bisogni di salute della popolazione che abita il contesto montano nel rispetto dei principi di equità e reciprocità.

## ASCO - AREA DI SIMULAZIONE CLINICO ORGANIZZATIVA. RIDURRE IL RISCHIO, IMPARARE DALL'ERRORE

Federica Amorevoli

Direzione Dipartimento Presidio Ospedaliero Unico, Azienda USL di Piacenza

**Parole chiave:** simulazione, patient safety

**Introduzione.** Il Ministero della Salute e le Organizzazioni Sanitarie Internazionali ritengono che la simulazione sia il sistema più performante in grado di favorire il training per lo sviluppo di capacità tecniche e non tecniche degli esercenti le professioni sanitarie. In quest'ottica la Azienda USL di Piacenza ha deciso di investire in un'area di simulazione clinico organizzativa con una forte peculiarità: l'iper realtà. Infatti, quest'area si trova all'interno di un'ala del blocco operatorio attivo in cui si vive un contesto di assoluta realtà. Uno spazio riqualificato e altamente specializzato, inaugurato alla fine del 2015, dedicato alla formazione in addestramento del personale sanitario, all'interno del quale si utilizza la simulazione come tecnica di formazione. Nell'area di simulazione vengono effettuate attività formative in cui sono ricreati scenari clinici realistici utilizzando sofisticati manichini gestiti da computer, in grado di riprodurre i segni fisiologici e patologici e di rispondere ai trattamenti. I Discenti si trovano immersi in un contesto nel quale devono valutare rapidamente i dati di un certo paziente, prendere delle decisioni operative e operare in rapporto a seconda degli scenari preparati ad hoc: con la differenza che il tutto avviene su un manichino molto sofisticato e in un ambiente protetto con zero rischi. Nella nostra realtà, la simulazione si dimostra un'efficace leva formativa nell'indurre gli esercenti le professioni sanitarie ad adottare modelli comportamentali ispirati alla sicurezza e consente di sviluppare, valutare e migliorare anche aspetti non prettamente medico-tecnici le cosiddette non Technical Skill nella gestione dei pazienti, come la comunicazione, la leadership, il lavoro in team, la capacità decisionale e l'organizzazione, che risultano essere fattori contribuenti e a volte determinanti nella costruzione di buone pratiche per la sicurezza del paziente.

**Materiali e Metodi.** Vista la peculiarità dell'area di simulazione clinico organizzativa, inserita nel contesto del reale blocco operatorio, sono somministrati post addestramento dei questionari ad hoc e fatte delle interviste singole e di gruppo per valutare il grado di soddisfazione dei professionisti che prendono parte ai corsi di formazione. Nei questionari viene rilevata l'opinione dei professionisti circa la percezione sul grado di riproduzione in area di simulazione della realtà tipica del blocco operatorio. Nella fase di debriefing che segue ogni scenario si effettuano le interviste, i professionisti hanno la possibilità di rivedersi in azione di valutare le proprie attività e di confrontarsi con il gruppo e con i docenti; con un focus particolare sullo sviluppo della cultura del rischio. Una “realtà ideale” proprio perché offre la possibilità di mettere in atto procedure anche ad alto rischio che possono essere ripetute più volte sino al raggiungimento del livello di apprendimento desiderato proprio imparando dall'errore e trova applicazione sia nella formazione continua per professionisti medici ed infermieri già in attività, sia nella formazione di base per specializzandi senza arrecare nessun danno al paziente. La gestione del rischio in una logica di sistema, non può prescindere dal considerare accanto alle competenze tecniche del personale sanitario, anche il comportamento umano, come elemento determinante nella gestione del rischio e nella prevenzione dell'errore. Il comportamento, inteso come non technical skill, è analizzato in sala di simulazione attraverso le riprese audio-video, questo permette la modifica e il miglioramento delle conoscenze rispetto al rischio e all'errore, valutando tutte le condizioni, intese come insieme degli elementi umani, tecnologici, relazionali e di sistema che possono favorire il verificarsi dell'errore, individuandone le cause profonde e cercando di rimuoverle.

**Risultati.** I risultati positivi dei questionari, la forte partecipazione, il marcato interesse e la crescita della richiesta del numero dei corsi da svolgere, sono un chiaro ed incoraggiante segnale che i professionisti vedono nella simulazione non solo l'azione individuale ma l'interazione, la valorizzazione dei ruoli e delle responsabilità di tutte le figure nella prevenzione del rischio e dell'errore. Occorre guardare a medio lungo termine per gli outcome e le ricadute sull'organizzazione, è possibile però già affermare che i corsi che hanno visto il maggior numero di edizioni e per i quali siamo arrivati al quasi completamento del personale formato, si è palesato un aumento del numero dei professionisti in grado di svolgere efficacemente alcune manovre strutturando team che conoscono la teoria ma soprattutto la pratica appresa durante l'addestramento.

## MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DEI POSTI LETTO IN AREA MEDICA PER I RICOVERI DA PRONTO SOCCORSO

L. Antolini<sup>1</sup>, C. Bovo<sup>2</sup>, I. Aprili<sup>3</sup>, E. Cametti<sup>3</sup>, A. Carli<sup>3</sup>, G. Ghirlanda<sup>4</sup>, S. Tardivo<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Medico Borsista in Staff alla Direzione Sanitaria AOUI di Verona

<sup>2</sup> Direttore Sanitario AOUI di Verona

<sup>3</sup> Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

<sup>4</sup> Direttore Direzione Medico Ospedaliera AOUI di Verona

<sup>5</sup> Dirigente Medico di Direzione Medica Ospedaliera AOUI di Verona

**Parole chiave:** bed management, sovraffollamento, ricoveri urgenti

**Introduzione.** Il sovraffollamento dei Pronto Soccorso (PS) dovuto principalmente agli accessi impropri, all'aumento dell'aspettativa di vita, alla carenza dei posti letto rappresenta una delle più importanti problematiche ospedaliere su tutto il territorio Nazionale e Internazionale. Solitamente un PS sovraffollato è un indicatore di un presidio ospedaliero sovraffollato, e un tasso di occupazione superiore al 90% rappresenta un rischio per operatori e per i pazienti. In letteratura sono state individuate e proposte alcune soluzioni al fenomeno del sovraffollamento in PS, tra queste vi è il bed management: la gestione del posto letto è un argomento che si è sviluppato recentemente nella realtà anglosassone e negli ultimi anni anche in Italia. Da esperienze Italiane è emerso che non è sufficiente istituire la figura o il team di bed manager, queste figure saranno destinate a fallire se non sono supportate da un modello organizzativo definito e condiviso all'interno dell'azienda sanitaria. L'obiettivo è quindi quello di studiare e ipotizzare una proposta organizzativa concreta per la gestione quotidiana dei ricoveri dal PS verso le Unità Operative (U.O.) di area medica, per la quale ci sono le maggiori tempistiche e difficoltà di ricovero.

**Materiali e Metodi.** Il modello organizzativo elaborato è stato realizzato analizzando le Schede di Dimissione Ospedaliera da Gennaio 2012 a Dicembre 2016. Sono state classificate le U.O. dell'AOUI di Verona, presidio Br. Trento, di area medica, e per ognuna sono stati calcolati il numero di ricoveri ordinari urgenti per ogni anno (2012-2016) e per ogni mese del singolo anno come media giornaliera.

**Risultati.** Il modello prevede che quotidianamente ogni U.O. dedichi un numero di posti letto ai ricoveri in urgenza. Il numero è stato definito studiando l'andamento storico dei ricoveri in urgenza nei 5 anni corretto per il numero di posti letto in dotazione (Tab.1), tenendo come riferimento il 10% dei posti letto totali utilizzato in altre realtà ospedaliere. Il numero stabilito è stato poi rapportato alla degenza media dell'U.O. per calcolare in quanti giorni si assisterebbe alla saturazione dell'U.O. in assenza di turnover. La quota garantita scalerà durante la giornata, bilanciandosi e azzerandosi mensilmente. Il percorso prevede l'invio diretto da PS alla UO, quindi la presa in carico del paziente dal medico di guardia, che provvederà in caso di mancanza di posto letto a effettuare un trasferimento temporaneo di un paziente stabile.

## ASST SANTI PAOLO E CARLO DI MILANO: ANALISI DEGLI SCENARI FUTURI

F. Bardini<sup>1</sup>, D. Lucano<sup>1</sup>, F. Cariatì<sup>2</sup>, M. Moreno<sup>3</sup>, M. Salmoiraghi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Medico specializzando in igiene e medicina preventiva, Università degli studi di Milano

<sup>2</sup> Istituto de Empresa, Madrid

<sup>3</sup> Direttore Sanitario, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano

<sup>4</sup> Direttore Generale, ASST Santi Paolo Carlo, Milano

**Parole chiave:** riforma sanitaria, regione lombardia, business plan

**Introduzione.** L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Santi Paolo e Carlo di Milano, costituitasi il 1 gennaio 2016 dalla fusione dell'AO San Paolo e dell'AO San Carlo Borromeo per effetto della LR n.23/2015 che ha riformato il Servizio Sociosanitario Lombardo, rappresenta un importante punto di riferimento per il quadrante sud-ovest dell'area metropolitana milanese, intercettando un bacino d'utenza di circa 750.000 abitanti. La Direzione Strategica, pur avendo già ottenuto un adeguato finanziamento per la ristrutturazione dei due presidi, decide di affidare ad un team composto da consulenti esterni (IE Business School) e personale interno all'azienda, la conduzione di un'analisi economico-gestionale che potesse valutare se la costruzione di un nuovo ed unico presidio fosse più vantaggiosa rispetto alla sola ristrutturazione degli edifici esistenti. Le motivazioni di questa scelta sono da ricercare nei notevoli disagi per l'utenza che la ristrutturazione avrebbe comportato e che tale intervento non avrebbe risolto i limiti strutturali di edifici di vecchia progettazione.



20 min



50 min



SAN CARLO BORROMEO	
Anno di costruzione	1966
N. di dipendenti	2.035
PL accreditati	723
PL effettivi	492
RO	16.589
Accessi DH/DS	4.121
Prestazioni ambulatoriali	961.614
Accessi P.S.	76.719
Perdita di esercizio	-38.1M€

SAN PAOLO	
Anno di costruzione	1979
N. di dipendenti	2.387
PL accreditati	516
PL effettivi	457
RO	17.944
Accessi DH/DS	12.656
Prestazioni ambulatoriali	1.998.731
Accessi P.S.	77.800
Perdita di esercizio	-2.4M€

Figura 1. Dati e Volumi di attività al 31 Dicembre 2015 ex AO San Paolo e AO San Carlo Borromeo

**Materiali e Metodi.** L'analisi ha previsto l'individuazione di tre scenari con proiezione a cinque anni (2016-2021):

- 1) prosecuzione inerziale della situazione attuale;
- 2) ristrutturazione in serie dei due presidi;
- 3) costruzione di un unico presidio per acuti.

Lo scenario 1 è il risultato, ponderato sul tasso di crescita della popolazione afferente ai due presidi, dell'applicazione del tasso CAGR calcolato sui bilanci degli ultimi cinque anni. Per l'ideazione dello

scenario 2 i parametri utilizzati sono stati il numero di PL, il fatturato per singolo PL e i risparmi ottenibili dalla centralizzazione delle funzioni amministrative. Lo scenario 3 considera inoltre i risparmi ottenibili dall'efficientamento energetico, dalla riduzione negli acquisti di beni e servizi e dalla centralizzazione dei servizi diagnostici.

Per tutti gli scenari sono stati individuati tre possibili casi: uno peggiore, uno ottimale ed uno probabile, quest'ultimo, secondo i modelli statistici utilizzati, appare essere quello più attendibile.

**Risultati.** Il confronto tra i casi probabili dei tre scenari permette di confermare l'ipotesi iniziale: l'unico scenario realmente vantaggioso, da un punto di vista economico-gestionale, risulta essere quello che prevede la realizzazione di un nuovo ed unico presidio ospedaliero. Le stime risultanti dall'analisi suggeriscono infatti che lo stesso possa autofinanziarsi nel tempo.

**Conclusioni.** Comparazione dei risultati finanziari nei diversi scenari (esercizio chiuso nel 2012).

UTILE / PERDITA – Caso peggiore-probabile-ottimale (2021; Mil €)



Figura 2. Comparazione dei risultati finanziari nei diversi scenari

## IL PERCORSO ORTOGERIATRICO IN UNA OTTICA DI ANALISI DI PROCESSI: L'ESPERIENZA DELLA AZIENDA SOCIO-SANITARIA-TERRITORIALE DI MANTOVA

**C. Basili**, Direttore F.F. Presidio Ospedaliero di Mantova, Direzione Sanitaria ASST di Mantova

**B. Benazzi**, Responsabile Infermieristica Sale Operatorie, Direzione SITRA ASST di Mantova

**L. Lombardi**, Responsabile Ufficio DRG, Struttura Controllo di Gestione ASST di Mantova

**M. Bolognini**, Bed Manager, Struttura Semplice Governo dei Processi Clinici Aziendali, Dir. San. ASST di Mantova

**A. Melegari**, Responsabile Servizio Continuità Assistenziale, Struttura Semplice Governo dei Processi Clinici Aziendali, Direzione Sanitaria ASST di Mantova

**S. Vallari**, Infermiere professionale Servizio Continuità Assistenziale, Struttura Semplice Governo dei Processi Clinici Aziendali, Direzione Sanitaria ASST di Mantova

**A. Ventura**, Responsabile struttura Controllo di Gestione

**M. Galavotti**, Direttore Sanitario ASST di Mantova

**Parole chiave:** frattura di femore, percorso ortogeriatrico, PNE

**Introduzione.** La tempestività nel trattamento della frattura del collo del femore, tramite intervento chirurgico, risulta cruciale nel paziente anziano poiché riduce il rischio di mortalità e di disabilità.

La difformità di prestazione tra i diversi Ospedali rispetto alla tempestività del trattamento ortopedico ha da tempo attirato l'attenzione del programmatore nazionale, che la ha inserita all'interno degli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE). In particolare il PNE analizza la capacità delle strutture sanitarie di intervenire chirurgicamente entro 2 giorni per i pazienti di età superiore ai 65 anni.

D'altro canto però, la fase ospedaliera del trattamento della frattura di femore non può certamente essere ridotta alla modalità, qualità e appropriatezza all'atto chirurgico, che pure rimangono decisive rispetto all'esito clinico: è richiesta anche una stretta integrazione tra l'ortopedico e altri professionisti, con l'obiettivo di abbreviare i tempi di degenza pre e post-operatoria. La Direzione Sanitaria della ASST di Mantova ha sviluppato un progetto per analizzare tutti i processi produttivi associati al percorso del paziente affetto da frattura di femore; tale progetto era finalizzato all'analisi del percorso del paziente che ha accesso in regime di Pronto Soccorso e che viene ricoverato con diagnosi di frattura di femore. La realizzazione di questo percorso è scaturita dalla necessità di allineare gli indicatori aziendali di efficienza e di risultato relativi alla gestione del paziente con frattura di femore agli indicatori di Regione Lombardia la quale prevede che la percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra il ricovero e l'intervento minore di 48 ore sia superiore al 70%.

**Materiali e Metodi.** È stata effettuata un'analisi del percorso del paziente dall'accettazione in Pronto Soccorso fino al momento della dimissione. Tale analisi ha messo in evidenza le criticità esistenti nelle varie fasi del processo quali: mancanza di criteri di elezione dei pazienti, mancanza di disponibilità di posti letto e slot chirurgici dedicati, dimissione non tempestiva del paziente. Lo studio delle criticità organizzative ha portato all'attivazione di un progetto di miglioramento organizzativo che si prefiggeva i seguenti obiettivi:

- Rapido transito del paziente dal Pronto Soccorso
- Tempestivo inquadramento multiprofessionale
- Definizione della indicazione chirurgica
- Intervento chirurgico entro 48 ore
- Riabilitazione multidisciplinare precoce
- Precoce pianificazione del tipo di dimissione

Il progetto ha previsto le seguenti azioni:

- Analisi dei volumi di attività
- Condivisione dei criteri di eleggibilità dei pazienti nel percorso
- Definizione del timing, delle azioni e responsabilità che caratterizzano il percorso
- Utilizzo della scheda di eleggibilità in pronto soccorso
- Individuazione di posti letto dedicati nel reparto di medicina d'urgenza
- Individuazione di spazi operatori dedicati

- Sistematizzazione del percorso di dimissione verso le strutture riabilitative intra ed extra aziendali

**Risultati.** A seguito del coinvolgimento dei professionisti dei vari ambiti e delle azioni intraprese si è assistito ad un miglioramento degli indicatori di efficienza e di risultato. La degenza media pre-operatoria dei pazienti operati nell'anno 2017 è diminuita del 56% rispetto all'anno 2016 e gli interventi effettuati entro le 48 ore sono aumentati del 36%.

Si è assistito inoltre ad un miglioramento della degenza post-operatoria in tutti i pazienti degenti presso l'ortopedia, non solo dei pazienti inseriti nel percorso ortogeriatrico con miglioramento generale della performance della Struttura con allineamento della degenza media dell'ortopedia ai riferimenti regionali. La degenza media del paziente ortogeriatrico ha subito riduzione di 3.38 giorni dall'anno 2015 al 2017 e, più in generale, la degenza media dei ricoveri presso la SC di Ortopedia risulta ridotta rispetto all'anno 2015 di 0.8 giorni.

La gestione del paziente con frattura di femore in Pronto Soccorso, attraverso l'inserimento della scheda di eleggibilità al percorso ortogeriatrico a cura del Medico di PS e l'individuazione di un responsabile di percorso, hanno aumentato la compliance del personale all'aderenza al percorso.

## L'IGIENE DELLE MANI IN OSPEDALE: IL DIVARIO TRA COMPLIANCE PERCEPITA E COMPLIANCE REALE

**F. Berloco<sup>1</sup>, D. La Milia<sup>2</sup>, M.I. Corbo<sup>3</sup>, G. Vangi<sup>3</sup>, C. Baratta<sup>3</sup>, M. Pozzi<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Responsabile UOS Radioprotezione e igiene ospedaliera, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

<sup>2</sup> UOC Igiene ospedaliera, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

<sup>3</sup> UOS Radioprotezione igiene ospedaliera, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

**Parole chiave:** igiene mani

**Introduzione.** L'igiene delle mani è la singola misura più efficace per ridurre le infezioni correlate all'assistenza, ma l'adesione risulta insoddisfacente nelle strutture sanitarie. È stato dimostrato che il coinvolgimento attivo dei sanitari contribuisce a favorirne l'implementazione. La partecipazione degli operatori può essere sollecitata attraverso la condivisione delle percezioni e del grado di interesse.

**Materiali e Metodi.** È stato somministrato un questionario anonimo agli operatori medici, infermieri ed ausiliari di 6 unità operative (UO) a medio/alto impatto assistenziale di un policlinico universitario. Il questionario indagava la sensibilità sul tema dell'igiene mani nella pratica assistenziale e l'adesione percepita ai 5 momenti indicati dal WHO.

**Risultati.** Hanno aderito all'indagine un totale di 121 operatori sanitari, circa 20 per UO, appartenenti a reparti specialistici ed intensivi. Il 78,5% dei partecipanti erano infermieri.

Tra il 79% e il 96% degli intervistati dichiara un interesse personale al tema e la quasi totalità (100% in 5 UUOO; 94% in una UO) vi attribuisce una rilevanza professionale considerevole. Analogamente, tra l'88% ed il 100% la ritiene molto importante per la sicurezza del paziente.

Gli operatori percepiscono che i pazienti attribuiscono un'importanza significativa all'igiene mani (70-85%), e nel contempo percepiscono rilevante per se stessi il grado di impegno per effettuare una buona azione di igienizzazione (69% all'89%).

La percentuale di coloro che hanno fruito di una formazione specifica varia dal 41% all'86%.

Mediamente viene sovrastimata la *compliance* all'igiene mani nella propria UO, con un'adesione percepita del 70-82%, a fronte di adesioni rilevate negli stessi reparti comprese tra 24-84%.

Tabella 1. Risultati del questionario. I valori in parentesi nell'ultima domanda indicano i valori di adesione rilevati dagli osservatori

Questionario conoscitivo	UUOO					
	1	2	3	4	5	6
Sono particolarmente interessato al tema dell'igiene mani	94%	96%	94%	88%	79%	95%
Ritengo che l'igiene mani abbia una rilevanza professionale importante	100%	100%	94%	100%	100%	100%
Ritengo l'igiene mani molto importante per la sicurezza del paziente nel mio reparto	100%	96%	88%	100%	96%	100%
Percezione dell'importanza attribuita dai pazienti all'igiene mani (media nell'équipe)	74%	74%	70%	81%	78%	85%
Impegno percepito per l'igiene mani nelle attività assistenziali (media nell'équipe)	69%	81%	73%	89%	75%	85%
Partecipazione ad interventi formativi sul tema igiene mani	86%	54%	41%	65%	63%	82%
Percezione dell'adesione all'igiene mani (media nell'équipe)	81% (61%)	82% (51%)	70% (40%)	71% (59%)	76% (24%)	79% (84%)

**Conclusioni.** Lo studio ha rivelato una buona sensibilità al tema dell'igiene mani, a fronte di compliances osservate insoddisfacenti, una formazione specifica non capillare e la necessità di approfondire alcune convinzioni degli operatori. La discrepanza tra l'adesione all'igiene mani percepita e quella reale rilevata

conferma da un lato l'esigenza di acquisire maggiori informazioni, estendendo l'indagine ad ulteriori unità operative, e dall'altro quella di includere nei programmi formativi, accanto agli strumenti conoscitivi tradizionali, lo sviluppo dell'auto-consapevolezza nei professionisti di salute, in linea con le moderne tecniche pedagogiche di professional coaching.

## INDICATORI DI VALUTAZIONE NEL PROCESSO DI BUDGETING: ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

**I. Bernardini<sup>1-2</sup>, F. Ruffini<sup>2</sup>, D. Pacchiarini<sup>3</sup>, E. Duca<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> *Direzione Medica Ospedaliera-Azienda Ospedaliera di Perugia*

<sup>2</sup> *Ufficio Controllo di Gestione-Azienda Ospedaliera di Perugia*

<sup>3</sup> *Direttore Sanitario- Azienda Ospedaliera di Perugia*

<sup>4</sup> *Direttore Generale- Azienda Ospedaliere di Perugia*

**Parole chiave:** budget, valutazione

**Introduzione.** L'Azienda Ospedaliera di Perugia ha inserito tra gli obiettivi strategici per i prossimi anni il raggiungimento di un "linguaggio univoco della qualità" consentendo a tutti i professionisti che lavorano in Azienda di essere sempre più partecipi di un continuo processo di miglioramento. Alcune delle principali "dimensioni" della qualità sono indagate utilizzando indicatori validati ed applicabili all'uso interno dell'Azienda. Obiettivo del presente lavoro è analizzare i principali sistemi di valutazione sanitari attualmente presenti ed utilizzati in Italia con un particolare riferimento all'uso degli indicatori, alla loro natura, definizione e criticità nell'applicazione nell'attività quotidiana di una grande Azienda Ospedaliera. Avvalendosi dei dati riferiti alle aree indagate della qualità, presentare un esercizio metodologico che consenta il benchmark tra le strutture appartenenti alla medesima area medica o chirurgica per concludere con la presentazione di un indice sintetico ospedaliero.

**Materiali e Metodi.** È stata condotta una lettura critica della principale letteratura nazionale ed internazionale con particolare riferimento ai sistemi di valutazione in uso nel nostro Paese: Sistema di Valutazione delle Performance del Laboratorio di Management e Sanità (MeS), il Piano Nazionale Esiti (PNE) di Agenas ed esperienze regionali come quelle della Regione Lombardia ed Umbria. Le dimensioni della qualità che si è deciso di indagare sono Appropriatezza, Efficacia, Efficienza e Accessibilità. Ciascuna area è stata valutata attraverso diversi indicatori scelti tra quelli più solidi e validati. Viene attribuito un "punteggio di virtuosità" a ciascun valore degli indicatori considerati in modo da ottenere delle quantità omogenee da poter sintetizzare. Per tali valutazioni sono state utilizzate le SDO relative ai ricoveri occorsi nell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

**Risultati.** Il risultato principale è stato quello di ottenere tre indici sintetici: ISVAM (Indicatore Sintetico di Valutazione di Area Medica), ISVAC (Indicatore Sintetico di Valutazione di Area Chirurgica) e ISVO (Indicatore Sintetico Ospedaliero). Già da tempo nel processo di budgeting sono inseriti gli indicatori proposti dai principali sistemi di valutazione che insieme agli indici sintetici sviluppati rappresentano un valido strumento di audit nell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Partire da una rappresentazione semplice e di impatto, come quella del tachimetro della qualità, ha favorito il confronto e la necessità di formazione sui processi di valutazione delle performance. L'obiettivo è quello di promuovere una competizione virtuosa dapprima "interna" alla struttura, con ampi spazi di confronto usando le valutazioni di esito in processi strutturati di auditing clinico ed organizzativo che devono far parte della normale attività dei servizi e dei professionisti tanto concettualmente che operativamente finalizzata ad un processo di miglioramento della qualità. Sulla scorta di queste premesse la valorizzazione dovrebbe coinvolgere sempre più cittadini, amministratori e professionisti, seppur con ruoli e pesi differenziati

## PROGETTO FORUMPERCHIR: STRUMENTO DI ANALISI E CONFRONTO SUL PERCORSO CHIRURGICO

D. Berti<sup>1</sup>, E. Marcon<sup>2</sup>, S. Pierotti<sup>3</sup>, F. Girardi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Verona

<sup>2</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Padova

<sup>3</sup> Direttore Medico Ospedale di Rovigo, Azienda ULSS n. 5 Polesana, Regione Veneto

<sup>4</sup> Direttore Medico Ospedale di Bolzano, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

**Parole chiave:** percorso chirurgico, benchmarking

**Introduzione.** Il Progetto ForumPerChir nasce da un'iniziativa promossa da operatori sanitari di varie discipline (Direzione Medica, Anestesia e Rianimazione, Area Chirurgica) al fine di creare uno strumento utile all'analisi e alla condivisione delle diverse esperienze in ambito chirurgico. L'oggetto di studio è il "Percorso chirurgico" in tutti i suoi aspetti, con particolare riferimento alla struttura, organizzazione ed efficienza del Blocco Operatorio. L'obiettivo è quello di spezzare l'isolamento valutativo e gestionale in cui sono tutt'ora relegati i reparti operatori, identificando un metodo scientifico, standardizzato e quindi confrontabile, in grado di valutarne l'attività. Possono partecipare tutte le strutture ospedaliere, pubbliche e private, con attività chirurgica. L'adesione avviene su base volontaria. Si tratta di uno strumento innovativo sullo scenario nazionale. Anche a livello internazionale, è limitato il numero di analisi simili.

**Materiali e Metodi.** I principi della metodologia ForumPerChir sono rappresentati da: lavoro di gruppo, collaborazione interdisciplinare, standardizzazione dei criteri di raccolta dei dati e del linguaggio, informatizzazione del flusso informativo. Capofila dell'intera iniziativa è stata la Direzione Medica dell'Ospedale di Bolzano, che attraverso un attento lavoro di analisi e rielaborazione dei dati forniti dalle strutture partecipanti, ha provveduto a realizzare un *benchmarking* dei diversi aspetti del percorso chirurgico tra le strutture partecipanti. La rilevazione è stata condotta con riferimento all'anno 2015 e i dati sono stati elaborati tra la fine del 2016 e l'inizio del 2017. Il modello di rilevazione, inviato ai singoli ospedali, era costituito da 2 file Excel, uno dedicato alla performance dell'ospedale nel suo insieme e uno dedicato alla performance delle singole sale operatorie durante un periodo campione di 4 settimane. I risultati emersi sono stati condivisi con tutti i partecipanti a marzo 2017.

**Risultati.** Alla rilevazione 2016 hanno aderito 26 strutture ospedaliere, prevalentemente localizzate al Nord e Centro Italia. L'analisi è stata condotta su tre livelli: ospedale, sala operatoria e intervento chirurgico. Le strutture sono state divise in gruppi omogenei sulla base della tipologia (Presidio Ospedaliero, Azienda, IRCCS), della dotazione di posti letto e della presenza o meno di attività universitaria. L'analisi "Ospedale" ha preso in esame indicatori di struttura, di performance, di produzione, indicatori gestionali e dati sull'utilizzo delle risorse umane. Il *Benchmarking* "Sala Operatoria" è stato condotto sui 20/26 ospedali che hanno fornito dati completi sulle 4 settimane oggetto di studio. Il confronto è stato condotto sia all'interno dello stesso ospedale tra le diverse sale assegnate alla medesima disciplina chirurgica, sia tra gli ospedali partecipanti confrontando i valori medi di sala per specialità chirurgica. Complessivamente il campione analizzato si componeva di 22.027 interventi. Pertanto, per gli interventi più frequenti, è stato possibile analizzare i diversi tempi chirurgici andando a comporre anche il *Benchmarking* "Intervento". Le analisi condotte hanno dato numerosi spunti su cosa sia necessario approfondire e dove possa essere più utile intervenire. Si tiene a precisare che questa metodologia non vuole dare alcun giudizio di merito, bensì mira ad essere uno strumento utile alla misurazione e alla condivisione interdisciplinare tra professionisti sanitari.

## STUDIO DELLA CONCORDANZA RAO E DEL PROFILO DI RISCHIO EX ANTE PER LA RADIODIAGNOSTICA SECONDO LE CLASSI DI PRIORITÀ

L. Bertinato<sup>°°°</sup>, S. Minichiello\*, P. Costa\*\*, S. Cantarelli\*\*\*, D. Signorelli°, F. Fornasa<sup>°°</sup>,

\* Scuola di Igiene UnivR; \*\* Direttore Distretto; \*\*\*UOC Specialistica; ° Direttore Sanitario;

°° Direttore UOC Radiologia; °°°Direzioe Sanitaria Aulss 9 Scaligera, Verona.

**Parole chiave:** RAO, profilo rischio, appropriatezza

**Introduzione.** L'Ulss 9 Scaligera ha condotto, a partire dal 1 luglio 2015 fino al 30 giugno 2017, uno studio su 503 prescrittori (MMG, PLS, Specialisti), con uno strumento informatico ("Clinika VAP"), sui protocolli RAO di Regione Veneto e di Agenas. Sono state indagate: Ecografia Addome Superiore, Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) Ossa/Articolazioni/Parti Molli, RMN Colonna Vertebrale. La letteratura riporta che circa il 40% delle indagini richieste in Italia non trovano indicazione, con conseguente esposizione a radiazioni dannose (Wichmann, Eur Radiol 2017 27 642, Othman, Acta Radiol 2017) e a costi ingiustificati per SSN. Scopo dello studio è stato indagare la concordanza dei RAO di appropriatezza prescrittiva, valutando il risparmio economico e l'esposizione al rischio radiante dei pazienti.

Metodi: I dati sono stati elaborati secondo: presenza o meno del quesito diagnostico (QD) e classe priorità; su QD consistente, analisi del livello di appropriatezza; appropriatezza sul totale del prescritto.

Su un campione di richieste, la UOC di Radiologia attraverso la figura del "Radiologo di accettazione" (suggerito dalla SIRM), ha condotto una valutazione ex ante del quesito clinico e dell'appropriatezza dell'esame in fase di prenotazione; in caso di inappropriata prescrittiva, dopo discussione con il prescrittore, è stata apportata la modifica della richiesta prima della prenotazione ed erogazione dell'esame, con disponibilità telefonica del Radiologo e del Personale di Segreteria quantificabili in circa 5 ore/settimana per entrambe le figure professionali.

**Risultati.** Nel biennio (2015-2017) su 39.926 prestazioni, lo 0,95% non indicava la classe di priorità, nel 12,14% il QD era assente. L'appropriatezza su QD consistente era del 45,90%, di cui 45,02% per RMN Ossa/Articolazioni/Parti Molli, 58,20% per Ecografia Addome Superiore, 49,45% per RMN Colonna Vertebrale. Sono state intercettate 476 richieste di radiodiagnostica, di cui 165 TC e 103 RM confermate (56,30%), mentre il restante 43,70% è stato modificato, disdetto o convertito in altro esame. Delle 208 indagini modificate o disdette è stato calcolato il rischio radiologico evitabile e i costi delle prestazioni risparmiati.

Le prestazioni disdette sono state 152 (69 TC e 83 RM), con un risparmio sia economico che etico che di turnistica (TC: 20 min/esame e RM: 30 min/esame), con 23 ore del Tecnico e 23 ore del Medico recuperate, pari a 4 turni; considerati i costi medi di esami TC senza mdc (da € 85.50 a 124.50), TC con mdc (da €223.40 a 502.50), RM senza mdc (da €217.75 a 240.10) ed RM con mdc (da € 253 a 356.75) possiamo stimare un risparmio di circa € 27.195.

Per l'esposizione radiante, la riduzione è stata di circa 550 mSv – milliSievert pari a 2750 Rx torace (Rx standard del Torace dose radiante 0.2 mSv). Inoltre va considerato il risparmio di somministrazione di mezzo di contrasto, nefrolesivo (danno renale da iodio per TAC e RM) cui si aggiunge il rischio di insorgenza di FSN (Fibrosi Sistemica Nefrogenica) da accumulo tissutale dei chelati di gadolinio. La concordanza complessiva con i RAO, è stata quindi del 45,90%, mentre la valutazione ex ante del profilo di rischio per la radiodiagnostica ha permesso di risparmiare € 27.195, 4 turni/personale e in termini di esposizione radiante 550 mSv. Lo studio ha permesso di pianificare ulteriori iniziative formative multiprofessionali, anche personalizzate per singolo prescrittore, al fine di diminuire l'inutile esposizione al rischio radiologico e sviluppare nuovi profili di competenze del personale sanitario.

## STANDARD NAZIONALI PER IL BED MANAGEMENT: RISULTATI DELLA CONSENSUS CONFERENCE INTERSOCIETARIA

R. Appignanesi<sup>1</sup>, P. Bertoli<sup>2</sup>, F. Dinelli<sup>3</sup>, R. Luzi<sup>4</sup>, F. Ciralo<sup>5</sup>, R. Novati<sup>6</sup>

Direzioni Mediche di Presidio ospedaliero:

<sup>1</sup> San benedetto del Tronto; <sup>2</sup> Merano; <sup>3</sup> Lucca; <sup>4</sup> INRCA Ancona; <sup>5</sup> Firenze (Santa Maria Annunziata); <sup>6</sup> Aosta

Martini C. per ANMDO, David S. per SITI, Groff P. per Simeu, Beccaceci G. per Card,

Cherubini A. per Sigg, M. Mancini per Cittadinanza Attiva.

**Introduzione.** Il gruppo di studio interospedaliero sul bed management (BM) si è costituito nel 2015 con i seguenti obiettivi:

- di favorire l'aggregazione e la nascita di una rete di Ospedali che hanno una funzione di BM in corso
- di condividere le esperienze, le sperimentazioni gestionali, i metodi di analisi e i risultati. Obiettivo finale del gruppo è la proposta di standard funzionali e organizzativi per il BM da proporre ai professionisti interessati e alle società scientifiche di riferimento.

**Materiali e Metodi.** Il gruppo di lavoro (dieci Ospedali di sei regioni) ha effettuato l'analisi dei modelli di BM esistenti attraverso un questionario dedicato e programma di visite reciproche di audit. La presentazione dei risultati è avvenuta a Lucca a marzo del 2016, contestualmente a una prima bozza di standard per il BM. La proposta definitiva degli standard è stata presentata ad Ancona a marzo 2017 in occasione di un Convegno nazionale dedicato. In quell'occasione si è deciso per una Consensus Conference con le principali Società scientifiche di riferimento (Ancona 2 ottobre), nel corso della quale sono stati discussi e approvati tutti i contenuti del documento proposto.

**Risultati.** La proposta di definizione di alcuni requisiti per la valutazione del sistema di gestione dei posti letto si articola a seconda dei diversi interlocutori:

Livello regionale (nove standard): gli elementi evidenziati possono costituire spunti per la definizione di requisiti di accreditamento delle strutture ospedaliere o indicazioni da inserire nelle linee guida per la redazione degli atti aziendali.

Livello Aziendale (ventuno standard): gli item proposti possono essere utili nella valutazione del proprio atto aziendale, degli standard di servizio inseriti nella Carta dei Servizi e delle soluzioni gestionali adottate per l'ottimizzazione della gestione dei posti letto. Il livello aziendale contiene standard nella carta dei servizi, altri inerenti al presa in carico della cronicità, e una serie di misure organizzative. Livello di presidio (45 standard): autovalutazione delle soluzioni organizzative e gestionali poste in essere per l'ottimale gestione della risorsa. Il livello ospedaliero è suddiviso in organizzazione e gestione dei posti letto, responsabilità e funzioni del bed manager, gestioni della dimissione e sistema informativo.

**Conclusioni.** Il lavoro presentato costituisce a nostra conoscenza la prima proposta di Standard per il BM a livello nazionale ed Internazionale. La diffusione degli standard e dei relativi contenuti saranno strettamente dipendenti dalle capacità di implementazione coordinata tra le società scientifiche interessate. È altresì auspicabile il rafforzamento della rete interospedaliera avviata e la verifica di efficacia dei modelli introdotti, eventualmente in collaborazione con Istituti di ricerca e il mondo accademico.

## GLOBAL TRIGGER TOOL NELLA GESTIONE DEL RISCHIO: STUDIO PILOTA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

D. Bogni<sup>1</sup>, D. Bucchi<sup>2</sup>, M. De Lucia<sup>3</sup>, G. Casciarri<sup>4</sup>, F. Fiorucci<sup>4</sup>, D. Pacchiarini<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Responsabile Qualità e Accreditamento DMO, Azienda Ospedaliera di Perugia

<sup>2</sup> Medico in formazione presso DMO, Azienda Ospedaliera di Perugia

<sup>3</sup> Medico specialista in Igiene e medicina Preventiva

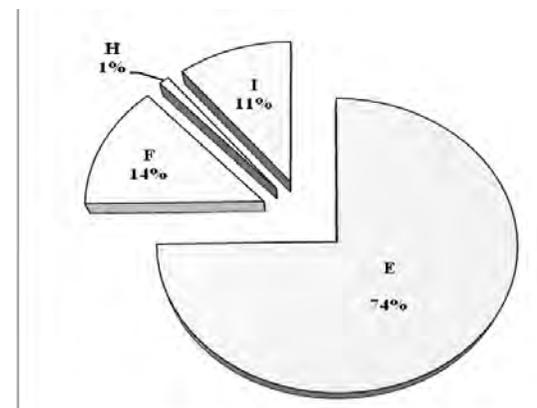
<sup>4</sup> CPSE, Ufficio DRG e controllo interno, Azienda Ospedaliera di Perugia

<sup>5</sup> Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliera di Perugia

**Introduzione.** La rilevazione degli eventi avversi in ambito ospedaliero si basa generalmente sulla segnalazione volontaria (incident reporting) da parte dei professionisti. Tuttavia, le ricerche in merito mostrano come vi siano segnalazioni solo in pochi casi, perlopiù quando vi è un danno grave per il paziente. Le organizzazioni sanitarie necessitano quindi di uno strumento efficace, in grado di identificare gli eventi, quantificarne la gravità e la frequenza, in modo da poter implementare soluzioni adeguate di gestione del rischio.

**Materiali e Metodi.** Obiettivo del presente lavoro è testare la sostenibilità e l'efficacia del metodo "Global Trigger Tool" nella rilevazione di eventi avversi nel contesto assistenziale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Mediante tale metodologia, sviluppata dall'Institute for Healthcare Improvement (IHI), è stata effettuata una revisione retrospettiva di un campione casuale di cartelle cliniche per individuare la presenza di "triggers", ovvero di indizi di possibili eventi avversi correlati alle cure verificatesi durante il ricovero nell'anno 2016. In base alla gravità, gli eventi sono stati suddivisi in 9 gruppi di severità crescente dalla categoria A alla I, utilizzando l'indice di classificazione degli errori del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP).

**Risultati.** Dall'analisi di 324 cartelle cliniche, relative a 36 reparti, sono emersi 103 eventi e 237 trigger. Nel 31,2% delle cartelle è stato rilevato almeno un evento, nella maggior parte dei casi (74%) classificato come categoria E ("danno temporaneo al paziente che richiede intervento"). Sottraendo dal totale delle cartelle revisionate quelle relative a ricoveri con trasferimento ad altro reparto, è stato calcolato un numero di eventi pari a 37 ogni 1000 giornate di degenza (37,2 eventi ogni 1000 giornate di degenza per tutte le cartelle riviste). Riteniamo che l'applicazione periodica di questa metodologia nell'Azienda Ospedaliera di Perugia potrebbe dimostrarsi un valido strumento nella gestione del rischio clinico, non solo per identificare gli eventi e determinare il livello di danno correlato, ma anche per monitorare nel tempo l'efficacia delle azioni di contenimento del rischio adottate.



## GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO DA FARMACI ANTINEOPLASTICI: PRESENTAZIONE DI UN PROGETTO DI FORMAZIONE/INTERVENTO NEL LAZIO

L. Cammelli\*\*, M.T. Loidice\*, T. Fabbri\*, P. Galli\*, M. Marchetti\*, G. Nasi\*, O. Pitocchi\*, S. Parrocchia\*, A. De Luca^, R. Marrone\*

\* Consigliere Regionale ANMDO Lazio; ° Consulente OPT; \*\* Presidente ANMDO Lazio; ^ Componente GLR

**Parole chiave:** raccomandazione 14, antineoplastici, formazione

**Introduzione.** Nel 2012 il Ministero della Salute ha emanato la Raccomandazione 14 per la prevenzione degli errori in terapia con antineoplastici, indirizzata a: Regioni, Direzioni sanitarie/aziendali, responsabili funzione aziendale rischio clinico, operatori coinvolti nella gestione dei farmaci antineoplastici nei reparti e nelle farmacie.

**Materiali e Metodi.** Il Consiglio Direttivo dell'ANMDO Lazio ha ritenuto l'implementazione di tale raccomandazione significativa sia per il miglioramento della qualità dell'assistenza sia per il rafforzamento della figura del Direttore Sanitario e ha istituito un Gruppo di Lavoro Regionale (GRL) con soci ANMDO, responsabili della gestione del rischio clinico e dirigenti di farmacia per l'elaborazione di un specifico progetto.

**Risultati.** Il progetto recuperando e sviluppando le attività già in essere si svolge con le modalità di formazione/intervento sui due livelli:

### LIVELLO OPERATIVO

- già in essere, esteso in tutte le strutture regionali dotate di UFA
- rivolto agli operatori delle farmacie e dei reparti di ematologia e oncologia
- orientato alla autovalutazione del rispetto dei requisiti previsti attraverso una checklist
- con una valutazione sul campo e il supporto di valutatori esterni
- con il coinvolgimento delle direzioni di presidio e del risk manager

### LIVELLO DIREZIONALE

- da realizzare, rivolto a medici di presidio, risk manager aziendali e responsabili di farmacia
- basato sul corso 40 ore della norma UNI con rilascio crediti ECM e certificato auditor
- orientato alle azioni di miglioramento e governo del sistema
- con il supporto di valutatori esterni
- per una "visione di sistema regionale"

In conclusione il progetto, complesso per la numerosità delle strutture interessate e per la pluralità dei soggetti coinvolti (ANMDO, Gruppo risk manager regionale, farmacisti SIFO SIFaCT, ente formatore, ente di certificazione, sponsor), si sta sviluppando in coerenza con gli obiettivi dati e si dimostra essere un modello efficace di gestione integrata del rischio trasferibile anche in altri ambiti ospedalieri e territoriali. Nel grafico: LIVELLO OPERATIVO Valutazione Requisiti della Raccomandazione in un Ospedale Universitario del Lazio.



## INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO: IL NUOVO MODELLO OPERATIVO DEL DISTRETTO S.S. 1 DELLA ASL TARANTO

O. Capparella<sup>1</sup>, G. Clemente<sup>2</sup>, M. Tempesta<sup>3</sup>, M. Carlucci<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Direttore DSS 1, ASL Taranto

<sup>2</sup> Infermiere DSS1, ASL Taranto

<sup>3</sup> Assistente Sociale DSS1, ASL Taranto

<sup>4</sup> Direttore Sanitario, ASL Taranto

**Parole chiave:** integrazione Ospedale-Territorio, modello organizzativo

**Introduzione.** L'integrazione Ospedale-Territorio rappresenta uno degli obiettivi strategici verso cui i sistemi sanitari si stanno indirizzando per dare risposta ai nuovi bisogni di salute scaturiti dai determinanti epidemiologici, demografici e sociali che hanno profondamente modificato gli assetti organizzativi degli ambiti ospedaliero e territoriale.

**Materiali e Metodi.** Il Distretto S.S.1 della ASL di Taranto, in coerenza con gli obiettivi strategici aziendali, ha condiviso con la Direzione Medica del P.O. di riferimento un percorso di integrazione che pone al centro l'attività di operatori sanitari territoriali nell'ambito ospedaliero. Lo studio è stato condotto nel periodo 15 marzo-15 settembre 2017. Il nuovo modello organizzativo prevede la presenza in ospedale di un team territoriale afferente al Distretto S.S.1, costituito da: infermiere, assistente sociale, fisioterapista a cui si aggiunge la figura amministrativa per l'avvio delle procedure di assistenza protesica e lo specialista ambulatoriale fisiatra per la formulazione dei progetti riabilitativi dei pazienti in dimissione. L'attività del team si svolge in due giornate durante la settimana in un'area chiamata "Integrazione Ospedale-Territorio" e nei reparti ospedalieri. L'attività svolta in reparto prevede: la valutazione, in collaborazione con i medici e le figure sanitarie di reparto, dei bisogni sanitari e socio assistenziale del paziente per il quale si prevede la dimissione protetta, la compilazione della scheda di valutazione multidimensionale da cui scaturirà il giusto setting assistenziale alla dimissione. L'attività svolta nell'area dedicata prevede: il colloquio con i familiari del paziente, l'autorizzazione di presidi sanitari e di assistenza protesica, il completamento della scheda di valutazione multidimensionale e l'invio telematico della documentazione acquisita ai Distretti SS.SS. di residenza del paziente per l'attivazione del percorso assistenziale.

**Risultati.** Sono stati valutati 74 pazienti, di cui 40 femmine 34 maschi con età media complessiva di anni 82 (range 54-94). Le patologie prevalenti sono risultate: cardiovascolari (65%), ipertensione arteriosa (51%), demenza (45,6%), ortopediche (32%), neurologiche (28,9%), pneumologiche (22%), diabete mellito (24,4%), chirurgiche (22,5%), epatopatie (20,5%), urinarie (19,5%). I pazienti in carico al team provenivano dai reparti di: medicina(53 %), chirurgia (21%), ortopedia (18%), cardiologia(8%). Il setting assistenziale avviato alla dimissione è stato: A.D.I per il 33% dei casi, R.S.A. per il 26%, A.D.I. oncologica per il 14%, Hospice per il 9%. I restanti casi afferivano a bisogni squisitamente sociali o anche a procedure di sola assistenza protesica. Il tempo intercorso tra la valutazione richiesta dal reparto e l'attivazione della procedura di autorizzazione del percorso assistenziale individuato dal team è risultato di 1,96 giorni (range 1-4). La strategia organizzativa della Direzione del Distretto SS.1 ha consentito di: sperimentare un nuovo modello di valutazione dei pazienti nel reparto di degenza, concludendo in ambito ospedaliero il percorso di individuazione del giusto setting assistenziale in tempi brevi, di facilitare la dimissione dei pazienti, soprattutto quelli con criticità sociali, di introdurre nell'intero percorso elementi di crescita professionale tra gli operatori ospedalieri e del territorio, di favorire l'empowerment dei familiari del paziente per l'adesione al progetto della dimissione.

## MIGLIORAMENTO DI UN PROCESSO ASSISTENZIALE CON LA TECNICA “SAFETY WALKAROUND”

**R. Cazzaro** (Direttore Direzione Medica)<sup>1</sup>  
**A. Alghisi** (Direttore Medicina Trasfusionale)<sup>1</sup>  
**D. Brodesco** (Coordinatore infermieristico)<sup>1</sup>  
**M. Longone** (Specializzanda)<sup>2</sup>  
**F. Furlan** (Biologa)<sup>1</sup>  
**F. Ometto** (Coordinatore infermieristico)<sup>1</sup>  
**M. Rassu** (Direttore Microbiologia)<sup>1</sup>  
**S.A. Bellometti** (Direttore Sanitario)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Azienda ULSS 8 Berica

<sup>2</sup> Università degli studi di Padova

**Parole chiave:** contaminazione, modalità di disinfezione, stafilococchi coagulasi negativi

**Introduzione.** A seguito di un riscontro anomalo di campioni positivi (15/465) per stafilococchi coagulasi negativi nei tamponi cutanei di sorveglianza pre-puntura nei donatori di sangue, è stata portata avanti un'indagine per comprendere le dinamiche dell'evento e progettare gli interventi correttivi.

Sono state intraprese le seguenti azioni di miglioramento:

- estensione dello screening a tutti i donatori fino a negativizzazione dei tamponi per 4 giorni consecutivi
- rimodulazione dei controlli con 6 tamponi al giorno sui donatori (2 nelle prime ore di attività, 2 a metà seduta e 2 verso la fine dell'attività)
- revisione delle modalità di esecuzione della disinfezione del sito con formazione degli operatori del Servizio Emotrasfusionale

È stata, inoltre, effettuata un'analisi dei dati microbiologici e una rivalutazione dell'andamento per verificare il buon esito delle azioni intraprese. L'obiettivo è quello di ottenere un risultato efficace conseguente alle azioni correttive di disinfezione della cute pre-prelievo, l'indicatore di efficacia è rappresentato dalla riduzione del tasso di positività dei campioni dovuti alla contaminazione cutanea conseguente ad una non adeguata disinfezione della cute.

**Materiali e Metodi.** Il personale di Direzione Medica ha scelto, come strumento d'analisi del processo, sia l'osservazione diretta che la tecnica “Safety Walkaround”, che cerca con la collaborazione del personale della U.O. di evidenziare situazioni, processi o modalità comportamentali che celano i cosiddetti “latent failure”, gli errori nascosti. In collaborazione con l'UO di Microbiologia sono stati analizzati i dati microbiologici pre e post formazione. La formazione del personale è stata effettuata da parte del personale di Direzione Medica in collaborazione con i coordinatori del Servizio Trasfusionale, nel corso della quale è stata evidenziata l'importanza dell'applicazione della metodica “back and forth”. Infine è stata ridefinita la sorveglianza attiva per la rilevazione nei tamponi cutanei post disinfezione della cute dei donatori di positività per stafilococchi coagulasi negativa.

**Risultati.** Dopo il retraining del personale sulle modalità di esecuzione della disinfezione della cute e le altre azioni correttive, al controllo tutti i tamponi, all'esame microbiologico, hanno dato esito negativo (120/120).

**Conclusioni.** L'osservazione diretta del processo assistenziale e l'analisi dello stesso con la tecnica “Safety Walkaround” hanno portato a concludere che il motivo potesse essere legato alle modalità di utilizzo del disinfettante (Clorexidina 2%), infatti le criticità che evidenziate sono state: la mancata insistenza dello strofinamento del disinfettante sulla cute e l'asciugatura meccanica con garze dello stesso (rimuovendo il principio attivo della clorexidina). A dimostrazione di tale ipotesi i dati confermano l'efficacia degli interventi effettuati. La formazione continua e il rafforzamento della sorveglianza attiva sono stati indispensabili per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

## UNA ESPERIENZA DI GESTIONE CLINICA E SOCIO ASSISTENZIALE DELLE DIMISSIONI DIFFICILI

**M.D. Cipriani\***, **A. De Luca\*\***, **S. Del Borgo\*\*\***, **M. Lucarelli\*\*\***, **L. Trasatti°**, **D. Forte°°**,  
**M.A. Villano°°**, **M. Rocco°°°**, **D. Basso°**, **C. Luciani§**, **L. Sommella§§**

\* Dirigente medico referente Bed Management, Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma; \*\* Resp. UOS Clinical Governance e Gestione Percorsi Assistenziali, Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma; \*\*\* Assistente Sociale, Servizio Sociale Ospedaliero; Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma; ° Dirigente medico Bed Management, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma; °° Coordinatore Infermieristico Bed Management, Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma; °°° Dirigente medico Bed Management referente clinico area internistica, Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma; § Referente Ufficio Qualità, Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma; §§ Direttore Sanitario Aziendale, Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

**Parole chiave:** bed management, servizio sociale, Blaylock Risk Assessment Screening Scale

**Introduzione.** Presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea di Roma è attivo il servizio di Bed Management (BM) integrato con il Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) per la gestione di pazienti che fin dall'accesso in ospedale presentano un maggior rischio di difficoltà alla dimissione (Team BM-SSO). La scala di valutazione utilizzata per misurare tale rischio è la “Blaylock Risk Assessment Screening Scale” (BRASS). Nel primo semestre 2016 la BRASS eseguita in pazienti ricoverati in ospedale ha evidenziato che l'8% dei pazienti hanno un rischio alto, cui è corrisposta una degenza media di 22 giorni. Pertanto l'identificazione tempestiva delle dimissioni “difficili” da parte del Team BM-SSO per l'attivazione precoce di percorsi socio sanitari integrati con il territorio contribuisce alla riduzione dei tempi di degenza e di conseguenza limita il verificarsi di eventi negativi per la sicurezza del paziente (lesioni da pressione, cadute accidentali, infezioni nosocomiali, ecc).

**Materiali e Metodi.** Il servizio BM e il SSO si confronta quotidianamente con la rete di referenti individuati in ogni Unità Operativa (UO) di area medica e chirurgica, compreso il PS per rilevare la presenza di pazienti potenziali per dimissione “difficile” attraverso l'uso della BRASS. Per poter incidere sulla riduzione delle giornate di degenza, dal luglio 2016, è stata rafforzata la presenza attiva nei reparti e nel PS del Team. Inoltre, per l'area internistica, in cui si trovano più di frequente casi di dimissione “difficile”, è stato identificato il Bed Manager clinico che fa parte del Team BM-SSO. Periodicamente i reparti e il PS e il Team BM-SSO si riuniscono per la valutazione congiunta sia dell'attività mediante indicatori di processo che di eventuali azioni correttive da implementare.

**Risultati.** Tra il luglio 2016 e luglio 2017 il Team BM-SSO è stato attivato per n.414 pazienti di cui il 22% provenienti dal PS. Nel 31% dei casi ricoverati il Team è stato attivato dal 3° giorno di ricovero, mentre nel 69% dopo più di 3 giorni. Tra il contatto del team e la dimissione del paziente nel 45% è passato meno di 3 giorni e nel 19% meno di 6 giorni. Il Team è stato attivato per il 25% dal PS, dai reparti di area medica nel 36%, nel 5% dalle aree critiche. I motivi di attivazione del Team BM-SSO sono stati per il 47% l'avvio a strutture di lungodegenza/riabilitazione, 7% hospice, 11% assistenza domiciliare, 27% supporto sociale (senza fissa dimora, disagio adulti e minori). In tutti i casi in cui il team è stato coinvolto è stata somministrata la BRASS. I pazienti in cui il Team non è stato coinvolto le dimissioni sono state in media più lunghe di circa 5 giorni rispetto ai pazienti presi in carico dal Team a parità di punteggio BRASS.

**Conclusioni.** L'introduzione di un processo organizzato e condiviso di gestione dei ricoveri e delle dimissioni ha consentito, attraverso la collaborazione tra i diversi attori coinvolti, una maggiore efficienza ed appropriatezza clinico assistenziale. In particolare, l'identificazione del BM di area internistica e l'intervento sociale da parte del SSO ha fornito un sostegno al Bed Management per facilitare le dimissioni, evitare l'effetto “porta girevole” (un paziente che esce oggi e rientra dopo tre giorni per mancanza di adeguati supporti), economizzare le risorse esistenti favorendo il mutuo aiuto tra pazienti, la solidarietà tra i cittadini e le risorse del territorio.

## STOP ALLA SEPSI: UN MODELLO DI RIORGANIZZAZIONE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

A. Cirrone Cipolla<sup>1</sup>, P.M. Santino<sup>2</sup>, C. Consiglio<sup>3</sup>, G. Ferrigno<sup>4</sup>, C. Iacono

<sup>1</sup> Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale di Caltanissetta

<sup>2</sup> Direttore Sanitario - ASP di Caltanissetta

<sup>3</sup> Dirigente Psicologo - ASP di Caltanissetta

<sup>4</sup> Specialista volontaria in Management Sanitario - ASP di Caltanissetta

<sup>5</sup> Direttore Generale - ASP di Caltanissetta

**Parole chiave:** sepsi, emergenze, shock settico

**Introduzione.** La sepsi è una patologia frequente e grave, anche se poco conosciuta. Si stima che la sepsi possa colpire ogni anno nel mondo circa 20-30 milioni di persone, 6 milioni delle quali sono neonati o bambini piccoli. Saper individuare e gestire la sepsi è una delle sfide che i sistemi sanitari oggi sono chiamati a fronteggiare. Nel 2016 la Consensus Conference propone una definizione per lo shock settico: "è un sottinsieme della sepsi, in cui le sottostanti anomalie circolatorie e metaboliche cellulari sono tali da aumentare la mortalità in maniera significativa".

Questa nuova definizione si focalizza su due aspetti fisiopatologici dello shock molto importanti: l'insufficienza circolatoria, che si manifesta con l'ipotensione, e l'alterazione del metabolismo cellulare, che si esprime con l'incremento della concentrazione sierica di lattati. Laddove non sia disponibile il dosaggio dell'acido lattico, gli Autori danno come alternativa l'impiego del capillary refill time. In Italia, la dimensione del problema della sepsi non ha dati precisi. A livello locale occorre lanciare un messaggio chiaro: il problema non è confinato alle sole Terapie intensive. Spesso, infatti, quando viene rilevato dalle Terapie intensive è troppo tardi per agire. Serve quindi un'azione di informazione e divulgazione rivolta ai reparti di Medicina, di Chirurgia, ai Pronto soccorso e alla Medicina generale. Nel 2017 la sepsi rimane in testa alle attività di Risk Management previste dall'OMS e le recenti linee guida sulla prevenzione della Sepsis sono appositamente volte al tempestivo riconoscimento della prima sintomatologia.

Il nostro studio è partito dall'analisi dei dati delle SDO. Sono stati presi in esame il numero dei pazienti dimessi con codice ICD-9 correlabili alla sepsi.

Il nostro obiettivo è stato di aumentare dell'80% la POSSIBILITÀ DI SOPRAVVIVENZA con RICONOSCIMENTO/trattamento precoce della sepsi entro la prima ora. Su uno specifico target, quello delle U.O. di Terapia intens., Medicina, Chirurgia, PS e principalmente la Medicina Generale. I nostri obiettivi specifici riguardano l'intercettazione dei primi sintomi, per evitare la degenerazione in shock settico sin dall'ingresso del paziente in PS e nei differenti setting assistenziali. Dosaggi e terapie antibiotiche da somministrare a seconda dell'origine dell'infezione con accorgimenti da adottare nel trattamento infermieristico del paziente. Formazione.

**Metodi e Materiali.** Si è costituito un Gruppo di lavoro di esperti e professionisti per fornire agli operatori linee di indirizzo per rispondere alla sepsi e promuovere gli obiettivi per un SSI sul tema:

Necessità di interventi organizzativi per favorire la gestione dei fattori di rischio individuali a livello di reparto e favorire una diagnosi e trattamento precoce

Favorire la costituzione di percorsi multi-specialistici e multi-professionali per la gestione di una patologia grave e complessa come la sepsi.

Valutare periodicamente l'affidabilità degli indicatori disponibili e dei dati.

Promuovere la sorveglianza attiva attraverso la corretta applicazione dei bundle per la prevenzione delle infezioni

Disporre di dati sulle sensibilità antibiotica e sul consumo di antibiotici

**Risultati.** Per ciascuno dei seguenti indicatori lo standard è la riduzione rispetto alla misurazione precedente e la fonte del dato è la revisione delle cartelle cliniche, ad eccezione della formazione del personale che si evince dai registri degli uffici formazione o dal curriculum degli operatori.

## INFEZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA: ANALISI RETROSPETTIVA DI CARTELLE CLINICHE A PARTIRE DA INCIDENT REPORTING

M.A. Grieco\*, B. Campisi#, C.A. Consolante°

\* Infermiere Professionale, Direzione Sanitaria; # Biologa, U.O.C. Laboratorio Analisi; ° Responsabile Ufficio Qualità IRCCS CROB - Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (Pz)

**Parole chiave:** infezione sito chirurgico, incident reporting, revisione retrospettiva di documentazione clinica

**Introduzione.** Dai dati di Incident Reporting è stato rilevato un elevato tasso di infezioni dopo chirurgia ricostruttiva della mammella.

Gli interventi per rimozione e successiva ricostruzione di neoplasia mammaria sono effettuati da due equipe chirurgiche, una di senologia ed una di chirurgia plastica che intervengono in immediata successione. L'incidenza attesa di infezioni varia in letteratura anche a seconda dei criteri di inclusione dal 24% al 18,9%; è del 2,93% in uno studio randomizzato multicentrico italiano su 1400 pazienti, di 1,9% nella casistica 2007-2014 della ASSR E.R.

**Materiali e Metodi.** Sono stati considerati i casi consecutivi di intervento demolitivo di senologia seguito da posizionamento di protesi mammaria, eseguiti nel nostro Istituto dal 1-1-2014 al 30-6-2016; I dati sono stati rilevati dalla documentazione sanitaria, compresi i registri operatori, quelli informatici di Anatomia Patologica e Laboratorio Analisi; i referti ambulatoriali della chirurgia plastica.

Successivamente è stata svolta rilevazione ambientale nel blocco operatorio secondo le "Linee Guida Ispesl sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro nel reparto operatorio". Sono stati effettuati campionamenti su superfici e operatori (mani e divise, prima e dopo lavaggio chirurgico) e attività osservazionale dei comportamenti e corretto utilizzo di spazi e percorsi.

**Risultati.** Gli interventi chirurgici nel periodo in esame sono stati 35; 16 le infezioni (45,7%) esitate in 15 reinterventi e 12 rimozioni di protesi. La profilassi era stata effettuata in quasi tutti i casi con una unica dose di cefazolina (2 mg) prima dell'intervento. Le infezioni sono state sostenute principalmente da batteri gram- ed in alcuni casi da gram+; non sempre è stato possibile isolare il microorganismo responsabile a causa della precoce somministrazione di antibiotici. Sulle superfici, mani e divise del campione di chirurghi e infermieri strumentisti identificato casualmente, è stato evidenziato un rilevante e diffuso inquinamento microbico, con prevalenza di saprofiti gram+ e presenza di flora batterica residente e transitoria; nella maggior parte dei casi il lavaggio chirurgico (eseguito con iodopovidone) ha solo parzialmente ridotto la carica microbica; lavandini, tastiere dei pc, maniglioni, pulsanti e gli zoccoli degli operatori sono risultate le superfici maggiormente inquinate. La crescita su apposito terreno di cultura di colonie UFC è stata significativamente più rilevante nelle zone esterne del blocco operatorio rispetto alle sale operatorie. I percorsi di sala non risultavano correttamente osservati, con zone di contiguità tra sporco e pulito. A consuntivo delle attività se ne è illustrato l'esito al Dipartimento Chirurgico con relativa documentazione fotografica; sono stati ribaditi i percorsi e le buone pratiche di sicurezza. È stato avviato un Audit clinico sulle procedure di profilassi perioperatoria ed uno studio sulla resistenza antibiotica che ha evidenziato, soprattutto, una inefficacia molto elevata degli antibiotici utilizzati presso l'Istituto nei confronti di Pseudomonas ae. In assenza di un sistema efficiente e continuo di controllo, le infezioni possono diventare frequenti anche in chirurgia "pulita"; l'utilizzo concomitante di più strumenti della gestione del rischio clinico (incident reporting, revisione di documentazione clinica, campionamento ambientale, audit) risultano efficaci nella individuazione e correzione degli errori di sistema.

## IL G7 A TAORMINA: LA GESTIONE DI UNA GRANDE EMERGENZA PER L'ASP DI MESSINA E L'ATTIVAZIONE DEL PEIMAF NEL PO SAN VINCENZO

R. Cunsolo\*, D. Sindoni<sup>^</sup>, E. Picciolo<sup>o</sup>, F. Isaja\*\*, G. Filoni\*\*\*, M. Passalacqua<sup>^^</sup>, E. Pellegrino<sup>oo</sup>, N. Giallanza<sup>s</sup>, G. Sirna<sup>ss</sup>

\* Direttore Medico di Presidio PO San Vincenzo di Taormina; <sup>^</sup> Direttore Sanitario Asp di Messina;

<sup>o</sup> Responsabile Emergenza territoriale per l'Asp di Messina; \*\* Referente per Emergenza ospedaliera PO San Vincenzo di Taormina; \*\*\* Direttore UO Anestesia e Rianimazione PO San Vincenzo PO di Taormina;

<sup>^^</sup> Responsabile Pronto Soccorso PO San Vincenzo di Taormina; <sup>oo</sup> Responsabile SPP Asp di Messina;

<sup>s</sup> Ufficio Qualità Asp di Messina; <sup>ss</sup> Direttore Generale Asp di Messina

**Parole chiave:** grande evento, organizzazione, PEIMAF

**Introduzione.** In occasione del Vertice dei Capi di Stato e di Governo G7, tenutosi nelle giornate del 26 e 27 maggio 2017 nella città di Taormina e classificato come "grande evento" non tanto per la presunta presenza di grande affluenza di popolazione, ma quanto per le caratteristiche di straordinarietà legate sia alla presenza di Capi di Stato e di Governo con relative delegazioni sia alla conseguente adozione di speciali misure di sicurezza, l'Asp di Messina è stata impegnata in una importante attività organizzativa che ha visto coinvolti le strutture sanitarie eroganti prestazioni sia nel suo vasto territorio di 109 comuni, compreso il capoluogo di Messina (città ove insistono anche 2 Aziende ospedaliere ed un IRCCS) con n. 8 Distretti Sanitari che in ambito ospedaliero (con i PP.OO. di Taormina; Ospedali Riuniti di Barcellona, Milazzo e Lipari; Patti; Ospedali Riuniti di Mistretta e S. Agata di Militello).

**Contenuti.** Il PO di Taormina, in ragione della sua posizione geografica, era posto all'interno dell'evento ed ha rappresentato il cuore del sistema assistenziale sanitario rivolto sia alle delegazioni delle Nazioni partecipanti che alla popolazione del vasto comprensorio taorminese. La Direzione Medica di Presidio, in armonia con le indicazioni operative impartite dalla Direzione Aziendale dell'Asp di Messina, nella logica di una piena attuazione di una risposta assistenziale adeguata e compatibile con le risorse disponibili, ha dato seguito agli adempimenti organizzativi, compresi quelli di natura preliminare o propedeutici all'evento e cioè: Formazione degli operatori, Diffusione delle procedure operative; Approvvigionamento di altro materiale/presidi necessari, Verifica delle scorte di farmaci, emocomponenti e carrelli emergenza, Unità di Crisi e presentazione versione aggiornata del PEIMAF del P.O. di Taormina, Utilizzazione di risorse aggiuntive; Informazioni a tutti gli operatori del PO sulle procedure operative; Accoglienza di alcune Delegazioni delle Nazioni partecipanti (USA, Francia e Giappone); Preparazione degli scenari e individuazione aree di emergenza, Gestione attiva del PEIMAF.

**Conclusioni.** Relativamente alla formazione è stato diffuso un Progetto Formativo ad hoc, rivolto a tutte le figure professionali presenti nel P.O. di Taormina (medici, infermieri, tecnici ed amministrativi) e articolato in n.4 edizioni per un totale di 250 operatori formati. Sono state altresì fornite al Personale del PO procedure operative con dettagliato livello informativo su: periodo sospensione di ferie e di tutte le attività programmabili ambulatoriali; crono-programma dell'evento; predisposizione di un'ACTION CARD; ricognizione in ogni UO di presidi e materiale vario nonché di apparecchiature elettromedicali e redazione del relativo inventario. Ha colto nel segno la scelta della Direzione Aziendale di disporre il supporto, per l'evento G7, sia di personale di Servizi esternalizzati (esperti informatici, tecnici perfusionisti, manutenzione di impianti e di apparecchiature) e della Protezione civile, sia di figure mediche afferenti a specialità non presenti nel PO di Taormina. Sono state accolte alcune delegazioni di Nazioni partecipanti al G7 con visite guidate presso alcune aree del PO di Taormina, tra cui USA, Francia e Giappone. Il PEIMAF, articolato nei tre momenti principali della gestione di un massiccio afflusso di feriti al PS del PO (ricezione e la diffusione dell'allarme; preparazione di spazi, personale e attrezzature che precede l'accesso dei feriti; assistenza ai feriti al momento del loro arrivo), ha comportato l'attivazione dell'Ambulatorio G7 per assicurare "la massima riservatezza e rapidità di intervento ai Capi di Stato ed alle relative delegazioni, con facilità di accesso al PS e un preciso cronoprogramma dell'evento con i seguenti livelli di operatività: LIVELLO 1 VERDE ATTENZIONE; LIVELLO 3 ROSSO ALLARME; LIVELLO 1 VERDE ATTENZIONE; LIVELLO 0 BIANCO ORDINARIO.

## COMUNICAZIONE INTEGRATA OSPEDALE/TERRITORIO: LA TERAPIA VIAGGIA SUL WEB

A. D'Alfonso<sup>1</sup>, L. Belletrutti<sup>2</sup>, N. Giorgione<sup>3</sup>, E. Tegani<sup>4</sup>, A. Morra<sup>5</sup>, M.T Valente<sup>6</sup>, M. Veglio<sup>6s</sup>

<sup>1</sup> Responsabile S.S. Rischio Clinico – Direzione Sanitaria Ospedale S. Giovanni Bosco (ASL Citta di Torino)

<sup>2</sup> S.S.Rischio clinico Direzione Sanitaria Ospedale S. Giovanni Bosco ASL Citta di Torino

<sup>3</sup> Direttore Sanitario Ospedale S. Giovanni Bosco

<sup>4</sup> Direttore Distretto Nord Est (ASL Citta di Torino)

<sup>5</sup> Distretto Nord Est (ASL Citta di Torino)

<sup>6</sup> Direttore SC Tecnologie (ASL Citta di Torino)

<sup>6s</sup> Direttore Sanitario ASL Citta di Torino

**Parole chiave:** terapia, comunicazione, web

**Introduzione.** La gestione del percorso del farmaco è da tempo oggetto di attenzione; ora il focus si è spostato alla corretta ricognizione/riconciliazione del farmaco nelle fasi di transizione del paziente nel percorso assistenziale. L'evidenza scientifica attribuisce il maggior rischio di errori a discrepanze non intenzionali, a dimenticanze e documentazione carente o a una comunicazione non accurata o incompleta tra i professionisti o tra il professionista e il paziente/caregiver. Il progetto descrive la valutazione puntuale, effettuata in un presidio dell'ASL Città di Torino, per misurare il livello di sicurezza relativamente al processo di ricognizione- riconciliazione del farmaco, le criticità emerse e le azioni di miglioramento introdotte.

**Materiali e Metodi.** È stato realizzato uno studio osservazionale retrospettivo presso l'ospedale S.Giovanni Bosco e in quattro *setting* di cura territoriali: Lungodegenza, Riabilitazione, Dimissione Protetta e l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Criteri di inclusione: pazienti maggiorenni (n=366) in carico all'ospedale S. Giovanni Bosco da luglio 2015 a luglio 2016; dimessi da quattro reparti ospedalieri (Medicina Interna, Geriatria, Neurologia, Ortopedia); presi in carico e dimessi da uno dei suddetti *setting* di cura territoriali. Le discrepanze farmacologiche sono state registrate attraverso quattro transizioni di cura:

- Presa in carico ospedaliera;
- Dimissione ospedaliera;
- Presa in carico territoriale;
- Dimissione territoriale.

È stato inoltre effettuata un'osservazione diretta all'accettazione del paziente in pronto soccorso e c/o il servizio di dispensazione del farmaco alla dimissione.

**Risultati.** Dall'analisi dei dati raccolti emerge che l'aspetto critico è la qualità della comunicazione, aspetto particolarmente evidente nella ricognizione e riconciliazione della terapia nella fase di accettazione in Pronto Soccorso e alla dimissione dai reparti verso l'esterno.

Sono state definite e realizzate azioni di miglioramento rispetto alle criticità comunicative individuate che hanno inciso nelle diverse fasi del processo e sui diversi attori coinvolti.

Attualmente è in corso una fase sperimentale in cui viene reso operativo un flusso di informazioni tra un applicativo di gestione pazienti, in uso presso i medici di medicina generale (MMG) operanti in una Medicina di Gruppo del Distretto Nord Est dell'ASL torinese, e l'applicativo gestionale della terapia utilizzato presso l'ospedale S. Giovanni Bosco.

Al termine della sperimentazione, con il consolidamento delle funzioni per ora stabilite in fase progettuale e la predisposizione di uno standard di comunicazione, l'integrazione sarà estesa anche ad altri MMG e ad altri software di gestione cartelle dei MMG.

Le informazioni riguardanti le terapie croniche dei pazienti registrate dai medici verranno inviate al gestionale ospedaliero tramite un Web Services. Il software dei MMG si autenticcherà al web services e successivamente invierà al software in uso in Ospedale l'elenco delle terapie croniche dei pazienti.

Il Web Services salverà le informazioni su un database SQL presente nel sistema informatico/informativo dell'ASL. Al momento della prescrizione da parte di un medico ospedaliero sull'applicativo della terapia, il sistema controllerà la presenza di terapie domiciliari per il paziente selezionato, e, in caso positivo, evidenzierà un bottone per la visualizzazione di una pagina con la lista delle terapie.

## QUALI INDICATORI DI QUALITÀ PER IL CONTROLLO DEL SERVIZIO APPALTATO DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA?

M. D'Angelo<sup>1</sup>, R. Quattrin<sup>2</sup>, G. Perri<sup>3</sup>, G. Peri<sup>4</sup>, K. Baldassa<sup>5</sup>, R. Vesca<sup>6</sup>, F. Grimaldi<sup>7</sup>, S. Brusaferrò<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Medico in formazione, Scuola di Igiene e Medicina Preventiva. SOC Accredimento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Dipartimento di Area Medica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud)

<sup>2</sup> Dirigente Medico. SOC Accredimento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Dipartimento di Area Medica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud)

<sup>3</sup> Medico in formazione, Scuola di Igiene e Medicina Preventiva. SOC Accredimento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Dipartimento di Area Medica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud)

<sup>4</sup> Dietista. SOS di DPT Nutrizione Clinica, Dipartimento di Medicina Interna, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud)

<sup>5</sup> Collaboratore Amministrativo. Area Alberghiera-SOC Approvvigionamenti e Logistica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud)

<sup>6</sup> Dirigente Infermieristica, Staff Professioni Sanitarie. Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud).

<sup>7</sup> Direttore Endocrinologia e Malattie del Metabolismo e Responsabile SOS di DPT Nutrizione Clinica. Dipartimento di Medicina Interna, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud)

<sup>8</sup> Direttore SOC Accredimento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Dipartimento di Area Medica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud)

**Parole chiave:** qualità, standard qualitativi, servizio di ristorazione ospedaliera

**Introduzione.** Il servizio di ristorazione ospedaliera si configura come sistema complesso che ha bisogno di riferimenti chiari per garantire la necessaria qualità. Il programma di miglioramento qui descritto ed attuato presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud), definisce standard qualitativi oggettivamente misurabili relativi al servizio appaltato di ristorazione ospedaliera.

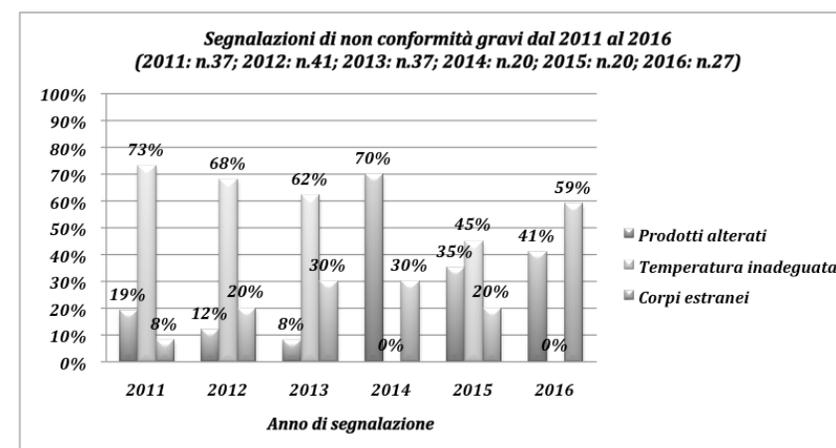
**Materiali e Metodi.** Il servizio di ristorazione presso l'ASUI-Ud viene garantito da un sistema cook and chill in appalto esterno. I pasti vengono allestiti nel centro di cottura della Ditta e rigenerati e confezionati presso il presidio ospedaliero su appositi nastri di confezionamento. Dopo essere veicolati ai degenti con sistema idoneo al mantenimento della temperatura prevista (carrelli o contenitori termici) sono distribuiti tramite vassoio personalizzato. Dal 2011 è stato istituito presso l'ASUI-Ud un gruppo di lavoro multidisciplinare, che attua il programma di monitoraggio riportato in Tabella 1. Le risultanze del monitoraggio vengono presentate e discusse periodicamente con la ditta di ristorazione.

**Risultati.** Gli aspetti igienico-sanitari sono stati valutati, nel mese di febbraio 2017, da parte del gruppo di lavoro con sopralluogo presso i locali della ditta appaltatrice, da cui sono emerse criticità legate soprattutto all'igiene delle strutture e all'organizzazione dei locali con formulazione di raccomandazioni scritte. La distribuzione delle tipologie di non conformità gravi per anno è mostrata in Figura 1. La valutazione dietetico-nutrizionale (tot piatti:74) ha rilevato non conformità relative al peso per il 13.5%, al condimento per il 4.1%, alla cottura per il 2.7% e al sapore e alla consistenza per l'1.4%. Complessivamente i vassoi (tot:25) hanno riportato un giudizio "buono" nel 54% dei casi, "sufficiente" nel 32% dei casi, insufficiente nel 4% dei casi. Nel dicembre 2016 è stata svolta un'indagine di gradimento somministrando un questionario ad un campione di pazienti ricoverati (tot:175). Tra gli aspetti indagati, la qualità, la varietà e la qualità sono risultati i più critici con un giudizio complessivo di buono (massimo punteggio) rispettivamente del 43%, del 52% e del 57%.

Tabella 1. Programma di monitoraggio della qualità del servizio di ristorazione ospedaliera.

Aspetti Monitorati	Attività Di Monitoraggio	Cadenza	Responsabilità
IGIENICI E DI SICUREZZA	Piano di autocontrollo HACCP	Secondo quanto stabilito dal D.Lgs. 193/07 e dai Regolamenti dell'Unione Europea	Ditta appaltatrice
	Visita presso i locali della ditta appaltatrice	Annuale e al presentarsi di specifiche criticità	Direzione Medica
	Scheda di non conformità grave (temperatura inadeguata, presenza di corpo estraneo nell'alimento, prodotto alterato/avariato)	Segnalazione spontanea da parte dei reparti tramite scheda ad hoc	Reparti di degenza
	Registrazione delle temperature dei frigoriferi di reparto	Giornaliera	Reparti di degenza
DIETETICO-NUTRIZIONALI	Valutazione dietetico-nutrizionale presso il terminale al nastro di confezionamento dei pasti	Settimanale	SOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo-Nutrizione Clinica
	Valutazione dietetico-nutrizionale degli alimenti nei vassoi personalizzati presso i reparti	Settimanale	SOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo-Nutrizione Clinica
CONFORMITÀ CAPITOLATO	Scheda di non conformità di fornitura in rapporto alle quantità, alla tipologia degli alimenti, alla dieta, agli orari di arrivo e ritiro dei carrelli nei reparti)	Segnalazione spontanea da parte dei reparti tramite scheda ad hoc	Reparti di degenza
QUALITÀ PERCEPITA	Questionario di gradimento rivolto al paziente sulla qualità, quantità, varietà e temperatura del pasto	Annuale (campione) o in occasione di altre indagini aziendali/regionali	Direzione Medica

Figura 1. Confronto della distribuzione percentuale delle tipologie di non conformità gravi relative al servizio di ristorazione, segnalate dai reparti nel periodo 2011-2016.



**Conclusioni.** Il programma di monitoraggio del servizio di ristorazione attuato ha permesso di individuare gli aspetti critici in tempo reale e di intervenire con azioni correttive immediate.

## VALUTAZIONE DELLO STATO DI IMMUNITÀ E PROFILASSI PER MORBILLO E ROSOLIA DI TUTTO IL PERSONALE SANITARIO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

M.C. De Lio<sup>1</sup>, I. Bernardini<sup>2</sup>, M. Taddei<sup>2</sup>, T. Fabbretti<sup>4</sup>, D. Pacchiarini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medico in formazione specialistica- Direzione Medica Ospedaliera- Azienda Ospedaliera Perugia

<sup>2</sup> Direzione Medica Ospedaliera- Azienda Ospedaliera di Perugia

<sup>3</sup> SITRO- Azienda Ospedaliera di Perugia

<sup>4</sup> Direzione Sanitaria- Azienda Ospedaliera di Perugia

**Parole chiave:** sorveglianza epidemiologica, copertura vaccinale, titolazione anticorpale

**Introduzione.** Nell'ambito delle misure di prevenzione e controllo della trasmissione del morbillo, facendo riferimento alla Circolare del Ministero della Salute del 17/04/2017 avente ad oggetto "Situazione epidemiologica del morbillo- Indicazioni operative per la gestione dell'epidemia in atto", l'Azienda Ospedaliera di Perugia, nell'interesse e per la tutela degli operatori sanitari, ha promosso uno screening sullo stato immunitario del personale al fine di una eventuale vaccinazione antimorbillosa e antirosolia.

**Materiali e Metodi.** attraverso l'autocertificazione di tutto il personale sanitario, ottenuta compilando un questionario cartaceo, è stata indagata la copertura vaccinale e/o l'avvenuta malattia, invitando i dipendenti non coperti a sottoporsi al prelievo per la titolazione anticorpale.

**Risultati.** sono stati consegnati 1603 questionari. Sono stati effettuati 409 prelievi a coloro i quali hanno dichiarato di non aver avuto la malattia e/o di non essere stati vaccinati. Di questi 38 (9,29% IC 0,06-0,12) risultano non coperti per morbillo, 21 (5,13% IC 0,03- 0,07) non coperti per rosolia e 2 per entrambe le malattie. Suddividendo per coorte di nascita, il maggior numero di dipendenti non coperti appartengono alla coorte 1981-1990 con il 52,45%. È stata valutata inoltre la percentuale di dipendenti coperti e non nei singoli reparti, ottenendo percentuali di copertura superiori al 90% soprattutto nei reparti, indicati nella Circolare del Ministero della Salute, come maggiormente a rischio (oncologia, ematologia e TMO, oncoematologia pediatrica, malattie infettive, pediatria, ginecologia e ostetricia, pronto soccorso e centrale operativa 118).

**Conclusioni.** i dati ottenuti dall'attività di sorveglianza epidemiologica, fin ora condotta tra gli operatori sanitari dell'azienda, mostrano un tasso di immunità abbastanza elevato, con una percentuale di non coperti pari al 9,29% per morbillo e 5,13% per rosolia. L'obiettivo rimane quello di azzerare il numero di dipendenti suscettibili e i conseguenti rischi sia di acquisire pericolose infezioni occupazionali, sia di trasmettere patogeni prevenibili con la vaccinazione ai pazienti suscettibili.

## LE CURE SIMULTANEE DI PAZIENTI ONCOEMATOLOGICI IN UN OSPEDALE UNIVERSITARIO ROMANO

A. De Luca\*, E. Cavalieri\*\*, A.M. Aschelter\*\*\*, A. Costanzi\*\*\*, P. Marchetti°, L. Sommella°, M.A. Aloe Spiriti°°°

\* Resp.UOS Clinical Governance e Gestione Percorsi Assistenziali, Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

\*\* Ematologa, ambulatorio di Cure Simultanee

Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

\*\*\* Oncologo, ambulatorio di Cure Simultanee

Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

° Direttore UOC Oncologia, Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

°° Direttore Sanitario Aziendale, Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

°°° Responsabile ambulatorio di Cure Simultanee e responsabile del DH ematologico, Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

**Parole chiave:** cure simultanee, pazienti oncologici, pazienti ematologici.

**Introduzione.** Le cure simultanee nel malato oncologico-ematologico rappresentano un modello organizzativo mirato a garantire la sua presa in carico globale attraverso un'assistenza integrata fra terapie oncologiche e terapie dei sintomi. La principale finalità delle cure simultanee è migliorare la qualità della vita in ogni fase della malattia, attraverso una meticolosa attenzione ai bisogni fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia. Il 01/12/2016 è stato attivato, presso l'Azienda Sant'Andrea, un ambulatorio di cure simultanee rivolto a pazienti onco-ematologici in cura attiva.

**Materiali e Metodi.** L'attività è svolta in un ambulatorio con personale dedicato. Sono eleggibili pazienti onco-ematologici con una aspettativa di vita  $\geq 6$  mesi, sintomatici, in trattamento chemio e/o radioterapico nei quali è attesa o si è verificata una tossicità correlata al trattamento o alla malattia. I pazienti sono inviati dagli specialisti dell'ospedale o dai medici di medicina generale (MMG). Risultati attesi: migliorare il controllo dei sintomi, prendere in carico globalmente il paziente ed i familiari, favorire la continuità assistenziale fra ospedale e territorio, mantenere il timing dei trattamenti chemioterapici, ridurre gli accessi impropri in pronto soccorso, i ricoveri inappropriati e le complicanze infettive nosocomiali.

**Risultati.** Dal 1/12/2016 al 31/07/2017 hanno effettuato un primo accesso ambulatoriale 186 pazienti (147 oncologici e 39 ematologici). Sono state effettuate 771 visite ambulatoriali, 756 accessi ambulatoriali per terapia infusione e 239 accessi di day hospital. Nel 37% dei casi il sintomo di accesso è stato il dolore, nel 16% l'anemia, nel 15% l'astenia/cachessia, nel 10% l'osteopenia e nel 22% a carico dell'apparato gastro-intestinale (nausea/disidratazione/mucosite/stipsi). I criteri di eleggibilità sono stati soddisfatti nell'81% dei casi. Gli interventi effettuati hanno incluso terapie infusionali, immunomodulanti, trasfusioni e procedure interventistiche. Per il 7% dei pazienti oncologici e per il 21% degli ematologici sono state richieste consulenze di specialisti (cardiologo, ortopedici, ecc.). I MMG sono stati contattati nel 20% dei casi per approfondimento clinico. Abbiamo analizzato il Performance Status (PS) e il sintomo dolore al tempo 0 e dopo 1 mese. Al tempo zero, 21 pazienti avevano PS 0, 93 PS 1, 24 PS 2, 5 PS 3 e 8 non erano valutabili: ad 1 mese di follow-up vi è stato un miglioramento del PS in 33/158 pazienti (21%) e una stabilità in 74/158 (45%).

Dei 72 pazienti con dolore, 39 (54%) hanno ottenuto una riduzione significativa del dolore ( $>40\%$  NRS – scala del dolore), mentre 20 (28%) una riduzione  $< 40\%$  del valore NRS e 13 non valutabili ad 1 mese. Le trasfusioni sono state eseguite nella stessa giornata con soddisfazione dei pazienti grazie ad un percorso preferenziale stabilito con il centro trasfusionale. Inoltre, nello stesso periodo vi è stata una riduzione significativa dell'invio in PS dei pazienti dall'ambulatorio e DH oncologico. La maggiore difficoltà è stata incontrata per l'invio di pazienti (19%) che non soddisfacevano i criteri di inclusione e non potevano essere gestiti in ambulatorio. La nostra esperienza dimostra che la gestione integrata di pazienti fragili è possibile e ha stimolato lo sviluppo di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale aziendale dedicato per prendersi cura globalmente di questi pazienti fragili ottimizzandone la gestione.

## COSTRUIRE UN NUOVO OSPEDALE: VALORIZZAZIONE DEGLI ELEMENTI DI NATURA QUALITATIVA. IL NUOVO OSPEDALE DI SAN GAVINO MONREALE IN SARDEGNA

M. Dentamaro<sup>°</sup>, A. Onnis<sup>°°</sup>, G. Botta<sup>^</sup>

<sup>°</sup> Direttore Medico Presidio Ospedaliero N.S. di Bonaria di San Gavino Monreale (VS) ATS Sardegna

<sup>°°</sup> Direttore Area Socio Sanitaria Locale (ASSL) di Sanluri (VS) ATS Sardegna

<sup>^</sup> Geometra Ufficio Tecnico Logistico Area Socio Sanitaria Locale Sanluri (VS) ATS Sardegna

**Parole chiave:** benessere, confort e centralità

**Introduzione.** Presso la ASSL di Sanluri (ATS Regione Sardegna) è in fase di realizzazione la costruzione di un nuovo Presidio Ospedaliero. Il capitolato di gara per l'aggiudicazione della realizzazione dell'ospedale è stato redatto sottolineando elementi di valutazione di natura qualitativa dei progetti presentati. In particolare gli elementi di natura qualitativa esaminati sono stati raggruppati in 4 macrosettori: assetto distributivo e funzionale; soluzioni impiantistiche; caratteristiche ambientali ed estetiche; qualità dei materiali nelle partizioni orizzontali e verticali.

**Materiali e Metodi.** Il progetto definitivo presentato dalla ditta vincitrice della gara ha raggiunto l'obiettivo di rispettare, adeguare e migliorare il progetto preliminare posto a base di gara. I miglioramenti al programma preliminare si possono così sintetizzare:

- ottimizzazione delle giaciture dell'edificio ospedaliero con allineamento dell'asse elioterminico secondo la direttrice est-ovest. Ne consegue l'incremento delle prestazioni energetiche dell'involucro e del confort dei degenti, la realizzazione delle vie di accesso al complesso e la riduzione dei costi di gestione;
- differenziazione della maglia strutturale dei distinti corpi di fabbrica, ottimizzazione delle sistemazioni esterne, del sistema della viabilità interna di distribuzione, delle aree di parcheggio, degli accessi e della segnaletica;
- ottimizzazione del sistema dei collegamenti verticali;
- inquadramento del sistema del verde esterno come fattore di mitigazione ambientale, inquadramento del Verde (Corte Interna, terrazzamenti verdi, tetti giardino) come soluzione di mitigazione degli impatti e di valorizzazione architettonico-ambientale finalizzata all'incremento del benessere psico-percettivo;
- valorizzazione estetico-funzionale degli spazi esterni sulla base di indirizzi chiave finalizzati al confort alberghiero: luce, colore, art decor, design del dettaglio, permeabilità del sistema del verde;
- riconfigurazione distributivo-funzionale del corpo delle degenze;
- valorizzazione ed ottimizzazione dell'involucro attraverso inserimento di finestre a astro.

**Risultati.** Tali soluzioni migliorative vengono inevitabilmente da un'analisi progettuale e sanitaria effettuata dallo studio di progettazione affiancato da consulenti sanitari della ditta che dovrà realizzare l'opera anche e soprattutto per la parte dell'offerta di gara relativa al costo ed alla tempistica di esecuzione dell'opera a seguito dell'approvazione del progetto esecutivo.

Il progetto quindi, nell'individuazione delle proposte migliorative, parte dalla centralità del paziente attorno al quale si organizzano i servizi. Ciò significa che ogni soluzione progettuale è risolta dal punto di vista di come uno spazio o una tecnologia viene percepita da chi, in quel momento, si trova in condizioni di disagio.

## SICUREZZA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELLA TERAPIA INSULINICA IN OSPEDALE E CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO

A. Di Mare<sup>\*</sup>, V. Manicardi<sup>°</sup>, M. Michelini<sup>^</sup>, U.A. Pagliani<sup>^</sup>, E. Manicardi<sup>^^</sup>, C. Busani<sup>°°</sup>, I. Bosoni<sup>°°</sup>, C. Turrà<sup>°°</sup>, F. Gradellini<sup>°°</sup>, C. Marchesi<sup>\*</sup>, G. Mazzi<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup> Direzione Sanitaria AUSL; <sup>\*\*</sup> Direzione Sanitaria SMN; <sup>°</sup> Coordinamento Diabetologia aziendale;

<sup>^</sup> Dipartimento Internistico di Area SUD-Montana; <sup>^^</sup> Dipartimento Medicine Specialistiche ASMN;

<sup>°°</sup> Dipartimento Farmaceutico Interaziendale AUSL

**Introduzione.** I pazienti con diabete in ospedale sono uno su quattro in medicina ed uno su tre nelle aree critiche. La terapia appropriata in corso di un evento acuto è la terapia insulinica, che spesso i pazienti iniziano per la prima volta in ospedale, in modo generico. L'insulina richiede continui aggiustamenti dei dosaggi in base alle situazioni cliniche ed è considerata dalla Joint Commission un farmaco ad elevato rischio di errore. Obiettivi: Creare strumenti informatici di supporto a una prescrizione semiguidata della terapia insulinica, basata sulle migliori evidenze, flessibile e in grado di rendere autonomi gli infermieri per attuare le variazioni di insulina ai pasti. Inserire le penne monouso di insulina in ospedale in sicurezza. Strutturare la dimissione «protetta» dei pazienti che iniziano la terapia insulinica. Metodi: Negli ospedali della provincia di Reggio Emilia è in uso un applicativo informatizzato per la terapia (PSC) che identifica il paziente tramite il braccialetto con barcode e il farmaco prescritto e somministrato (lettura codice a barre). Sono state inserite le Penne monouso di Insulina, monopaziente, con ago di sicurezza, individuate da barcode paziente. È stato messo a punto un foglio di calcolo semiguidato, informatizzato, per la prescrizione di insulina basal-bolus, basato su un algoritmo EBM. Il medico inserisce il peso paziente e ottiene il fabbisogno di insulina/die: moltiplica il peso per 0,4, in condizioni di resistenza insulinica media, (per 0,6 in condizioni di resistenza severa). Il foglio di calcolo produce le dosi di insulina da assegnare al basale (40%) e da distribuire ai pasti (60%= 20-40-40%) e le variazioni calcolate in base ad una griglia di valori glicemici predefiniti.

**Risultati.** È stata condivisa la PR44 che prevede: il medico prescrive la terapia, l'infermiera trasmette, con il terminale a lettore ottico, le glicemie ai pasti al foglio di terapia informatizzato, che restituisce la dose di insulina da somministrare, secondo l'algoritmo. Somministra la dose di insulina con la penna monouso, mono-paziente. Tre giorni prima della dimissione attiva la consulenza del Team diabetologico, che istruisce il paziente all'uso corretto delle penne da insulina, alla sua somministrazione, fornisce i presidi e il primo appuntamento. Alla dimissione l'infermiera di reparto consegna al paziente la penna in uso durante la degenza. L'applicazione della PR44 nel 2016, ha evidenziato che: 1837 pazienti sono stati dimessi con Insulina a domicilio, per un totale di 3724 prescrizioni di insulina (basale e/o rapida). Il 99% ha ricevuto penne monouso ed educazione terapeutica dal Team diabetologico. I flaconi di insulina (da 1000 UI) risparmiati sono stati 3720 con spreco evitato di 113.952 €. I pazienti dimessi con Penna monouso (1835), presi in carico pre-dimissione ed istruiti, significano maggiore sicurezza e continuità assistenziale ospedale-territorio.

**Conclusioni.** Il sistema semiguidato di prescrizione insulinica garantisce sicurezza prescrittiva e assistenziale, flessibilità nell'adeguare le dosi di insulina ai valori glicemici e autonomia delle infermiere. L'uso delle penne monouso da insulina riducono il rischio clinico e gli sprechi. La presa in carico pre-dimissione del Team diabetologico garantisce la dimissione del paziente in sicurezza, in grado di autogestirsi la terapia a domicilio.

## LA GESTIONE NELL'ASP DI CALTANISSETTA DELL'OBIETTIVO DI ESITO: TEMPESTIVITÀ DELL'INTERVENTO NELLA FRATTURA FEMORE OVER 65

R. Elia<sup>1</sup>, P.M. Santino<sup>2</sup>, A. Cirrone Cipolla<sup>3</sup>, D. Greco<sup>4</sup>, C. Consiglio<sup>5</sup>, G. Ferrigno<sup>6</sup>, C. Iacono<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Direttore Medico di Presidio P.O. Sant'Elia ASP Caltanissetta

<sup>2</sup> Direttore Sanitario ASP Caltanissetta

<sup>3</sup> Dirigente Medico Direzione Sanitaria ASP Caltanissetta

<sup>4</sup> Direttore U.O.C. Ospedalità pubblica e privata ASP Caltanissetta

<sup>5</sup> Dirigente Psicologo ASP Caltanissetta

<sup>6</sup> Specialista Volontaria in Management Sanitario ASP Caltanissetta

<sup>7</sup> Direttore Generale ASP Caltanissetta

**Parole chiave:** frattura femore, esiti, obiettivi

**Introduzione.** I sistemi assistenziali tendono verso un modello gestionale della pratica clinica orientato al paziente ed al valore dell'informazione, basato sulla misurazione e valutazione degli esiti e finalizzato ad un appropriato utilizzo delle risorse disponibili. In tale modello, la misurazione delle performance costituisce una spinta all'impegno ed alla mobilitazione di tutte le risorse necessarie a garantire che quanto viene programmato e realizzato produca effettivamente risultati collegabili al miglioramento dello stato di salute della popolazione. Le esperienze maturate dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Sicilia hanno consentito lo sviluppo di metodologie nella valutazione degli esiti, quali strategie fondamentali per promuovere la qualità e l'equità dell'assistenza sanitaria.

Coerentemente con gli obiettivi di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti dell'Agenas, per il 2017 sono stati confermati i 4 obiettivi di esito già assegnati negli anni precedenti per la valutazione delle Direzioni aziendali siciliane: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni; riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non pre-cesarizzate; tempestività di esecuzione di Angioplastica Percutanea in caso di infarto STEMI; proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

Soffermandoci sul sub-obiettivo 2.1 "tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni", diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità (sino al 35% nel primo anno) e di disabilità per il paziente (perdita di autosufficienza per oltre 1 anno nel 25%), di conseguenza le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24h dall'ingresso in ospedale. L'obiettivo si considera pienamente raggiunto se il 90% degli interventi di pazienti over 65 con frattura del femore sono stati eseguiti entro 0-2 giorni dal ricovero.

**Materiali e Metodi.** Nel corso del 2016-'17 sono stati realizzati una serie di incontri con i responsabili delle UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia, Pronto Soccorso e PTE dell'ASP per verificare la corretta applicazione dello specifico PDTA sulla gestione della frattura del femore in ciascuna struttura coinvolta. Fra le maggiori criticità emerse durante i suddetti incontri vanno annoverate la carenza di personale e le sedute operatorie non sempre sufficienti.

La principale azione correttiva intrapresa è stata quella di inserire il sub-obiettivo 2.1 come obiettivo specifico nella scheda di budget 2016-'17 dei Direttori delle 3 Strutture di Ortopedia e Traumatologia dell'ASP. Ulteriori azioni strategiche sono state quelle di predisporre un progetto aziendale con gli anestesisti per aumentare le sedute operatorie e di aumentare il personale della dirigenza medica tramite appositi contratti a tempo determinato.

**Risultati.** L'analisi dei dati evidenzia che nel 2010 solo il 17% dei pazienti over 65 subiva un intervento per riduzione della frattura del femore entro le 48h. Tale dato è andato via via migliorato fino ad attestarsi al 63,14% nel 2015, superando così la media regionale pari a 59,16%. Infine, nel 1° semestre 2017 il valore dell'indicatore si attesta al 74,36%.

In questo trend in ascesa emerge l'ospedale M. I. Longo di Mussomeli che nel 2016 ha raggiunto l'86,7%, vetta su tutte le altre ortopedie siciliane per tempestività d'intervento.

## LA GESTIONE DEL PAZIENTE IL PS ASL TARANTO IL FENOMENO DEL SOVRAFFOLLAMENTO "OVERCROWDING"

C. Farilla<sup>1</sup>, O. Capparella<sup>2</sup>, G. Bellavita<sup>3</sup>, V. Vinci<sup>4</sup>, M. Leone<sup>4</sup>, M. Carlucci<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Direzione Sanitaria ASL Taranto

<sup>2</sup> Direttore DSS 1 ASL Taranto

<sup>3</sup> Direttore UOC-MECAU ASL Taranto

<sup>4</sup> Direzione Medica ASL Taranto

**Parole chiave:** overcrowding-modelli organizzativi

**Introduzione.** L'overcrowding è una delle principali criticità delle U.O. di Pronto Soccorso (PS), contribuiscono una rete territoriale non strutturata, l'aumento dell'inappropriatezza degli accessi, una popolazione anziana con patologie croniche con riacutizzazioni, organici sottodimensionati con rallentamento delle attività di consulenza e non ultimo inappropriatezza strutturale dei PS.

**Materiali e Metodi.** La gestione dell'overcrowding nel PS del PO di Taranto è un obiettivo che impegna la Direzione Strategica e la Direzione Medica aziendale in un percorso multidisciplinare e condiviso di integrazione Ospedale-Territorio. Il PS del POC (Presidio Ospedaliero Centrale), dopo la conversione in PPI dei PS periferici (il DM 70/2015), gestisce in media 80.000 accessi/anno, 8% codici rossi, 47% codici gialli, 35% codici verdi, 10% codici bianchi; dati discostanti dalla media nazionale indicativi di overtriage del 118. Gli accessi "autonomi" al PS sono in prevalenza dei residenti vicini al POC rispetto alle zone limitrofe, indicativo di accessi che evitano la consulenza del 118 e i MMG. Le azioni che sono state intraprese per delimitare il fenomeno sono organizzative con percorsi interni tra PS-Area Traumatologica e tra PS-Area Medica-Territorio, e di rivalutazione delle procedure per una maggiore sicurezza dell'utente ed efficienza del sistema. Il PS ha già strutturato percorsi per specifiche categorie di pazienti (pediatria ed ostetricia) che agevolano l'accesso ai reparti di competenza. La criticità permane per una elevata percentuale di accessi di pazienti cronici cardiologici e pneumologici con riacutizzazioni, spesso stagionali, che dopo il triage e la stabilizzazione in (OBI) necessitano di un livello di assistenza intermedio tra il MMG ed il ricovero. Per queste patologie di recente si è predisposto un percorso di "presa in carico" in ambulatori dedicati e Day Service per i pazienti cronici dimessi dall'Area Medica che verrà adottato anche dal PS con modalità diretta di prenotazione. Frequenti sono anche gli accessi per traumatologia minore, il percorso in uso di "fast track con valutazione medica" è stato rivalutato nell'approccio specialistico e nei tempi.

**Risultati.** La strategia di contenimento dell'overcrowding del PS si articola in tre livelli: l'accesso, la permanenza in PS, la continuità assistenziale. Per ridurre l'overtriage del 118 con una analisi condivisa si rivaluteranno gli "score" clinici di accesso. Una campagna di educazione sanitaria sui criteri di urgenza per l'accesso al PS servirà per ridurre gli accessi autonomi. La prenotazione telematica l'utente stabilizzato in OBI sarà uno strumento verso percorsi ambulatoriali con riduzione di ricoveri inappropriati in degenza ordinaria. Un programma telematico per visualizzare i referti tra PS-Radiologia-Ortopedia servirà a ridurre i tempi di attesa del paziente con traumatologia minore e renderà il "fast track" più veloce e sicuro per l'utente riducendo gli spostamenti tra i vari reparti. Un progetto strutturale in atto renderà più fruibile la vigilanza del paziente in OBI.

## PROGRAMMA DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PRESSO IL PRESIDIO G. DI CRISTINA DI PALERMO

D. Farinella\*, M.L. Furnari\*, P. Dones\*\*, S. Giordano\*\*, G. Trizzino\*

\* Direzione Sanitaria PO Di Cristina

\*\* U.O.C. Malattie Infettive PO Di Cristina

**Parole chiave:** antimicrobial stewardship, resistenze batteriche, antibiotico terapia

**Introduzione.** Le infezioni nosocomiali costituiscono ormai un fenomeno epidemico in continuo aumento. Il miglioramento delle condizioni di vita, il rapido progresso medico ed il conseguente utilizzo di molecole antibiotiche più selettive verso germi MDR hanno contribuito ad un aumento della sopravvivenza media: nello stesso tempo l'uso improprio di antibiotici ad ampio spettro ha comportato lo sviluppo di resistenze batteriche.

È evidente come un primo passo per arginare tale problema sia l'utilizzo appropriato della terapia antibiotica. Essa deve essere prescritta al momento giusto e nella dose corretta. L'obiettivo primario deve essere l'outcome clinico del paziente e questo si può attuare attraverso l'implementazione di un programma di stewardship antimicrobica che, con una serie di interventi messi in atto da un'equipe multidisciplinare, è necessario per definire strategie terapeutiche a livello locale.

**Materiali e Metodi.** L'ospedale G. Di Cristina (ISMEP) è un presidio pediatrico con 170 posti letto e comprende le seguenti U.O. complesse: Gastroenterologia, Allergologia, Pneumologia e centro di Riferimento Regionale per la Fibrosi Cistica, Neuropsichiatria Infantile, Nefrologia e Dialisi, Cardiologia, Malattie Infettive, Chirurgia Anestesia e Rianimazione, Pediatria per le urgenze, e la Pediatria generale che comprende le seguenti specialità: Malattie Metaboliche, Endocrinologia, Diabetologia, Immunologia Reumatologia, Ematologia non oncologica.

La Direzione Generale dell'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli, con giusta deliberazione, sotto la responsabilità del Direttore Sanitario Aziendale e del Presidente del C.I.O. ha adottato il modello Antimicrobial Stewardship. Il passo successivo è stato l'assegnazione dell'incarico di Consultant Infettivologo ad un Dirigente Medico dell'U.O.C. di Malattie Infettive pediatriche su richiesta del Direttore dell'U.O.C. stessa. La Direzione Medica di Presidio ha richiesto a tutti i Direttori delle UU.OO.CC. del Presidio di nominare un Dirigente Medico per ciascuna U.O.C. con l'incarico di interfacciarsi col Consultant Infettivologo. È stata quindi prodotta ed approvata una scheda-notizia computerizzata per la raccolta e la elaborazione dei dati (allegato A). Si è convenuto di sottoporre a controllo le seguenti molecole: Ceftriaxone, Meropenem, Imipenem+Cilastatina, Teicoplanina, Acyclovir, Fluconazolo.

Verranno confrontati il consumo antimicrobico, i costi correlati agli antimicrobici, la prevalenza dei microrganismi resistenti (MDR): *Cl. difficile*, *enterobatteri MDR*, *St. aureo*, *Candida spp.*; l'incidenza di infezioni nosocomiali un anno prima e un anno dopo l'inizio di tale programma

**Risultati.** I risultati che ci si aspetta di ottenere sono certamente il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con una riduzione del consumo di antibiotici: riduzione della DDD, riduzione della spesa totale, e diminuzione della prescrizione di penicilline e inibitori della  $\beta$ -lattamasi, linezolid, cefalosporine e aminoglicosidi; inoltre verrà monitorata la variazione di prevalenza di germi MDR e l'incidenza di infezioni nosocomiali.

## QUANDO IL PRONTO SOCCORSO FA IL CHECK-UP. DEFINIZIONE DI REGOLE COMUNI DI ACCESSO E REINDIRIZZAMENTO

L. Fiorella<sup>1</sup>, P.M. Santino<sup>2</sup>, A. Cirrone Cipolla<sup>3</sup>, C. Consiglio<sup>4</sup>, G. Ferrigno<sup>4</sup>, C. Iacono<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Direttore Medico P.O. V. Emanuele di Gela – Asp di Caltanissetta

<sup>2</sup> Direttore Sanitario - ASP di Caltanissetta

<sup>3</sup> Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale di Caltanissetta

<sup>4</sup> Dirigente Psicologo - ASP di Caltanissetta

<sup>5</sup> Specialista volontaria in Management Sanitario - ASP di Caltanissetta

<sup>6</sup> Direttore Generale - ASP di Caltanissetta

**Parole chiave:** pronto soccorso, check up, accessi

**Introduzione.** Il PS rappresenta la prima porta di accesso all'ospedale, è il più importante punto di contatto tra il sistema sanitario e i bisogni dei cittadini. In Italia, nel corso degli anni, si è registrato un progressivo aumento degli accessi al Pronto (380 accessi al PS per 1000 ab.) determinando spesso situazioni di sovraffollamento delle strutture, disagi per gli utenti e situazioni di maggior stress tra gli operatori sanitari. Oltre centomila cittadini si sono rivolti nell'ultimo anno al Pronto Soccorso dell'Azienda sanitaria di Caltanissetta. Circa un terzo di tali accessi è stato classificato come problema "non urgente" (codici bianco e verde della procedura Triage). Anche la percentuale estremamente contenuta degli accessi in Pronto Soccorso cui segue ricovero ospedaliero (in media il 15-18%) o, comunque, necessitanti di una osservazione di 24 ore in ambiente ospedaliero (un ulteriore 10- 12%) o l'invio in ambulatori per malattie croniche, indica un profilo della domanda sanitaria ritenuta urgente che, per la maggior parte, potrebbe rivolgersi alle strutture territoriali in grado di garantire teoricamente una risposta con pari efficacia ma con maggior efficienza, anche in ragione dei costi delle prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere. Pur essendosi sviluppati negli ultimi anni modelli territoriali innovativi (PTA, PPI, AGI) finalizzati a fornire una risposta non ospedaliera a problemi urgenti di minore gravità, questo non ha comportato una modifica dei comportamenti della cittadinanza che continua a ritenere l'ospedale e il PS come unica struttura in grado di risolvere qualsiasi bisogno ritenuto urgente. Alla luce di queste riflessioni si è inteso promuovere una serie di azioni che utilizzino al meglio i servizi territoriali esistenti e che promuovano l'integrazione ospedale-territorio incidendo sul modello culturale esistente. Si è voluto, inoltre, migliorare la percezione della qualità dei servizi, spesso negativa, curando anche gli aspetti relazionali e psicologici del modello "urgenza" in base ai quali spesso viene valutata dal paziente buona parte della prestazione ricevuta.

**Materiali e Metodi.** Ricercare soluzioni organizzative finalizzate a migliorare l'appropriatezza del ricorso al PS, la gestione del flusso dei pazienti acuti in PS e il reindirizzamento dei pazienti cronici (BPCO, Scemenso e Diabete) verso servizi territoriali dedicati. Tra queste: Migliorare l'appropriatezza del ricorso al PS e gestione del flusso dei pazienti acuti; Reindirizzamento dei pazienti cronici (BPCO, Scemenso cardiaco, Diabete e Oncologici) verso servizi territoriali dedicati; Riduzione dei tempi di permanenza in PS; Miglioramento accoglienza comunicazione;

**Risultati.** Le azioni messe in atto hanno portato ad un rapido miglioramento delle criticità evidenziate. Sono stati comparati i dati del 1° semestre 2016 con quelli del 2017. Dai dati riportati si evince che il N. degli accessi impropri è diminuito sensibilmente. Tale risultato deve intendersi in progress; infatti, si tratta di un obiettivo a lungo termine in quanto il cambiamento culturale richiede lunghi periodi di latenza, ma già il risultato appare confortante. La formazione di 200 operatori sanitari, l'impegno dei MMG, formalizzato con il "Patto per la Salute". Va sottolineata la riduzione dei tempi di permanenza in PS, soprattutto negli ospedali maggiori dell'azienda, dove si registra un incremento dei pazienti che permangono meno di 6 ore ed una diminuzione della permanenza oltre le 12 ore.

## DA AMBULATORIO A CENTRO PER LA PERSONA CON STOMIA: L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO ONCOLOGICO DELLA BASILICATA

M.A. Grieco\*, C.A. Consolante°

\* Infermiere Professionale, Direzione Sanitaria; ° Direzione Sanitaria, Responsabile Ufficio Qualità  
IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (Pz)

**Parole chiave:** ambulatorio infermieristico, centro stomie, case management

**Introduzione.** Il numero di pazienti stomizzati in Basilicata è in costante crescita, in considerazione del miglioramento delle terapie chirurgiche e mediche conseguenti a neoplasie del tratto gastro intestinale; si valuta che la prevalenza di pazienti stomizzati in Basilicata sia di circa 300; gli interventi chirurgici sul tratto gastro intestinale (eseguiti da una unica equipe chirurgica) presso l'IRCCS CROB sono stati circa 100 nel 2016. Le necessità delle persone che entrano in ospedale per un intervento chirurgico che porta al confezionamento di una stomia sono legate a una condizione di adattamento fisico, psicologico, sociale e di gestione specifica dello stoma che perdura per tutto il periodo del ricovero e continua anche dopo la dimissione, al rientro al domicilio. Il corretto approccio alla persona, inizia con il disegno preoperatorio della stomia e non si esaurisce nell'addestramento alla gestione, ma coinvolge aspetti emozionali, nutrizionali e richiede approccio multidisciplinare. Il centro assicura il supporto psicologico, mediante consulenza individuale, di coppia ed alla famiglia su richiesta degli interessati. La eventuale presa in carico per patologie concomitanti da parte dei servizi territoriali è a carico del personale infermieristico del centro, che avvia anche le successive pratiche amministrative per la fornitura di ausili e presidi.

**Materiali e Metodi.** L'IRCCS CROB dal 2010 possiede professionalità infermieristiche specializzate nel trattamento delle stomie, ma solo nel 2016 è stato istituito un ambulatorio dedicato. Nel 2017 le attività sono state ampliate costituendo un percorso assistenziale a favore di utenti con stomie e la partecipazione integrata di diverse professionalità. Il centro è stato collocato in continuità con il Servizio di preospedalizzazione e dimissione dell'Istituto.

**Risultati.** Il centro è stato voluto dalla Direzione Sanitaria ed è il primo ambulatorio della Regione gestito esclusivamente da personale infermieristico. Una Infermiera Case Manager rappresenta il supporto costante ai pazienti per tutta la durata del percorso, dall'accettazione pre-intervento chirurgico, alla acquisizione della documentazione, dall'inserimento dei dati degli utenti nella piattaforma informatica dedicata, alla prenotazione degli esami specialistici e delle visite di controllo. Supportano inoltre l'attività ambulatoriale degli specialisti. È stato aggiornato il nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali della Regione Basilicata al fine di poter permettere la presa in carico globale del paziente in riferimento anche ai bisogni di educazione comportamentale ed alimentare contemporaneamente al follow-up dello stoma. Il centro si avvale della collaborazione di medici specialisti, di uno psicologo e si sta cercando di ottenere il contributo di associazioni di volontariato, dei Servizi Territoriali e dei MMG. Nel 2016 i pazienti visitati presso il centro sono stati 90 esterni e 24 ricoverati, per l'addestramento alle modalità di prima gestione della stomia; nei primi sei mesi del 2017 invece, sono state effettuate 396 prestazioni complessive di cui 21 per la valutazione preoperatoria, 54 per la valutazione protesica e 216 per terapia educativa; 165 le consulenze per pazienti ricoverati. L'assegnazione programmata di unità infermieristiche formate permetterà un ulteriore incremento di attività e favorirà la costituzione di una rete interregionale dei centri specializzati.

## ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER PAZIENTI CON PERMANENTE COMPLESSITÀ CLINICO ASSISTENZIALE

L. Indiani<sup>1</sup>, C. Capanni<sup>2</sup>, G. Perillo<sup>1</sup>, E. Sinisgalli<sup>3</sup>, M. Lino<sup>4</sup>, M.C. Verdina<sup>5</sup>, L. Barontini<sup>6</sup>,  
R. Chiaramonti<sup>7</sup>, E. Gori<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Medico SOC Continuità Ospedale Territorio e pianificazione post acuzie, AUSL Toscana Centro

<sup>2</sup> Direttore area Programmazione e controllo attività sanitarie, AUSL Toscana Centro

<sup>3</sup> Medico specializzando Staff Direzione Sanitaria Aziendale, AUSL Toscana Centro

<sup>4</sup> Responsabile Medico Villa delle Terme Falciani

<sup>5</sup> Medico Responsabile UVM Zona Firenze, AUSL Toscana Centro

<sup>6</sup> Direttore SOC Anestesia e Rianimazione PO San Jacopo, AUSL Toscana Centro

<sup>7</sup> Medico Coordinatore GOM GCA, AUSL Toscana Centro;

<sup>8</sup> Commissario AUSL Toscana Centro

**Parole chiave:** assistenza domiciliare, integrazione, complessità assistenziale

**Introduzione.** L'assistenza a domicilio di pazienti con patologie ad elevata complessità assistenziale (quali Stati Vegetativi o di Minima Coscienza e Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase avanzata) richiede il lavoro coordinato di équipes multiprofessionali ed una particolare attenzione alla formazione dei caregivers al fine di garantire qualità e sicurezza delle cure. Dal 2016 è attivo un progetto a carattere sperimentale che coinvolge AUSL Toscana Centro e privato accreditato (Gruppo Villa delle Terme Korian) per attività di Assistenza Domiciliare Integrata di pazienti affetti da patologie gravi con cronica compromissione delle funzioni vitali, assistibili a domicilio nonostante il gravoso carico assistenziale. Il progetto, che permette il reinserimento del paziente nel proprio contesto familiare al termine del ricovero in struttura, prevede l'erogazione di prestazioni sanitarie e assistenziali da parte di personale qualificato della casa di cura e supervisione da parte dei servizi territoriali di AUSL Toscana Centro.

**Materiali e Metodi.** Il paziente prima di essere trasferito dalla casa di cura a domicilio deve presentare stabilità delle condizioni cliniche generali da almeno 10 giorni, stabilità respiratoria da almeno 7 giorni con parametri di settaggio del ventilatore invariati e stabilità neurologica in caso di Grave Cerebrolesione Acquisita secondo i parametri delle procedure AUSL. L'equipe messa a disposizione dal Gruppo Villa delle Terme è composta da medici, infermieri, fisioterapisti, dietisti, logopedisti, operatori socio-sanitari e lavora secondo un piano di assistenza personalizzato condiviso con AUSL. È poi prevista l'attivazione di ulteriori consulenze da parte di specialisti della casa di cura in funzione di bisogni emergenti come la compliance ventilatore-paziente, il settaggio parametri ventilatore, la sostituzione della cannula tracheostomica. I familiari/caregivers sono protagonisti attivi nella gestione della malattia e sono oggetto di specifici interventi di educazione sanitaria effettuati già prima della dimissione a domicilio. Il MMG, che rimane punto di riferimento nell'assistenza al paziente, prescrive i farmaci e gli ausili necessari e viene coinvolto a partire dalla fase di dimissione ed aggiornato al verificarsi di cambiamenti clinici di rilievo. Il personale medico della casa di cura garantisce reperibilità telefonica h 24 ed intervento a domicilio entro 6 ore dalla chiamata in caso di necessità. È prevista la possibilità di rientro in casa di cura in caso si debbano effettuare prestazioni non eseguibili a domicilio. Un gruppo di coordinamento valuta l'andamento del progetto. Sulla base del primo anno di sperimentazione sono state effettuate piccole modifiche a protocollo e strumenti di lavoro.

**Conclusioni.** Complessivamente i pazienti assistiti a domicilio con questo progetto sono stati 5 (attualmente 4). Un questionario di gradimento somministrato ai familiari da personale AUSL ha dato come riscontro giudizio pienamente positivo. Il termine della fase di sperimentazione comporterà una valutazione complessiva dei risultati ottenuti (es. n° reingressi in ospedale e loro cause, n° interventi dei servizi di emergenza, eventuale insorgenza di eventi avversi) e delle risorse investite (comprese le prestazioni erogate direttamente da AUSL ad integrazione del servizio svolto dal personale della casa di cura) per poter stabilire in ottica costo-beneficio se proseguire nell'implementazione del modello assistenziale.

# RISCHI E OPPORTUNITÀ NELL'APPLICAZIONE DEL D.LGS. 231/2001. ANALISI DEL RUOLO DEL DIRETTORE SANITARIO E INTERVENTO FORMATIVO SPECIFICO

M.T. Loiudice\*, G. Delli Rocili°, T. Fabbri\*, P. Galli\*, M. Marchetti\*, G. Nasi\*, S. Parrocchia\*, R. Marrone\*, L. Cammelli\*\*

\* Consigliere Regionale ANMDO Lazio; ° Consulente NOMOS; \*\* Presidente ANMDO Lazio

**Parole chiave:** D.lgs. 231/01, strutture sanitarie accreditate, formazione

**Introduzione.** Il D.lgs. 231/01 ha introdotto un regime di "responsabilità amministrativa" degli Enti relativo alla commissione, o tentata commissione, di alcuni specifici reati compiuti da persone fisiche che rappresentano o che operano per l'Ente, nell'interesse dell'Ente stesso. Sulla base di tale decreto è quindi possibile "punire" l'Ente attraverso le sanzioni pecuniarie, l'interdizione dall'attività, il commissariamento, il divieto a contrarre con la PA. L'Ente, tuttavia, non risponde se dimostra di avere "adottato ed efficacemente attuato" un modello organizzativo idoneo a prevenire quel reato. Il compito di vigilare sull'applicazione di tale modello è affidato a un Organismo di Vigilanza (OdV) dell'Ente. La Regione Lazio, come altre Regioni, ha previsto l'obbligatorietà della adozione di tale modello da parte delle Strutture Sanitarie private accreditate (DCA n. U00183/2013).

**Materiali e Metodi.** Lo scenario è stato analizzato identificando tra i reati per cui si applica D.lgs 231/01 quelli di maggiore valenza sanitaria o in cui esiste un ruolo soprattutto di vigilanza della Direzione Sanitaria.

In secondo luogo sono stati ricostruiti gli elementi fondanti del sistema di gestione che coinvolgono la Direzione Sanitaria della struttura. In terzo luogo sono stati esaminati sulla base della funzione e delle attività dell'Organismo di Vigilanza i profili professionali e le competenze dei suoi componenti.

**Risultati.** Molti dei reati previsti hanno una loro drammatica attualità in ambito sanitario e la loro prevenzione coinvolge in modo significativo la Direzione Sanitaria. Coerentemente è opportuno che negli organismi di vigilanza sia assicurata la presenza di medici di Direzione Sanitaria adeguatamente formati. Pertanto è stato progettato con il supporto di una società di consulenza uno specifico corso di formazione. In conclusione l'ANMDO Lazio ha ritenuto che l'applicazione del D.lgs. 231/01 nel settore sanitario delinea uno scenario di rischi opportunità con nuovi ruoli e responsabilità che richiede una formazione ad hoc

Tabella 1 Reati e Rischi/Opportunità per la DS

Rif.	Reato	Attività a rischio
Art. 24	Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato o di un ente pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche e frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico	Gestione della documentazione sanitaria (cartelle cliniche, referti, ...) Rendicontazione delle prestazioni sanitarie
Art. 24 bis	Delitti informatici e trattamento illecito di dati	Gestione dati sensibili e sistemi di autenticazione
Art. 25	Concessione, induzione indebita a dare o promettere utilità e corruzione	Gestione rapporti con enti della Pubblica Amministrazione (in caso di accessi, ispezioni, consegna di documentazione)
Art. 25 quater1	Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili	Attività chirurgica legata ad interventi di ginecologia/ostetricia
Art. 25 quinquies	Delitti contro la personalità individuale	Gestione del personale Gestione contratti con fornitori Gestione della contenzione
Art. 25 septies	Omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro	Gestione dei processi inerenti la sicurezza dei lavoratori Gestione dei dispositivi di protezione individuale Gestione ed aggiornamento del DVR
Art. 25 octies	Ricettazione, riciclaggio, autoriciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita	Gestione dei conferimenti/finanziamenti alla società Gestione approvvigionamenti apparecchiature elettromedicali e dispositivi medici
Art. 25 novies	Delitti in materia di violazione del diritto d'autore	Gestione delle licenze d'uso dei software gestionali (Cartella clinica informatizzata, sistemi ADT, ...)
Art. 25 decies	Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria	Gestione dei rapporti con autorità giudiziaria in caso di procedimenti penali
Art. 25 undecies	Delitti in materia ambientale	Gestione dei rifiuti ordinari e speciali Gestione degli scarichi Gestione delle demenze periodiche agli enti preposti
Art. 25 duodecies	Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare	Gestione del personale Gestione dei rapporti con i fornitori di servizi di somministrazione di personale

# PROGETTO DI RIALLOCAZIONE DELLE RISORSE E DEGLI SPAZI IN GRUPPO OPERATORIO

M. Longone (Specializzanda)<sup>1</sup>; R. Cazzaro (Direttore Direzione Medica)<sup>1</sup>; C. Bertoncetto (Ricerca Universitaria)<sup>2</sup>; A. Modenese (Dirigente Medico)<sup>1</sup>; F. Fanin (Coordinatore Infermieristico)<sup>1</sup>; S.A. Bellometti (Direttore Sanitario)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Azienda ULSS 8 Berica; <sup>2</sup> Università degli studi di Padova

**Parole chiave:** sale operatorie, monitoraggio, penalità

**Introduzione.** La Direzione Medica (DM) dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza ha svolto un'analisi dei tempi operatori su 7 Unità Operative (UO) per motivare la necessità di sedute aggiuntive. L'analisi retroattiva dei tempi operatori di maggio 2016 ha rivelato degli sprechi di utilizzo delle Sala Operatorie. È stato progettato un sistema di penalità (vedi figura 1), che vedeva come obiettivo la razionalizzazione e riallocazione delle risorse e degli spazi operatori dalle équipe meno efficienti a quelle più virtuose. A concludere è stato progettato un sistema di monitoraggio dei tempi operatori che ne permettesse l'analisi dopo l'applicazione del sistema di penalità.

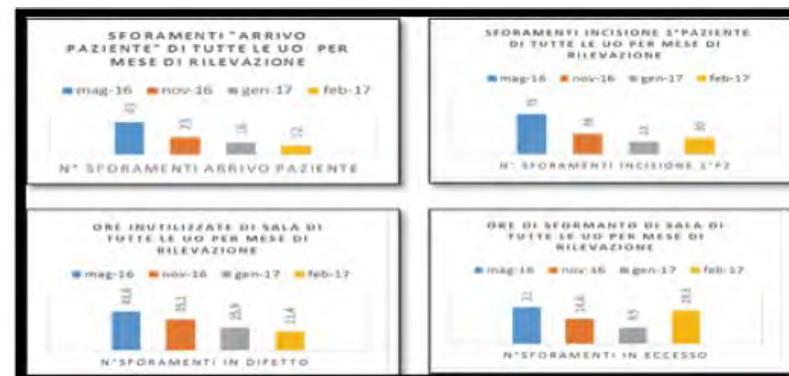
**Materiali e Metodi.** L'analisi dei dati, estrapolati dal registro operatorio informatizzato dell'azienda, e la realizzazione del sistema di penalità (fig 1) sono stati condotti dal personale della DM insieme al coordinatore del gruppo operatorio garantendo una valutazione qualitativa alla lettura del dato orario. Ad ogni UO è stata consegnata una scheda di monitoraggio da compilare settimanalmente con i tempi operatori e le motivazioni di sfioramento non imputabili all'organizzazione dell'équipe chirurgica.

**Risultati.** I dati pre-intervento correttivo (maggio 2016) mostrano un'importante numerosità degli sfioramenti relativamente a tutti i tempi operatori; che in totale risultano:

- 43 sfioramenti dell'arrivo paziente (dopo le 7:45)
- 75 sfioramenti del tempo di incisione
- 43,8 ore di inutilizzo delle sale
- 21 ore di sovrautilizzo delle sale

Il dato più impattante è stato quello relativo alle ore di NON utilizzo delle Sale Operatorie 43,8 che corrisponderebbero a 6,3 sedute in più al mese, quasi una per ognuna delle 7 specialità. Dopo la condivisione dei dati con le UO si è evidenziato un trend di miglioramento (vedi grafici) relativamente a tutti i tempi operatori dopo l'introduzione del sistema di penalità. Anomali risultano gli sfioramenti per eccesso nel mese di febbraio; probabilmente conseguenza dell'entrata in vigore di una normativa regionale (gennaio 2017) che riduceva i tempi di attesa massimi.

Grafico 1. Quantificazione sfioramenti tempi chirurgici (dati aggregati per tutte le UO)



I risultati evidenziano il successo dell'intervento correttivo, dovuto alla presa di coscienza da parte delle UO di un non corretto utilizzo delle proprie sale operatorie e all'autovalutazione condotta tramite la scheda di monitoraggio che è servita da innesco per individuare le criticità avviandosi verso un processo di miglioramento continuo delle proprie capacità organizzative e di pianificazione.

## INTERVENTO RIABILITATIVO INTEGRATO LA SALUTE RITROVATA MUSICA MOVIMENTO INCONTRO FITWALKING E SANA ALIMENTAZIONE

M. Lonoce<sup>1</sup>, D. Caforio<sup>2</sup>, A. Rinaldi<sup>3</sup>, V. Longo<sup>3</sup>, F. Silvestri<sup>4</sup>, O. Capparella<sup>5</sup>, R. Notarnicola<sup>5</sup>, G. Colaccico<sup>6</sup>, M.S. Simonetti<sup>6</sup>, M.R. Nicoletti<sup>1</sup>, A. Scafato<sup>2</sup>, S. Pisconti<sup>3</sup>, M. Carlucci<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Direzione Medica P.O. Castellaneta ASL TA; <sup>2</sup> SSD Psicologia clinico ospedaliera;

<sup>3</sup> Dipartimento oncologia medica; <sup>4</sup> S.C. Cardiologia P.O. Castellaneta; <sup>5</sup> Distretto Socio Sanitario 1;

<sup>6</sup> Distretto Socio Sanitario 2; <sup>7</sup> Direzione sanitaria ASL TA.

**Parole chiave:** percorso riabilitativo integrato interdisciplinarietà qualità di vita

**Introduzione.** La malattia oncologica implica un percorso di sofferenza, con ripercussioni sul corpo, sulla psiche, sugli affetti e nelle relazioni. In particolare, per i tumori femminili, la presenza di cicatrici, le modificazioni del peso corporeo, l'alopecia e l'amenorrea iatrogena, alterano l'immagine corporea e peggiorano l'autostima. Concomitano difficoltà di relazione, in particolare nella vita di coppia. In linea con le raccomandazioni di OMS, AIOM e SIPO, che evidenziano l'efficacia del sostegno psicologico, dell'attività motoria aerobica e della sana alimentazione nel ridurre l'impatto della malattia oncologica e degli effetti avversi connessi ai trattamenti, è stato realizzato presso il P.O. di Castellaneta (ASL TA), un percorso riabilitativo integrato, grazie al lavoro interdisciplinare di operatori ospedalieri e del territorio, oncologo, psicoterapeuta, cardiologo, dietista, fisioterapista, istruttrice di Fitwalking. Obiettivo dell'intervento è stato quello di superare l'esperienza di disagio delle pazienti mediante il sostegno psicologico attuato con gruppi di psicoterapia supportivo-espressiva e di biodanza, la sana alimentazione con gruppi psicoeducativi e l'attività fisica aerobica caratterizzata dalla pratica del Fitwalking nelle gravine della Murgia Jonica.

**Materiali e Metodi.** Sono state reclutate 13 pazienti attraverso uno screening dei seguenti parametri: distress, ansia, depressione, fatigue, pressione arteriosa e frequenza cardiaca. Le pazienti di età media 47 anni (22-61 anni), con carcinoma mammario (76%), carcinoma ovarico (16%) e mesotelioma peritoneale (8%), al momento della realizzazione del progetto il 54% delle pazienti era in trattamento chemioterapico, il 46% in trattamento ormonale. Per le rilevazioni delle variabili psicologiche le scale di misura prese in considerazione sono state: Hospital Anxiety and Depression Scale, Distress Thermometer, Brief Fatigue Inventory. Il contesto nel quale si è svolto il percorso è stato di tipo relazionale con scambi emotivi positivi, accettazione, accoglienza, protezione e sostegno, includendo tutte le dimensioni della persona: corporea, psichica, sociale. Sono state utilizzate le seguenti tecniche di gruppo: psicoterapia di gruppo supportiva-espressiva, biodanza, tecnica psicoeducativa, fitwalking, t-group. L'analisi statistica è stata realizzata utilizzando il test t per campioni appaiati.

**Risultati.** L'analisi dei risultati ha dimostrato una riduzione statisticamente significativa del distress, in particolare dei problemi emozionali: paure (62 vs 53 p= 0.025), depressione (61 vs 15 p=0.025) perdita di interesse nelle usuali attività (15 vs 8 p=0.025). È stata registrata una riduzione statisticamente significativa della fatigue, come abituale livello di affaticamento (53,8 vs 23,1 p=0.014) come interferenza sulle attività in genere (92,3 vs 53,9 p= 0.011) e sull'umore (61,5 vs 23,1 p=0,027). Inoltre, è stato evidenziato un miglioramento anche se non statisticamente significativo dell'ansia e della depressione.

**Conclusioni.** Riconoscere nelle pazienti la sofferenza psicologica ed offrire loro un percorso di cura integrato, si è rivelato efficace nel migliorare la qualità di vita e la capacità di affrontare la malattia ed i trattamenti. Le tematiche affrontate nel percorso riabilitativo hanno avuto una risonanza sulle partecipanti evidenziando come la rievocazione e la condivisione sono molto faticose, ma preziose per il rinnovamento della persona.

## RIORGANIZZAZIONE DELL'AREA DIPARTIMENTALE CHIRURGICA: POTENZIAMENTO DEL PERCORSO "WEEK SURGERY"

Marcon E.<sup>1</sup>, Zanardo D.<sup>1</sup>, Sturaro W.<sup>2</sup>, Benini P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Direzione Medica Ospedali Riuniti Padova Sud "Madre Teresa di Calcutta", Azienda ULSS n. 6 Euganea, Regione Veneto; <sup>2</sup> Servizio Professioni Sanitarie Ospedali Riuniti Padova Sud "Madre Teresa di Calcutta", Azienda ULSS n. 6 Euganea, Regione Veneto; <sup>3</sup> Direttore Sanitario Azienda ULSS n. 6 Euganea, Regione Veneto

**Parole chiave:** Week Surgery, appropriatezza organizzativa

**Introduzione.** Con DGR 2688/14 la Regione Veneto definisce il modello "Week Surgery" (WS), articolazione organizzativa del regime di ricovero ordinario, dedicato all'attività chirurgica elettiva di media-bassa complessità per cui si prevede un ricovero di al massimo 5 giorni. In Area Chirurgica si definiscono così due percorsi distinti, uno per la chirurgia complessa o dedicata all'urgenza/emergenza e uno per la chirurgia programmata. Le unità di WS dovrebbero avere personale e spazi dedicati ed essere organizzate su 5 giorni/settimana. Nel I trimestre 2017, il Dipartimento Chirurgico del Presidio Ospedaliero ha reso nota la difficoltà a garantire l'attività chirurgica d'elezione. Questo fenomeno era dovuto, almeno in parte, a numerosi ricoveri urgenti di Area Medica che venivano accolti nelle Aree di degenza ordinaria chirurgica. È stata, inoltre, evidenziata la necessità di migliorare l'appropriatezza per quanto riguarda la scelta del regime di ricovero chirurgico. Si è studiato, pertanto, un progetto di riorganizzazione delle degenze che rimodulasse la disponibilità dei posti letto (PL) per i diversi setting assistenziali.

**Materiali e Metodi.** Sono stati analizzati i dati di attività e gli indicatori di appropriatezza per regime di ricovero e Unità Operativa sia per il periodo antecedente la riorganizzazione (anno 2016-I trimestre 2017) sia successivo (maggio-giugno 2017).

**Risultati.** L'analisi preliminare ha evidenziato uno scarso utilizzo della WS ed un elevato numero di ricoveri con degenza breve (<5 giorni) in regime ordinario. La nuova configurazione (Tabella 1), attiva da maggio 2017, ha raddoppiato il numero di PL (da 13 a 26) di WS e ridotto i PL dedicati al regime ordinario. Nel bimestre maggio-giugno si sono osservati un miglioramento dei dati di attività per entrambi i regimi di ricovero (Tabella 2) e un'importante riduzione dei ricoveri brevi in regime ordinario (da 82.5% a 62.7% del totale dei ricoveri ordinari). La progettualità ha ottimizzato l'utilizzo delle risorse del comparto, recuperando circa 5 infermieri TPE e 3.5 OSS TPE. La rimodulazione dell'Area Medica ha permesso di concentrare i pazienti prima in "Appoggio" nelle diverse U.O. Chirurgiche in un'unica Area affine a quella di competenza, aumentando la sicurezza dei pazienti.

La progettualità ha, quindi, rivisto il modello organizzativo del Dipartimento Chirurgico, migliorando la definizione dei percorsi dedicati alla chirurgia complessa e alla chirurgia di media-bassa complessità.

Tabella 1. Distribuzione delle degenze di Area Chirurgica pre- e post-riorganizzazione

Distribuzione Delle Degenze Di Area Chirurgica Pre-Riorganizzazione		
Blocco C1	Blocco C2	Blocco C3
Ortopedia 43 PI	Week Surgery 13 PI	Ginecologia 12 PI
	Chirurgia 26 PI	Urologia 18 PI
		O.r.l. 15 PI
Distribuzione Delle Degenze Di Area Chirurgica Post-Riorganizzazione		
Blocco C1	Blocco C2	Blocco C3
Ortopedia 43 PI	Vuoto	Ginecologia 5 PI
	Chirurgia 24 PI	Urologia 10 PI
		O.r.l. 7 PI
		Week Surgery 26 PI

Tabella 2. Indicatori di attività per regime di ricovero pre- e post- riorganizzazione

Indicatori Di Attività Per Regime Ordinario_ Confronto I Trim. 2017 E Bimestre Maggio-Giugno 2017								
	P.I. Pre	P.I. Post	T.o. Pre	T.o. Post	D.m. Pre	D.m. Post	P.m Pre	P.m Post
Urologia	18	10	86.3%	99%	4.1	5.0	15.5	10.0
Ginecologia	12	5	58.8%	62%	4.6	5.1	7.0	3.1
Chirurgia	26	24	76.9%	86%	6.4	6.0	20.0	21.0
O.r.l.	15	7	72.2%	95%	3.9	5.0	10.8	7.0

Indicatori Di Attività Per Week Sugery_ Confronto I Trim. 2017 E Bimestre Maggio-Giugno 2017								
	P.I. Pre	P.I. Post	T.o. Pre	T.o. Post	D.m. Pre	D.m. Post	P.m Pre	P.m Post
Urologia	2	5	2.3%	153%	1.5	1.0	0	8.0
Ginecologia	0	5	Null	37%	Null	6.0	Null	2.0
Chirurgia	6	7	79.2%	47%	2.0	2.0	4.8	3.0
O.r.l.	0	4	Null	59%	Null	1.0	Null	2.0
Gastro	4	4	37.5%	110%	1.75	1.28	1.5	4.4
Oculistica	1	1	26.6%	9%	1.1	1.0	0.3	0

P.I.: Posti Letto, T.o.: Tasso Di Occupazione, D.m.:Degenza Media, P.m.: Presenza Media

## IL CONTENIMENTO DEI COSTI E L'APPROPRIATEZZA CLINICA: INDICAZIONI, STRUMENTI E MODALITÀ PER LA GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

**A.M. Mastromatteo, B.A. Miraglia, G. Nasi**  
Ospedale Cristo Re, Gruppo Giomi, Roma

**Parole chiave:** ospedale, crisi economica, appropriatezza

**Introduzione.** Negli ultimi anni si sta assistendo ad una evoluzione dei sistemi sanitari che comporta la necessità di un cambiamento nella governance sia per una sempre maggiore attenzione alle dinamiche ed al controllo della spesa al fine di riportare il sistema in equilibrio, che per garantire una assistenza appropriata a tutti i cittadini ed in modo uniforme. Il case study dell'Ospedale Classificato Cristo Re è di esempio in quanto, dopo un momento iniziale di sviluppo e consolidamento, in seguito ad un periodo di grande sofferenza economica ha indirizzato la proprietà, previo concordato preventivo, alla cessione ad un importante e solido gruppo privato, Giomi, con una forte esperienza nel campo della sanità.

**Materiali e Metodi.** È stato analizzato il percorso di organizzativo gestionale in risposta alla crisi economica con identificazione di soluzioni organizzative e gestionali che avevano l'obiettivo di superare le criticità economiche, mantenere i livelli occupazionali, conservare la mission aziendale e garantire prestazioni sanitarie appropriate ed efficaci ristabilendo l'immagine ed autorevolezza della struttura nel territorio.

**Risultati.** Il Cruscotto di monitoraggio direzionale basato su 10 aree di intervento come gli adeguamenti / ampliamenti strutturali, le implementazioni sistemi informativi gestionali e contabili, la revisione e centralizzazione approvvigionamenti beni e servizi, la gestione delle risorse umane, comunicazione /condivisione e la promozione delle eccellenze, ricerca scientifica, qualità e formazione ha portato a fine 2016 che il 65% degli obiettivi è stato raggiunto in modo completo ed il 35% in modo parziale a testimonianza dell'ottimo lavoro di squadra.

**Conclusioni.** La promozione dell'efficacia e della appropriatezza delle cure è un elemento chiave per contribuire ad un miglioramento della salute della popolazione e alla sostenibilità del servizio sanitario nazionale. Il forte attaccamento alla struttura del personale e la condivisione degli obiettivi strategici esplicitati, uniti alle competenze manageriali ed agli strumenti gestionali, logistici ed organizzativi del gruppo, hanno permesso di impostare una nuova moderna modalità di lavoro che già nei primi due anni ha permesso di raggiungere in modo completo i più importanti obiettivi strategici.

Obiettivi per l'Anno 2016	Raggiungimento Sì No Parziale
Completamento del processo di accreditamento istituzionale	SI
Completamento delle procedure di acquisizione dell'Ospedale	SI
<b>Centralizzazione della gestione dei principali beni e servizi</b>	SI
a. Acquisti farmaci, dispositivi e attrezzature	SI
b. Ristorazione ospedaliera, mensa aziendale e bar (GioService)	SI
c. Sistemi informativi IgCom: ambiente IgSuite per la gestione dei dati sanitari con specifici applicativi per CUP, Gestione Ricoveri, SIAS, Sale operatorie, Refertazione Esami, Pronto Soccorso, controllo di gestione, ordini/acquisti interni ed esterni, fatturazione elettronica, gestione delle presenze e buste paga personale, ecc.	SI
d. Gestione del personale: monitoraggio e rimodulazione degli orari di servizio con nuove modalità di autorizzazione del plus orario, rotazione del personale sanitario non medico in reparti e servizi con ottimizzazione della gestione delle risorse umane.	Parziale
e. Liste di attesa per ricoveri ordinari e diurni sia a carico del SSN che privati/privato sociale/ alpi di tutte le Unità Operative centralizzate presso l'Ufficio Prenotazione Ricoveri	SI

Ristrutturazione e riorganizzazione attività e spazi	Parziale
Budget (volumi attività, indicatori di performance,)	Parziale
Organizzazione di pacchetti di prestazioni sanitarie sia di ricovero che ambulatoriali di privato sociale	SI
Convenzioni con assicurazioni	SI
<b>Eccellenze:</b>	Parziale
Ricerca e Formazione	Parziale
Dotazioni tecnologiche	Parziale
Certificazione di qualità	SI
Attrattività	SI

## IL BALANCED SCORECARD COME SUPPORTO ALLA PIANIFICAZIONE STRATEGICA DELL'ASL TO3

**D. Minniti<sup>^^</sup>, F. Bisanti<sup>oo</sup>, M. Alesina<sup>^</sup>, M. Poletti<sup>o</sup>, M. Rebora<sup>\*\*</sup>, F. Boraso<sup>^^^</sup>**

<sup>^</sup> Medico in formazione specialistica Scuola di Igiene e Medicina Preventiva Torino

<sup>^^</sup> Direttore Medico Presidio- Coordinatore ospedali ASLTO3

<sup>o</sup> Ingegnere Gestionale

<sup>oo</sup> Medico Radiologo

<sup>\*\*</sup> Direttore Sanitario ASLTO3

<sup>^^^</sup> Direttore Generale ASLTO3

**Parole chiave:** balanced scorecard, programmazione, pianificazione

**Introduzione.** Al fine di gestire un'azienda sanitaria è indispensabile misurare le performance e monitorare la crescita dell'organizzazione, la soddisfazione dell'utente, la qualità dei processi ed i risultati di bilancio. La finalità della balanced scorecard è di disporre di misure attendibili e tempestive per attuare interventi migliorativi attraverso un insieme di indicatori che consentano una valutazione globale dei risultati dell'azienda sanitaria. Nell'ambito dell'ASL TO3 il monitoraggio e la programmazione erano strutturate secondo un modello prevalentemente economico finanziario, tralasciando le dimensioni di performance, di efficienza e qualitativa.

**Materiali e Metodi.** L'applicativo informatico "HERO" permette la raccolta di tutti i dati relativi alle attività ed ai processi che costituiscono l'offerta dell'ASL TO3. I dati raccolti possono essere analizzati e rappresentati dall'applicativo Board che corrisponde allo strumento aziendale di reportistica DWH. Gli applicativi sono consultabili da tutto il personale aziendale e rappresentano lo strumento di monitoraggio della performance dell'azienda. Al fine di razionalizzare la programmazione degli ospedali appartenenti all'azienda si è costituito un gruppo di lavoro che ha provveduto ad analizzare la situazione di partenza degli indicatori in uso. Durante la fase di progettazione e pianificazione si sono scelti come ambiti di applicazione le attività di Pronto Soccorso, Ambulatori, Ricoveri e Farmacia e si sono identificati i processi ospedalieri, la loro sequenza ed interazione, i criteri, le risorse ed i metodi necessari per assicurare l'efficace funzionamento. Successivamente si sono scelte e progettate le misure (traducendo gli obiettivi in indicatori misurabili) e condivise con gli esperti dei singoli processi. Dopo aver raggiunto il consenso si è provveduto alla verifica dell'idoneità degli indicatori individuati come descrittivi del processo e delle sue criticità.

**Risultati.** Gli indicatori idonei, predittivi ed accurati saranno implementati nell'ambito di un cruscotto che rappresenta lo strumento di presentazione dei dati a supporto delle decisioni ospedaliere; ad ogni indicatore complesso solo legati indicatori di livello inferiore e la relativa reportistica. Il cruscotto è utilizzato per la pianificazione strategica aziendale e per l'individuazione degli interventi da mettere in atto al fine di migliorare le performance ed i processi ospedalieri.

## PROGETTO SANITARIO DI COOPERAZIONE TRANSFRONTALIERA “PROSANTÉ”: CONDIVISIONE DI PERCORSI E PROCESSI

P. Morelli<sup>^</sup>, S. Passi<sup>^</sup>, D. Minniti<sup>^^</sup>, F. Bisanti<sup>°</sup>, M. Presutti<sup>°°</sup>, F. Boraso<sup>^^^</sup>

<sup>^</sup> Medico Igienista Direzione Medica di Presidio

<sup>^^</sup> Direttore Medico Presidio Ospedaliero Susa

<sup>°</sup> Medico radiologo

<sup>°°</sup> Direttore Struttura qualità e gestione del rischio clinico

<sup>^^^</sup> Direttore Generale ASLTO3

**Parole chiave:** cooperazione sanitaria, transfrontaliero, management

**Introduzione.** La Direttiva 2011/24/UE sui diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera sottolinea la centralità del paziente nella possibilità di scelta di uno Stato membro diverso dallo Stato di affiliazione come luogo dove ricevere assistenza sanitaria. Tale garanzia risulta una condizione indispensabile per realizzare la mobilità dei pazienti e garantire un elevato livello di protezione del bene salute. La collocazione e distribuzione geografica dell'ASLTO3 caratterizzata da territori di confine ne rappresenta lo scenario ideale per la creazione di un progetto di sanità transfrontaliera. Con questo fine è stato avviato un programma transfrontaliero di cooperazione internazionale in ambito sanitario tra l'Ospedale di Susa (ASL TO3) ed il Centre Hospitalier des Escartons de Briançon.

**Materiali e Metodi.** L'Ospedale di Susa e l'Ospedale di Briançon presentano molte similitudini per quanto concerne il territorio e la popolazione; la distanza dalle aree metropolitane ne rappresenta un potenziale fattore di rischio per le disuguaglianze di salute e le possibilità di accesso alle cure. I due ospedali, tra cui si annovera una collaborazione già dal 2006 (anno delle Olimpiadi invernali), hanno avviato dal mese di febbraio 2017 una collaborazione formale grazie al progetto di cooperazione transfrontaliera denominato “Prosanté”. Tale progetto, finanziato dalla Comunità Europea, si focalizza sull'analisi di quattro macroaree (processi sanitari, logistici, organizzativi ed economici) che caratterizzano le due realtà sanitarie in questione al fine di individuare dei percorsi per la creazione di un'offerta sanitaria condivisa.

**Risultati.** Il progetto è nato con l'obiettivo di creare una rete sanitaria condivisa tra i due ospedali al fine di facilitare l'accesso all'assistenza sanitaria grazie ad un riconoscimento bilaterale delle prestazioni. L'accordo si sviluppa secondo i principi della Direttiva 2011/24/UE, stimolando la cooperazione tra sistemi sanitari e gestendo al meglio le risorse. L'intento del progetto è quello di creare meccanismi finanziari condivisi, protocolli comuni di pianificazione e sinergie, sviluppare scambi di operatori e professionisti, avviare percorsi di formazione ed aggiornamento, definire standard professionali comuni e metodi omogenei di valutazione delle cure sulla base dei bisogni di salute della popolazione che abita il contesto montano nel rispetto dei principi di equità e reciprocità.

## INTELLIGENZA NUTRIZIONALE: PROGETTO INNOVATIVO NELLA RISTORAZIONE COLLETTIVA. L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE CRISTO RE DI ROMA

G. Nasi<sup>\*</sup>, A.M. Mastromatteo<sup>\*</sup>, L.M. Donini<sup>^</sup>, B.A. Miraglia<sup>\*</sup>, N. Romito<sup>^^</sup>, A. Sponzilli<sup>\*\*°</sup>, L. Miraglia<sup>°</sup>

<sup>\*</sup> Direzione Sanitaria Ospedale Cristo Re GIOMI Roma

<sup>^</sup> Dipartimento di Medicina Sperimentale Università degli Studi di Roma La Sapienza

<sup>^^</sup> Chef del Ristorante Reale (3\* Michelin), Direttore Scientifico di Niko Romito Formazione

<sup>\*\*</sup> Direzione Amministrativa Ospedale Cristo Re GIOMI Roma

<sup>°</sup> Gioservice srl

**Parole chiave:** intelligenza nutrizionale, ristorazione collettiva, standardizzazione mense

**Introduzione.** La ricerca è parte integrante delle attività del SSN in quanto è elemento fondamentale per garantire ai cittadini una sanità efficace, efficiente e di buona qualità, rispondente ai reali bisogni di assistenza e cura del Paese. L'Ospedale Cristo Re ha sempre incentivato le attività di miglioramento e la formazione, restando al passo con gli aggiornamenti scientifici e facilitando le attività di ricerca traslazionale cioè di trasferimento delle conoscenze acquisite dalla ricerca di base al letto del paziente al fine di migliorare la qualità dell'assistenza. In quest'ottica si sviluppa pienamente il progetto di Intelligenza Nutrizionale.

**Materiali e Metodi.** Lo studio è stato realizzato in collaborazione con importanti partner: l'Unità di Ricerca in Scienza dell'Alimentazione e Nutrizione Umana dell'Università La Sapienza di Roma, lo Chef 3\* Michelin Niko Romito e Gioservice srl. Il progetto rivoluziona la ristorazione collettiva, portando la scienza e le tecniche dell'alta cucina tra le corsie d'ospedale, perché il cibo diventi parte integrante della cura stessa. Per la realizzazione di tale obiettivo si è effettuata una reingegnerizzazione delle cucine ospedaliere con standardizzazione dei processi e modifiche della modalità di cottura degli alimenti, tale da permettere la conservazione di sostanze anti-ossidanti e l'assenza di produzione di sostanze pro-ossidanti. La verifica del protocollo è stata integrata da un piano di informazione degli utenti sulla distribuzione nell'arco della giornata e della settimana delle singole pietanze, sulle strategie di selezione delle derrate alimentari, sui controlli della qualità dei prodotti, sulle tecniche di cottura e di trasformazione degli alimenti nonché da un piano di formazione del personale che collabora a qualsiasi livello con il servizio di ristorazione: personale addetto alla produzione, personale di assistenza, medici curanti, personale amministrativo. La conoscenza delle finalità, dei vincoli e dell'organizzazione del servizio è stata essenziale per ottenere una cosciente ed efficace collaborazione. L'attività ha, inoltre, tenuto conto dei principi ispiratori del sistema HACCP, ma non si è limitata alla sola qualità igienico-sanitaria degli alimenti somministrati, ma ha preso in considerazione anche altri aspetti fondamentali come la qualità sensoriale ed i bisogni edonistici legati all'alimentazione che sono necessari per una piena soddisfazione del consumatore, principio base per instaurare una “Gestione del Benessere”.

**Risultati.** Gli effetti della produzione, oltre ad esaltare le percezioni sensoriali (vista, olfatto, gusto) già di per sé generatrici di miglior stato di benessere, permettono di coadiuvare le normali terapie con un trattamento dietetico sano e sicuro. Inoltre, gli alimenti stessi, conservando interamente i principi nutritivi, diventano terapie con particolare riferimento ai pazienti diabetici anche in assistite con diabete gestazionale e in qualsiasi degente con diete speciali o programmi interventistici mirati, come per il protocollo chirurgico ERAS (Enhanced Recovery After Surgery).

In conclusione nell'Ospedale Cristo Re il connubio fra ricerca e alta cucina hanno condotto ad un sistema, a tutti gli effetti, riproducibile e al servizio della salute e del benessere del paziente rispondendo agli obiettivi di reingegnerizzazione delle mense ospedaliere, standardizzazione dei processi, formazione altamente specializzata e cucina d'autore.

## RISULTATI DI UN PROGRAMMA OSPEDALIERO DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP

R. Novati, C. Giacomazzi<sup>o</sup>, G. Vigo<sup>\*</sup>, J. Luboz<sup>\*</sup>, A. Catania<sup>^</sup>, S. Magnani<sup>^</sup>, G. Del Vescovo, M.G. Canta, C. Viglianchino, C. Galotto

Direzione Medica di presidio – <sup>o</sup> Microbiologia; <sup>\*</sup> Farmacia; <sup>^</sup> Malattie Infettive, Azienda USL Valle d'Aosta

**Introduzione.** La diffusione dei batteri multi resistenti, in particolare, da qualche anno, degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE/CPE), costituisce un'emergenza di sanità pubblica nei paesi sviluppati. Per tale motivo in anni recenti si stanno diffondendo tentativi di governo d'uso degli antibiotici (antimicrobial stewardship) per lo più su base empirica. Obiettivo del nostro lavoro è stato di verificare l'efficacia di un programma di stewardship antibiotica adottato ad inizio 2016 e il possibile effetto dello stesso sull'incidenza ospedaliera di infezioni da batteri multiresistenti.

**Materiali e Metodi.** 1- Antibiogramma mascherato (AM), introdotto da febbraio 2016, che non referta antibiotici ad ampio spettro in caso di isolamento di batteri sensibili ai comuni antibiotici. 2- Nuova richiesta motivata (RM), da maggio 2016, che rende Teicoplanina e Meropenem prescrivibili solo da infettivologo o internista (in area medica), togliendo i due farmaci dalla disponibilità dei reparti. Resta invariata invece la RM per tigeciclina, daptomicina, inezolid, ertapenem, prescrivibili solo dall'infettivologo e già in essere. Il consumo medio mensile degli antibiotici è espresso in dosi definite giornaliere (DDD) ed è stato valutato in un'analisi before-after confrontando i periodi gennaio 2014-gennaio 2016 e febbraio 2016-agosto 2017. Abbiamo infine valutato l'incidenza mensile di nuovi casi ospedalieri di pazienti colonizzati/infetti da MRSA ed enterobatteri produttori di carbapenemasi e/o resistenti ai carbapenemi.

**Risultati.** I risultati sono descritti in Tabella

Dosi definite giornaliere, media mensile	Pre intervento	Post-intervento	Delta
Meropenem	569	345	-39%
Ertapenem	115	49	-57,4%
Teicoplanina	504	200	-60,3%
CONTROLLI			
Daptomicina	153	170	10
Tigeciclina	53	40	-19,1%
Linezolid	39	23	-41%
Vancomicina	220	209	-5,5%
Colistina*	79	59	-25,3%
TUTTI gli altri antibiotici °	16297	15735	-3,4%
incidenza ospedaliera x 100 dimessi <sup>^</sup> , batteri multiresistenti,			
enterobatteri CRE/CPE	0,46	0,32	-30,4%
MRSA	0,7	0,7	0

° unità posologiche \* richiesta motivata dal 2017 ^ ricovero ordinario, da gennaio 2015

**Conclusioni.** Il programma attivato è risultato notevolmente efficace nel ridurre i consumi degli antibiotici oggetto di stewardship, e si osserva un probabile effetto di trascinarsi verso altre molecole (vancomicina in particolare), a significare maggiore tensione complessiva verso la appropriatezza prescrittiva da parte dei medici ospedalieri. Il calo di incidenza di enterobatteri CRE/CPE è incoraggiante e sarà a breve affiancato dai dati di incidenza degli altri batteri multi resistenti sorvegliati. In conclusione i programmi di antimicrobial stewardship sono attuali e necessari ma occorre dimostrarne l'efficacia, che a nostro parere dipende dal coinvolgimento dei clinici nel progetto e dalla natura almeno in parte vincolante delle misure proposte.

## OVERCROWDING E BED MANAGEMENT: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA DEGLI INTERVENTI DI PROVATA EFFICACIA

R. Papa<sup>\*</sup>, L. Incicchitti<sup>\*</sup>, L. Polenta<sup>\*</sup>, F. Luzi<sup>\*</sup>, C. Martini<sup>\*</sup>, M.M. Gallo<sup>\*</sup>, M.C. Gemini<sup>\*</sup>, S. Galmozzi<sup>#</sup>, V.M. Scandali<sup>#</sup>, M. Sebastiani<sup>\*</sup>, G. Serafini<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup> Direzione Medica Ospedaliera – AOU Ospedali Riuniti Ancona;

<sup>#</sup> Università Politecnica delle Marche - Scuola di Specializzazione In Igiene e Med. Prev.

**Parole chiave:** overcrowding, bed management, appropriatezza

**Introduzione.** Il sovraffollamento in Pronto Soccorso (PS) e più in generale nei Dipartimenti di Emergenza (DEA), rappresenta un problema di crescente interesse per le organizzazioni sanitarie. Negli Ospedali Italiani infatti sono molteplici le azioni finalizzate al miglioramento dei flussi di pazienti attraverso la metodologia del bed management. Tali iniziative sono però spesso basate su dati empirici non suffragati da interventi di provata efficacia.

Lo scopo del presente documento è quindi quello di presentare una breve revisione sistematica della letteratura al fine di identificare gli interventi di bed management efficaci mirati alla riduzione dei ritardi e del sovraffollamento nel DEA.

**Materiali e Metodi.** L'analisi delle evidenze disponibili è stata effettuata prioritariamente attraverso la ricerca, selezione e sintesi di documenti integrativi: linee guida, revisioni sistematiche con o senza metanalisi e studi di Health Technology Assessment.

Si sono ricercati tutti gli studi in lingua inglese ed italiana pubblicati dal 1/1/2007 al 31/08/2017. Sono stati invece esclusi gli studi relativi a pazienti pediatrici e ambientati in setting non ospedalieri. Rispetto alla qualità metodologica sono stati esclusi i fulltext privi di una esplicita definizione del metodo di ricerca, selezione e valutazione degli Studi inclusi nel documento integrativo.

La sintesi delle evidenze è stata effettuata attraverso la costruzione di un Evidence Report che includesse la descrizione sintetica del tipo di intervento, la referenza bibliografica con tipo di studio e n° pazienti, gli esiti indagati e la qualità degli studi recensiti secondo i criteri dello Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

**Risultati.** Gli studi selezionati sono stati classificati in base al tipo di intervento. Gli esiti più utilizzati sono stati: la degenza media, il tempo di attesa ed il turnover in PS, il n° di pazienti che hanno abbandonato il PS senza una valutazione clinica.

Anche se la qualità degli studi reperiti è stata in generale da moderata a limitata, gli interventi che hanno dimostrato un importante miglioramento degli esiti sono stati: la presenza di un bed manager, la realizzazione di un protocollo di bed management, la costituzione di Reparti a degenza breve, i team di triage, il fast track, gli interventi multicomponente (patient journey model), le dimissioni precoci entro le 12.00, l'aumento delle dimissioni nel week end.

Invece gli interventi caratterizzati da evidenza limitata ed una minor entità degli effetti sono stati: l'incremento del numero di letti nel DEA, l'incremento del turnover e della sanificazione dei letti tra un paziente e l'altro, la richiesta di Rx in PS da parte di un infermiere, la suddivisione dei pazienti in differenti percorsi al triage (streaming) di ricovero o gestione ambulatoriale in base alla gravità del paziente, l'effettuazione degli esami di laboratorio direttamente in PS, la collocazione di Medici di Medicina Generale in PS.

Sulla base dei dati presentati la revisione condotta dimostra che molte scelte basate su presunzioni di efficacia, quando confrontate con i dati derivanti dalla letteratura internazionale, producono modesti benefici per i pazienti e che la redazione di procedure e regolamenti sul bed management non può esulare dall'applicazione di un rigoroso e sistematico protocollo di ricerca, selezione e sintesi delle migliori evidenze scientifiche pubblicate.

## VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ E SICUREZZA DELL'ASSISTENZA IN COLLABORAZIONE TRA DIREZIONE MEDICA ED UNIVERSITÀ

S. Parrocchia\*, G. Ragona°, A. Agnani#°, B. Bagnato\*\*, P. Barboni##, C. Bortolotto##, N.M. Manciangli\*\*, S. Paglia##, P. Pedrazzi#, A. Stoppa^, E. Tonini°°

P.O. "S.M. Goretti" ASL Latina:

\* Direttore Medico; \*\*Dirigente Medico; # Responsabile Servizio Infermieristico;

## Servizio Infermieristico; ^ Centrale di Continuità Ospedale Territorio;

°° Coordinatore UOC Malattie Infettive, Tutor 3° anno tirocinio; Corso di Laurea Scienze Infermieristiche "Q" Polo Pontino Università "La Sapienza": ° Presidente; °° Direttore Didattico

**Parole chiave:** qualità, risk management

**Introduzione.** La qualità e la sicurezza dell'assistenza nelle strutture ospedaliere è un obiettivo strategico del sistema sanitario, così come è strategico non solo redigere linee guida, protocolli e procedure basate sulle migliori evidenze scientifiche, ma anche sviluppare un sistema di valutazione periodica dell'applicazione ed efficacia.

La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero "Santa Maria Goretti" di Latina (ASL Latina) ha quindi progettato un modello sperimentale di valutazione della qualità e sicurezza dell'assistenza puntando alla collaborazione con il Polo Pontino dell'Università "La Sapienza" di Roma, ad iniziare dal Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche "Q", con i seguenti obiettivi secondari, ma non meno importanti:

- definire metodi e strumenti di valutazione periodica sul campo della qualità e sicurezza dell'assistenza
- consentire la crescita professionale ed un training operativo per i referenti/responsabili ospedalieri dell'assistenza
- offrire un'esperienza ad elevata valenza formativa per gli studenti dei Corsi di Laurea
- sperimentare modelli di collaborazione operativa, didattica e scientifica tra ASL e Università su temi specifici di comune interesse

**Materiali e Metodi.** Il gruppo iniziale di progetto, costituito dai responsabili della Direzione Medica e del Corso di Laurea, ha dato mandato ad un gruppo di lavoro operativo (Direttore Didattico e Tutor 3° anno di tirocinio del Corso di Laurea; Medico di Direzione, Servizio Infermieristico, e Centrale di Continuità Ospedale Territorio per il Presidio) di definire le aree di valutazione, gli strumenti e le modalità di rilevazione, le UUOO di rilevazione, le figure coinvolte, il cronoprogramma, le modalità di raccolta, elaborazione e presentazione dei dati.

**Risultati.** Sono state definite le aree di valutazione prioritaria di comune interesse: Bisogni assistenziali del paziente ricoverato, Igiene delle mani degli operatori, Scheda Unica di Terapia (SUT), Rischio caduta. Quindi, in base alla letteratura ed alle linee guida/protocolli di riferimento, sono state definite le schede di rilevazione, in parte modificate/semplificate: scheda OMS (semplificata) per l'igiene delle mani, scheda ASGO per l'accertamento stato generale degli ospedalizzati, scheda RAD-SICA e scheda di Triage Sociale della Regione Lazio, Check-list Rischio Caduta e Check-list SUT dell'ASL Latina.

La rilevazione dei dati si svolgerà in 2 fasi, corrispondenti al periodo di tirocinio teorico-pratico del 1° e 2° semestre dell'AA 2017/18, presso 15 UUOO di Ricovero + Pronto Soccorso (solo per l'igiene mani).

Svolgeranno la rilevazione in ogni UUOO, uno studente del 3° anno ed un referente di reparto (il coordinatore infermieristico o il referente rischio clinico): il referente di reparto affianca lo studente e verifica/valida i dati raccolti.

I dati verranno elaborati con SW MS Excel, e presentati una volta terminato il progetto in occasione di un evento organizzato ad hoc.

## APPLICAZIONE DEL PIANO DI SICUREZZA DEL RISCHIO LEGIONELLOSI IN AREA VASTA N. 5 ASUR MARCHE

I. Pellegrini<sup>2</sup>, A. Nisii<sup>3</sup>, M. Baffoni<sup>4</sup>, M.P. Olori<sup>5</sup>, G. Viviani<sup>6</sup>, C. Pellegrini<sup>7</sup>, D. Sansoni<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Direttore Medico di Presidio Ospedaliero Unico Area Vasta 5 ASUR Marche

<sup>2</sup> Dirigente Medico di Direzione Medica Ospedale "Madonna del Soccorso" San Benedetto del Tronto Area Vasta 5 ASUR Marche

<sup>3</sup> Dirigente Medico di Direzione Medica Ospedale "C&G Mazzoni" Ascoli Piceno Area Vasta 5 ASUR Marche

<sup>4</sup> Responsabile della USD Epidemiologia Area Vasta 5 ASUR Marche

<sup>5</sup> P.O. Prevenzione ICA Area Vasta 5 ASUR Marche

<sup>6</sup> Responsabile Igiene e Organizzazione Ospedaliera Area Vasta 5 ASUR Marche

<sup>7</sup> Responsabile Funzione medico legale e supporto alla attività di Prevenzione Area Vasta 5 ASUR Marche

**Parole chiave:** Legionella, misure di sicurezza

**Introduzione.** In accordo con le Linee guida per la prevenzione e controllo della Legionellosi della Conferenza Stato Regioni del 2015 presso lo Stabilimento Ospedaliero "C&G Mazzoni" e le Strutture Residenziali di Ascoli Piceno dell'Area Vasta n.5 ASUR Marche si è istituita una commissione tecnica comprendente la Direzione Medica, il Servizio Prevenzione e Protezione, l'Ufficio Tecnico, avvalendosi anche della esperienza tecnica delle strutture sanitarie di San Benedetto del Tronto, per redigere il piano di sicurezza del rischio Legionellosi da applicarsi agli stabilimenti ospedalieri e ai Servizi territoriali dell'Area Vasta n. 5.

**Materiali e Metodi.** Nell'ottica della valutazione del rischio e seguendo le indicazioni delle Linee guida sono stati valutati: la tipologia dei pazienti assistiti (rischio molto elevato e aumentato in presenza di patologie/condizioni individuali), le pratiche sanitarie critiche (parto in acqua e procedure sulle vie aeree) e l'impiantistica delle strutture. Sono stati mappati i punti a maggior rischio relativi all'impianto di acqua fredda e calda sanitaria, alle torri evaporative, all'impianto aerulico e ai riuniti odontoiatrici e sono stati campionati 150 rubinetti sentinella pre flushing e post flushing.

Dalla mappatura e dai risultati dei campionamenti è stata elaborata una matrice di rischio per sezione delle strutture sanitarie che ha previsto interventi correttivi e di manutenzione impiantistica.

Gli interventi correttivi hanno comportato: l'aumento della concentrazione di perossido di idrogeno immesso nel sistema idrico, l'aumento della temperatura a livello degli scambiatori termici e la programmazione di shock termico. Quest'ultimo, per evitare disagi all'utenza e agli operatori sanitari, è stato programmato nelle ore notturne applicandolo in sezioni rispetto ai piani delle strutture sanitarie. Ogni sezione è stata trattata per tre notti consecutive innalzando la temperatura dell'impianto idrico ad una temperatura superiore ad 80°C, facendo defluire l'acqua contemporaneamente in tutti i punti di erogazione per trenta minuti. Nel piano di sicurezza del rischio è inoltre previsto l'utilizzo di filtri assoluti in tutti i reparti con pazienti immunocompromessi, la sostituzione annuale dei rompigitto, la decalcificazione settimanale degli stessi e l'immissione temporizzata nel circuito idrico di prodotti attivi sul biofilm.

**Risultati.** Il campionamento nei punti critici ha evidenziato la non conformità dei valori previsti dalle Linee guida per un 30% di essi. Pertanto in applicazione del piano di sicurezza è stato eseguito lo shock termico al termine del quale sono stati ripetuti i prelievi. Tutti i campionamenti successivi allo shock termico sono risultati conformi ai valori previsti.

**Conclusioni.** L'esperienza condotta ha dimostrato che anche in strutture fortemente disomogenee con reingegnerizzazioni susseguite negli anni è stato possibile dotarsi di strumenti di controllo e prevenzione efficaci tramite una matrice del rischio costruita per essere riprodotta nel tempo in modo standardizzato per permettere l'adozione di immediate azioni correttive.

## VIOLENZA DI GENERE NEL DISTRETTO DI ASOLO: IL FENOMENO È STIMATO E TRATTATO IN MANIERA APPROPRIATA?

E. Rosso<sup>1</sup>, C. Beltramello<sup>2</sup>, M. Pistorello<sup>3</sup>, C. Morellato<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Medico in formazione specialistica, Università degli Studi di Padova; <sup>2</sup> Direttore Distretto di Asolo, AULSS 2 Marca Trevigiana; <sup>3</sup> Direttore U.O.C. Pronto Soccorso Presidio Ospedaliero di Montebelluna, AULSS 2 Marca Trevigiana; <sup>4</sup> Dirigente medico, referente regionale violenza di genere, U.O.C. Pronto Soccorso Presidio Ospedaliero di Montebelluna, AULSS " Marca Trevigiana

**Parole chiave:** integrazione ospedale-territorio, salute donna

**Introduzione.** Nel 2011 la Conferenza di Istanbul ha definito "violenza di genere" "tutti gli atti di violenza suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica e/o economica". Nel 2013 il WHO ha stimato che 1 donna su 3 nel Mondo farà esperienza di violenza nel corso della vita; tra le potenziali conseguenze vi sono un rischio raddoppiato di sviluppare depressione e di soffrire di disturbi alcool correlati. Al fine di trattare in maniera più appropriata tali donne è stato attivato nel 2015 un codice di accesso "rosa" nel Pronto Soccorso di Montebelluna e Castelfranco Veneto. Scopo di questo studio è valutare le caratteristiche ed il percorso delle donne dall'accesso in PS fino alla presa in carico da parte delle strutture territoriali.

**Materiali e Metodi.** Sono state ricercate nel database aziendale le donne che hanno effettuato un accesso per "violenza" nel periodo considerato (2015/2016). Sono stati identificati in tal modo 365 nominativi, per i quali si è andato a verificare retrospettivamente dai verbali di PS se si trattasse di un episodio di violenza di genere, stabilita a priori in base a specifici criteri. Sono stati ricercati all'interno dei verbali non solo i traumi, ma anche eventuali sintomi psicosomatici definiti in precedenza.

**Risultati.** Sono state individuate 240 donne vittime di violenza nel periodo 2015/2016. La fascia d'età maggiormente colpita (Grafico n. 1) è tra i 35 e i 44 anni (78 soggetti). Il 24% delle donne considerate risulta sposata/convivente con figli. La provenienza è esplicitata nel Grafico n.2. Abbiamo analizzato se fossero presenti elementi aggravanti, in particolare la violenza assistita: il 10% degli episodi è avvenuto in presenza di minorenni. La maggior parte delle donne considerate ha effettuato un unico accesso in PS, 62 donne da 2 a 5 accessi e 11 donne >5 accessi. Il 65% degli accessi avviene nella fascia oraria 12:01-23:59 e il 60% ha un codice colore bianco, aumentando la possibilità di allontanamento spontaneo. Abbiamo poi valutato l'efficienza del Pronto Soccorso in base alla percentuale di "codici rosa" segnati: esiste una differenza tra i due presidi considerati. La presa in carico territoriale delle vittime risulta potenziabile (82% di donne non viene assistita dal territorio dopo un episodio). Sulla base di tale analisi il Distretto ha ipotizzato il coinvolgimento dei MMG e dei servizi territoriali come primi attori nell'identificazione dei casi di violenza.

## PROSTATE CANCER UNITS. IMPLEMENTAZIONE DI UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DEI TUMORI ALLA PROSTATA, TRA RISCHIO CLINICO E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

M. Salemi<sup>1</sup>, S. Valerio<sup>2</sup>, F. Benazzi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Direttore Dipartimento Direzione Funzione Ospedaliera - Direttore del P.O. di Conegliano, del P.O. di Vittorio Veneto, e del P.O. De Gironcoli del Distretto Pieve di Soligo Ulss2 Marca Trevigiana Regione Veneto

<sup>2</sup> Direttore U.O. Urologia Ospedale di Conegliano Distretto Pieve di Soligo Ulss2 Marca Trevigiana Regione Veneto

<sup>3</sup> Direttore Generale Azienda Ulss2 Marca Trevigiana Regione Veneto

**Parole chiave:** Prostate Cancer Units, indicatori di performance in sanità, nuovi responsabilità professionale

**Introduzione.** Anche se i PDTA vengono sempre più implementati per molte patologie, rappresentano ancora oggi un ambito fortemente dibattuto tra gli addetti ai lavori in termini di rischio clinico e responsabilità professionale, soprattutto relativamente alla responsabilità di equipe. Tale dibattito trova particolare attualità nella gestione del tumore alla prostata questo perché non ancora presente un'unica modalità di monitoraggio rigoroso oltre che un'analisi accurata delle varie realtà presenti sul territorio Nazionale.

**Materiali e Metodi.** A fronte della premessa si è deciso di effettuare già dal 2013 un'accurata analisi delle diverse linee guida di riferimento presenti sia in letteratura sia nelle maggiori strutture con importante casistica per trattamento di tumore alla prostata e successivamente riportare quanto acquisito al dettato del Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, che specifica come i PDTA siano "una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica" andando ad individuare le azioni da intraprendere al fine di soddisfare. Altre vincolo dato come metodo per la realizzazione del lavoro è stata la completa soddisfazione di quanto richiesto dagli indicatori di performance attinenti di Agenas e Progetto Bersaglio del Sant'Anna di Pisa. In tali analisi ci si è voluti focalizzare su come erano state affrontate, nelle diverse esperienze, gli aspetti relativi al rischio clinico ed alla responsabilità di equipe. Si è deciso in fine di realizzare il nuovo modello organizzativo multidisciplinare e multi professionale dedicato ai malati affetti da tumore maligno della prostata, basandoci su un bacino di utenza di circa 250.000 abitanti Tale percorso, operativo da 2015 (fig.1) risponde oggi anche alle linee guida indicate dalla Regione Veneto e risponde alle linee dettate dalla società Europea di Urologia

**Risultati.** Confrontando gli indicatori di esito dagli ultimi 4 anni (2013-2016) l'organizzazione delle attività per istituzione del PDTA a quelli ottenuti con la sua attivazione, l'analisi grezza ha dimostrato una svolta sia da un punto di vista di metodica chirurgica utilizzata passando sempre più da una chirurgia tradizionale laparotomica senza approccio multidisciplinare ed il numero di biopsie complessive effettuate per un sospetto tumore della prostata sono state 390 pazienti e 27 di essi sono stati poi trattati con chirurgia radicale. Nel 2016 invece, anno di attivazione definitivo della Prostate Cancer Units vi è stata una assestamento verso un trattamento multidisciplinare con chirurgia miniinvasiva (laparoscopia 3D), il numero dei pazienti sottoposti a biopsia della prostata è stato di 422 pazienti, di questi 65 sono stati candidati e trattati con una chirurgia radicale videolaparoscopica, 15 pazienti hanno scelto una radioterapia come primo trattamento. 27 di questi pazienti hanno richiesto un supporto psicologico che rientra nell'offerta del PDTA. I risultati sono confortati dai grafici allegati (fig 2-3-4) riportati dall'Istituto S. Anna per il Progetto bersaglio In termini di rischio clinico e responsabilità sono emersi diversi approcci non sempre in grado di garantire quanto atteso.

**Conclusioni.** Dalla innumerevole mole di dati raccolti è emerso in sintesi che l'implementazione di unità specialistiche chirurgica con approccio multidisciplinare e multi professionale ha senza dubbio dei vantaggi in termini di implementazione della casistica operatoria, migliora del 30% almeno i risultati attesi per gli indicatori di performance sanitaria e di esito, ottimizza le risorse umane e strutturali permettendo di reinvestire il risparmio in nuove tecnologie. Migliorare inoltre il confort e la presa in carico per il paziente. Di contro esistono ancora molti punti critici da affrontare tra cui il superamento di individualismi specialistici non comparabili fra loro che contraddicono lo spirito per cui tali percorsi sono stati definiti, l'assenza di progetti di spazi e strutture progettate per tali percorsi. I successi di tali modelli organizzativi, infine, sono ancora troppo spesso operatore dipendente, nella nostra realtà ad esempio un'importante ruolo ha svolto il nuovo direttore dell'U.O. di Urologia che ha fortemente creduto e voluto tale progetto. Emerge con chiarezza come tematiche relative al rischio clinico ed alla responsabilità professionale non possono essere lasciate alla gestione delle singole strutture e/o operatori ma serve con forza una regia a livello regionale (se non nazionale) capace di dare le giuste indicazioni su tali importanti questioni. In particolare in termini di responsabilità professionali (anche di equipe) tale regia (affidata ad esempio alle società scientifiche-ANMDO) avrà il compito di aggiornare i diversi PDTA in linea con le novità dettate dal legislatore dato che è emerso con chiarezza che non sempre questo è presente.

## PROGETTO RIORGANIZZATIVO DEL TRATTAMENTO DOCUMENTAZIONE SANITARIA NELL'AMBITO DI ATTIVITÀ DELLA DIREZIONE SANITARIA IN UN POLICLINICO UNIVERSITARIO

**E. Scalise<sup>°</sup>, T. Tarsia<sup>\*\*</sup>, G.A. Carru<sup>\*\*\*</sup>, V. Renzini<sup>°°</sup>**

<sup>°</sup> Dirigente Medico di Direzione Sanitaria IPAS (Incarico Professionale Alta Specializzazione) Fascicolo Sanitario Elettronico Trattamento Dati e Documentazione Sanitaria – Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I di Roma

<sup>°°</sup> Direttore Sanitario f.f. - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I di Roma

<sup>\*\*</sup> Responsabile amministrativo Ufficio Documentazione Sanitaria, Certificazioni e PTA - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I di Roma

<sup>\*\*\*</sup> Responsabile Sportello Privacy - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I di Roma

**Introduzione.** Nell'ambito dell'articolazione degli incarichi dei Dirigenti Medici di Direzione Sanitaria è stato attribuito specifico IPAS (Incarico Professionale di Alta Specializzazione) relativo al Fascicolo Sanitario Elettronico Trattamento Dati e Documentazione Sanitaria a dimostrazione dell'interesse strategico degli obiettivi attesi di ammodernamento dei processi di predisposizione delle Cartelle Cliniche e dei fascicoli sanitari compresa la realizzazione di un sistema che consenta la consultazione di fascicoli Sanitari nel pieno rispetto della norma vigente in materia di trattamento dati, anche per quanto attiene la Privacy.

**Materiali e Metodi.** Come primo atto è stata riorganizzata l'attività amministrativa nell'ambito del personale già impiegato nel trattamento dei dati per funzioni e ruolo in Direzione Sanitaria, in aderenza alla contemporanea ufficializzazione del Regolamento aziendale sul Trattamento dei Dati a firma del Direttore Generale. Nello specifico, si è concentrata l'attenzione riorganizzativa nell'ambito di Uffici le cui funzioni hanno caratteristiche di continuità di servizio e invicariabilità del ruolo, che non possono prevedere chiusure per carenza di personale nel rispetto del diritto a fruire di ferie o assenza per malattia. Con questo principio si è provveduto alla preventiva rilevazione degli organici di personale amministrativo al momento assegnati per ruolo e funzioni, negli uffici interessati. Per quanto attiene l'insufficiente personale assegnato dotato di credenziali anche informatiche per operare su terminali PC, si è provveduto ad un accorpamento del personale amministrativo attinente per ruolo e per funzione, con l'obiettivo di favorire eventuali sostituzioni in casi di assenza, programmando affiancamenti e turn over di afferenza. Contemporaneamente alla riorganizzazione degli Uffici che hanno subito un aggiornamento della denominazione in base alle esigenze emerse all'attenzione delle possibili criticità, è stata stabilita dal Dirigente medico con attribuito l'IPAS, la modalità di approccio multidisciplinare alle attività connesse per la gestione degli Atti d'Ufficio di competenza della Direzione Sanitaria, in merito all'iter istruttorio e la collaborazione con gli uffici afferenti come l'Ufficio Documentazione Sanitaria, Certificazioni e PTA (di nuova ridenominazione) e lo Sportello Privacy.

**Risultati.** Adeguamento dei tempi di consegna della documentazione sanitaria Legge 24/2017.

Iter istruttorio multidisciplinare formalizzato con aree rappresentate di Medicina Legale, Avvocatura e Risk manager.

Ottimizzazione composizione della Cartella Clinica, per la facile compilazione e consultazione, realizzando un nuovo format dopo condivisione referenti n. 11 Dipartimenti Assistenziali.

Realizzazione scheda per verifica di conformità, controllo di appropriatezza.

**Conclusioni.** L'esperienza maturata negli anni di rapporti continui con l'Autorità Giudiziaria ha permesso di evidenziare le criticità da superare presupposto dell'obiettivo atteso.

## INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO: CREAZIONE DI UN MODELLO DI RISCHIO

G. M. Schifino<sup>1</sup>, C. Bertolini<sup>1</sup>, L. Carpinelli<sup>2</sup>, A. D'Acquisto<sup>2</sup>, M. Ranucci<sup>3</sup>, C. de Vincentiis<sup>4</sup>,  
A. Giamberti<sup>5</sup>, E. Costa<sup>6</sup>, L. Ferraris<sup>7</sup>, T. Torri<sup>8</sup>, M.T. Cuppone<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia

<sup>2</sup> Vicedirettore Sanitario, I.R.C.C.S Policlinico San Donato

<sup>3</sup> Direttore Servizio Anestesia e Rianimazione Blocco Cardiochirurgico, I.R.C.C.S Policlinico San Donato

<sup>4</sup> Responsabile Area di Cardiochirurgia Adulti, I.R.C.C.S Policlinico San Donato

<sup>5</sup> Responsabile Area di Cardiochirurgia Patologie Congenite, I.R.C.C.S Policlinico San Donato

<sup>6</sup> Responsabile Struttura Complessa Laboratorio di Patologia Clinica, I.R.C.C.S Policlinico San Donato

<sup>7</sup> Medico Infettivologo, I.R.C.C.S Policlinico San Donato

<sup>8</sup> Farmacista, I.R.C.C.S Policlinico San Donato

<sup>9</sup> Direttore Sanitario, I.R.C.C.S Policlinico San Donato

**Parole chiave:** infezioni, mupirocina, cardiocirurgia

**Introduzione.** Le Infezioni del Sito Chirurgico (SSI) rappresentano in Europa la seconda causa di Healthcare-Associated Infection (HAI). La percentuale di SSI nella chirurgia coronarica è pari al 3.5%. Il patogeno più spesso coinvolto è lo Stafilococco Aureo, sia Sensibile (MSSA) che Resistente (MRSA). Fortemente indicato dalle Global Guidelines for the Prevention of SSI per limitare l'incidenza di SSI è il trattamento mediante applicazione perioperatoria di Mupirocina al 2% per i pazienti sottoposti a cardiocirurgia con colonizzazione nasale da MSSA, o MRSA. Poiché rimangono ancora alcuni punti che le Linee Guida non chiariscono l'IRCCS Policlinico San Donato intraprenderà, a partire dal 01 Gennaio 2018, uno studio con Obiettivo Primario di costruire un modello di rischio per colonizzazione nasale da SA, che possa essere di utilizzo per una successiva selezione dei pazienti da avviare a screening per colonizzazione, separatamente per pazienti adulti e pediatrici; Obiettivi Secondari: la verifica del successo della decolonizzazione dopo trattamento con Mupirocina e della riduzione delle SSI e delle HAI rispetto alla popolazione storica pre intervento.

**Materiali e Metodi.** Verranno arruolati tutti i pazienti che devono essere sottoposti ad intervento cardiocirurgico con sternotomia o toracotomia e che presteranno il loro consenso allo studio, saranno esclusi i pazienti in cui, a causa delle condizioni di emergenza, non sarà possibile eseguire lo screening per colonizzazione nasale. La fase di reclutamento durerà un anno e si prevede che verranno arruolati circa 1300 pazienti, che saranno arruolati al momento dell'ammissione previa firma di consenso informato al trattamento dei loro dati in forma anonima per le finalità del presente studio.

Verrà eseguito uno screening per colonizzazione nasale da SA attraverso tamponi nasali eseguiti all'ammissione in reparto mediante test rapidi di diagnostica molecolare che garantiscono un risultato entro poche ore. I risultati saranno resi disponibili al reparto prima dell'intervento cardiocirurgico. I pazienti che risulteranno positivi per SA saranno sottoposti a decolonizzazione mediante Mupirocina topica al 2%, a partire dalla diagnosi di positività fino a 5 giorni dopo l'intervento. I pazienti positivi a MRSA verranno trattati con profilassi antibiotica mediante Vancomicina mentre quelli positivi per MSSA riceveranno profilassi standard con Cefazolina. Tutti i pazienti decolonizzati effettueranno un tampone nasale al termine del trattamento con Mupirocina allo scopo di verificare l'avvenuta decolonizzazione.

**Risultati.** Il modello di rischio per colonizzazione si baserà su una regressione logistica binaria. Tutti i fattori di rischio preoperatori verranno testati in modo univariato per associazione con la colonizzazione. Il modello verrà tradotto in uno score di rischio per colonizzazione. Lo Score Finale verrà testato per potere discriminativo. L'efficacia della decolonizzazione verrà analizzata in termini di tamponi nasali negativi.

## CLINICAL GOVERNANCE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO: TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO NEGLI ULTIMI 30 GIORNI

R. Sfogliarini\*, M.L. Sinatra\*\*, M. Savoldelli<sup>^</sup>, E. Derelli<sup>°</sup>, L. Ablondi<sup>°°</sup>

\* Direttore; \*\* Dirigente medico\*; <sup>^</sup> Direzione Medica dei Presidi, UOC Farmacia;

<sup>°</sup> Direttore Sanitario<sup>°°</sup> Direttore Generale

ASST "Ospedale Maggiore" di Crema-Regione Lombardia, Italia

**Parole chiave:** chemioterapia, clinical governance, audit

**Introduzione.** L'importanza della clinical governance sugli aspetti della cura del paziente oncologico impone un approccio integrato per migliorare lo standard di assistenza. Mediante la analisi di determinanti di processo ed esito è stata valutata la qualità delle cure fornite nel fine vita con focus alla somministrazione di chemioterapia negli ultimi 30gg (indicatore di qualità delle cure\*), alla appropriatezza generica ed organizzativa dei ricoveri per chemioterapia (criteri di Regione Lombardia) ed alla presa in carico da parte delle Cure Palliative (CP).

**Materiali e Metodi.** Studio retrospettivo-step della analisi:

- Analisi dei decessi nell'UO Oncologia e nei pz trasferiti alla UO Cure Palliative negli anni 2016-1° sem2017;
- Selezione e analisi dei casi sottoposti a trattamento chemioterapico nei 30 gg precedenti il decesso (Cytosifo-SDO);
- Esclusione dei casi senza precedente ricovero in UO.

Valutazione mediante i seguenti determinanti:

- Tasso grezzo di mortalità
- Tasso di mortalità dei pz in carico alla UO e sottoposti a chemio nei 30 gg e 7 gg dal decesso
- Percento di trattamenti ad alto costo
- Tasso di appropriatezza del regime di ricovero
- Percento di casi presi in carico dalle CP
- Conduzione di Audit, reporting, revisione del processo.

**Risultati.** Valutazione qualità delle cure e appropriatezza setting ricovero (2017 vs 2016):

- incremento della mortalità in Oncologia (8% vs 4,6%)
- stabile la mortalità dei pazienti in carico alla UO Oncologia (64% vs 60%)
- incremento dei pz in trattamento chemioterapico negli ultimi 30 gg (50% vs 31,25%) e negli ultimi 7 gg (66% vs 0%)
- incremento dei trattamenti chemioterapici ad alto costo (33% vs 20%)
- basso tasso di appropriatezza del ricorso al regime di ricovero per chemioterapia (16,6% vs 0%);
- tossicità importanti secondarie al trattamento chemioterapico: setticemia, neutropenia, polmonite, insufficienza renale;

Continuità della cura ospedale-cure palliative (2017 vs 2016):

- Migliora la percentuale di pazienti trasferiti alla CP (25% vs 19%);
- Stabile la percentuale di casi presi in carico dalla CP al momento della dimissione dell'ultimo ricovero (35% vs 33%) con bassa sopravvivenza mediana (13 vs 11gg-range 3-65 vs 3-51)(indice di tardiva presa in carico).

In un contesto organizzativo favorevole e consolidato (ASST-Crema dispone di una Rete integrata di CP con attività di simultaneous care, cure domiciliari, hospice) i risultati evidenziano:

- la difficoltà a riconoscere il fine vita del paziente con ricorso a procedure invasive
- la possibilità di aumentare la appropriatezza del ricorso al ricovero per chemioterapia, in particolare nei 30 gg precedenti il decesso (indicatore di inappropriatezza)
- la possibilità di migliorare la tempestività della presa in carico da parte delle CP.

Clinical Governance

DMPO trasmette periodicamente i risultati al team di trattamento ed ha condotto due audit per promuovere la revisione del processo clinico mediante discussione della casistica e monitorare i comportamenti agiti.

Si può affermare che un modello organizzativo orientato alla sistematica conduzione di audit sulla presa in carico globale del paziente oncologico in fase avanzata con una progressiva integrazione tra terapie oncologiche e CP, migliora la qualità e l'appropriatezza delle cure prestate al paziente nel fine Vita nel *setting assistenziale* più adeguato.

# LA GESTIONE DEL PAZIENTE CARDIOPATICO CRONICO A DOMICILIO PRESSO IL DISTRETTO SOCIOSANITARIO AREA NORD (ASLTO3). STUDIO PILOTA PER LA VALUTAZIONE DI FATTIBILITÀ DI UN MODELLO ASSISTENZIALE DI HEALTH-TECHNOLOGY NELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO PER LA CONTINUITÀ DELLE CURE

M. Simoncini\*, S. Passi^, V. Brancaleoni°, F. Bisanti°, S. Fenili\*\*, D. Minniti^^, F. Boraso^^^

\* Direttore Distretto sociosanitario Area Nord

^ Medico Igienista Direzione Medica di Presidio

^^ Direttore Medico Presidio Ospedaliero Venaria

° Responsabile PPI PO Venaria

°° Medico radiologo

\*\* Medico di Medicina Generale Distretto Area Nord

^^^ Direttore Generale ASLTO3

**Parole chiave:** scompenso cardiaco, health technology assessment, cure primarie

**Introduzione.** Il paziente con scompenso cardiaco cronico costituisce di fatto una delle sfide più complesse per le politiche sanitarie sia per quanto riguarda i costi sostenuti sia per quanto attiene alle paradigmatiche difficoltà nel progettare un modello di presa in carico ospedale-territorio in grado di fornire la continuità di cura una volta dimesso dal setting acuto. È noto come l'attore principale nella gestione della patologia cronica debba essere il Distretto sociosanitario attraverso i molteplici servizi territoriali di cui esso si caratterizza. Sebbene sul piano della progettazione organizzativa siano molteplici gli sforzi fatti per contro l'applicazione di modelli di telemedicina al servizio della medicina territoriale risultano estremamente limitati e fortemente disomogenei sul suolo nazionale. L'obiettivo è la creazione di un modello organizzativo e gestionale di health technology assessment e la sua applicazione in un'area territoriale distrettuale al fine di valutare l'impatto in termini di esito di salute, di appropriatezza e di efficienza del nuovo modello sulla patologia cronica di natura cardiologica.

**Materiali e Metodi.** Per lo studio pilota (durata quattro mesi) è stato selezionato un campione di (N=40) pazienti residenti presso il Distretto Area Nord, noti per patologia cardiaca cronica e seguiti presso l'ambulatorio di medicina generale da dieci medici di base. Il modello assistenziale si struttura secondo la logica Hub & Spoke rappresentati dall'ambulatorio di medicina generale e dai servizi ospedalieri per l'urgenza-emergenza. Il modello si è dotato di un livello di tecnologia sanitaria in grado di mettere in comunicazione, secondo i principi della telemedicina, i differenti livelli assistenziali. Nello specifico si è dotato ogni medico territoriale di strumentazione per la misurazione dei parametri clinici essenziali e per lo studio dell'attività cardiaca (elettrocardiogramma) da utilizzare nelle visite domiciliari, oltre alla possibilità di archiviazione di questi dati sensibili all'interno della cartella clinica informatizzata in condivisione tra medico di medicina generale e medico urgentista. Sono stati definiti indicatori di efficacia clinica, di appropriatezza ed economici in grado di misurare l'impatto del nuovo modello assistenziale.

**Risultati.** Sono state erogate mediamente 3 visite domiciliari al mese pro paziente. Sul totale delle visite effettuate solo nel 37% dei pazienti (N=15) si è verificato una alterazione significativa del parametro saturazione arteriosa (<90%) indicante una possibile riacutizzazione. Per questi 15 pazienti (60% sesso maschile, 40% sesso femminile; range di età tra 53 e 93 anni) si è reso necessario la consulenza del medico urgentista attraverso la consultazione per via telematica ed in tempo reale dei dati clinici raccolti a domicilio. La totalità di loro ha richiesto l'invio in regime di urgenza presso il Punto di Primo Intervento ospedaliero presente nel territorio distrettuale. 93% degli invii si è verificato nella fascia oraria mattutina (8-13) e ogni paziente è stato sottoposto a valutazione clinica e strumentale (radiologica e laboratoristica). Il 30% ha richiesto un trattamento acuto per la stabilizzazione clinica e il totale dei pazienti inviati sono stati dimessi in giornata senza necessitare di ricovero ospedaliero ma con indicazione di follow-up da parte del Medico curante con una valorizzazione in termini di ricoveri evitati pari a circa 12.200 euro.

# LA CREAZIONE DEGLI AIUTO POINT ONCOLOGICI NELL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

E. Sinisgalli<sup>1</sup>, S. Guarducci<sup>2</sup>, F. Martella<sup>3</sup>, M. Mencucci<sup>4</sup>, L. Fioretto<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Medico specializzando Staff della Direzione Sanitaria Aziendale AUSL Toscana Centro

<sup>2</sup> Medico Staff della Direzione Sanitaria Aziendale AUSL Toscana Centro

<sup>3</sup> Responsabile Breast Unit e Gruppo Ricerca Clinica, Dipartimento Oncologico AUSL Toscana Centro

<sup>4</sup> Responsabile infermieristico Ospedale S.Stefano, AUSL Toscana Centro

<sup>5</sup> Direttore Dipartimento Oncologico AUSL Toscana Centro

**Parole chiave:** follow up oncologico, omogeneità, prenotazione

**Introduzione.** La Delibera della Regione Toscana 1068/2016 stabilisce che ai pazienti in carico alle Oncologie aziendali venga garantita la prenotazione contestuale di tutti gli esami e delle successive visite di follow up, secondo protocolli regionali stabiliti. L'obiettivo è facilitare il percorso del paziente e renderlo omogeneo, indipendentemente dal luogo fisico di presa in carico. Il nuovo servizio è denominato AIUTO Point (Assistenza, Informazioni, Urgenze in Trattamento Oncologico) e fa parte del COD. Al paziente sarà fornito supporto sanitario e amministrativo, informazioni sui vari servizi e come accedervi. Un gruppo di lavoro regionale definirà i protocolli di follow up per i principali tumori; sono stati già predisposti quelli per il tumore mammario, del colon-retto, del polmone e della prostata.

**Materiali e Metodi.** La AUSL Toscana Centro ha innanzitutto individuato le sedi delle rete oncologica aziendale dove organizzare l'AIUTO Point. Nel mese di novembre 2016 è stato fatto un monitoraggio dei follow up oncologico seguiti presso ciascuna sede, da tutte le specialità presenti nel presidio, per stimare il volume totale di pazienti e calibrare le prestazioni necessarie secondo i protocolli di follow up. Per ogni presidio è stato individuato un referente medico e uno infermieristico, una sede adeguata, e si è definito il fabbisogno di risorse sanitarie e amministrative, riorganizzando quelle già presenti, l'orario di apertura in base ai volumi di pazienti seguiti e le eventuali attrezzature necessarie all'avvio del servizio. Tutte le prenotazioni dovranno progressivamente confluire nell'AIUTO Point, anche per i follow up non seguiti direttamente dall'oncologia, per facilitare il percorso dei pazienti.

La delibera regionale è stata recepita formalmente dall'azienda, e con una procedura operativa si sono declinati i compiti e le funzioni sanitarie e amministrative presenti nell'AIUTO Point.

Un grosso sforzo è stato fatto da tutti i professionisti, supportati dal servizio CUP, per creare agende annuali a scorrimento per garantire la tempistica adeguata di prenotazione dei successivi controlli.

**Risultati.** Ad oggi sono attivi nell'AUSL Toscana Centro 13 AIUTO Point dislocati nei presidi ospedalieri, attivati da gennaio a luglio 2016 e con orario di apertura sulle 12 o sulle 6 ore. Si è deciso di aprire fin da subito il servizio su tutti follow up dei tumori solidi e non solo sui 4 inizialmente indicati dalla delibera, perché ciò avrebbe comportato la suddivisione dei pazienti in due gruppi e soltanto rimandato un lavoro di riorganizzazione che comunque andava fatto; i pazienti attualmente in carico per tutti tumori solidi sono circa 8600. È stata redatta una brochure informativa da distribuire ai pazienti, corredata dei recapiti telefonici e di posta elettronica dedicati del servizio, ed è in preparazione una specifica carta dei servizi. Tutto il personale aziendale e convenzionato è stato informato sulle modalità di funzionamento del nuovo servizio tramite newsletter e comunicati stampa. Sarà valutata la saturazione delle agende dedicate dopo 12 mesi di attività per ricalibrare i volumi prestazionali (fin da ora i posti sono liberi a 1 mese vengono resi disponibili al CUP generale). Nei mesi di ottobre e dicembre è prevista una formazione specifica per il personale dell'AIUTO Point, centrata soprattutto sulle capacità relazionali e di lavoro in gruppo per migliorare il lavoro di squadra e il servizio offerto ai pazienti.

## L'ACCREDITAMENTO OEI DELL'ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA-IRCCS DI REGGIO EMILIA. QUALE IMPATTO SULL'ORGANIZZAZIONE?

**F. Soncini**, *Dirigente Medico, Presidio Ospedaliero Provinciale, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia*  
**E. Mazzini**, *Dirigente Medico, Presidio Ospedaliero Provinciale, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia*  
**L. Ghirotto**, *Metodologo di Ricerca Qualitativa, Ricercatore, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia*  
**L. Cerullo**, *Responsabile Ufficio Qualità, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia*  
**L. Genovese**, *Referente della Formazione, Direzione Scientifica, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia*  
**G. Mazzi**, *Direttore del Presidio Ospedaliero Provinciale, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia*  
**M. Costantini**, *Direttore Scientifico IRCCS, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia*

**Parole chiave:** accreditamento, ricerca qualitativa, organizzazione

**Introduzione.** La letteratura riguardante i processi di accreditamento internazionale è esigua. Risulta pertanto d'interesse condurre una ricerca qualitativa che includa tra gli elementi posti in indagine la percezione del cambiamento negli operatori coinvolti, nonché le azioni e i significati agiti in occasione di tali eventi. In altri termini, studiare l'impatto che si determina sulle organizzazioni attraverso le esperienze dei suoi componenti, singoli e gruppi. Il processo Accreditation & Designation di OEI (Organization of European Cancer Institutes) che ha interessato l'IRCCS oncologico di Reggio Emilia nel periodo 2012-2014, è tra i sistemi di accreditamento internazionale ufficialmente riconosciuti e ha lo scopo di migliorare l'assistenza al paziente oncologico, secondo standard elevati in tema di assistenza, ricerca e formazione.

**Materiali e Metodi.** Questa ricerca, concorrendo al dibattito internazionale sui processi di accreditamento in ambito sanitario, valuta dal punto di vista qualitativo, cioè nelle modificazioni dei comportamenti individuali, di gruppo e organizzativi, il processo di accreditamento OEI presso la realtà in studio. Le strategie di raccolta dati secondo l'approccio etnografico sono state: 4 *focus group con gli operatori* e 12 *interviste semi-strutturate* alle figure chiave del cambiamento. La struttura a matrice del *framework method* risulta quella più opportuna per analizzare i dati.

**Risultati.** Gli operatori hanno colto, e vi si riconoscono facendolo proprio, lo stimolo all'approccio trasversale di percorso basato sul punto di vista del paziente. Sono emersi elementi traducibili in indicazioni e stimoli migliorativi per esperienze analoghe. Il totale dei partecipanti è stato di 47 persone. Le esperienze di maggior impatto hanno riguardato il complesso delle attività di sviluppo dei PDTA, la nuova Unità di Psico-oncologia e la riorganizzazione dell'Unità di Cure Palliative. L'Organizzazione interpreta i fenomeni avvenuti intorno all'accreditamento, come un'opportunità di valorizzazione, riorganizzazione e rilancio delle attività dedicate alla casistica oncologica, a livello individuale, di gruppo e aziendale. L'accreditamento OEI nella realtà in studio, è descritto come un forte "acceleratore" e "catalizzatore" di processi e indirizzi già posti in essere in precedenza. Con questa esperienza troviamo conferma di come gli accreditamenti in ambito sanitario si prestino ad essere studiati dal punto di vista qualitativo fornendo indicazioni preziose per l'organizzazione.

## LINEE DI INDIRIZZO: IL PERCORSO DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCOROSO E FAST TRACK

**N. Storti\***, **E. Draghi\*\***, **F. Gianni\*\***, **R. Magnoni\*\***, **E. Di Tondo\*\***, **A. Brighenti\*\*\***,  
**N. Mosca\*\***, **M.R. Mazzocanti\*\***

\* *Direttore Sanitario ASUR*; \*\* *Dirigente Medico Staff Direzione Sanitaria ASUR*;

\*\*\* *Medico in formazione specialistica Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche*.

**Parole chiave:** sicurezza in ospedale, fast track, bed management

**Introduzione.** Emergenza/urgenza è settore critico per il sistema sanitario. In tempi molto brevi è necessario rispondere ad esigenze cliniche legate a patologie acute con situazione di pericolo di vita o complicanze di malattie croniche. I pazienti devono essere presi in carico, valutati, sottoposti ad idonei accertamenti ed eventualmente essere dimessi, posti in osservazione breve, ricoverati o trasferiti secondo criteri di appropriatezza.

**Materiali e Metodi.** La Direzione ASUR ha attivato un tavolo di lavoro multidisciplinare con l'obiettivo di elaborare un documento in grado di fornire alle sue strutture ospedaliere gli strumenti necessari al superamento delle criticità dei Servizi di Pronto Soccorso, con focus specifico su: accesso del paziente e triage, attivazione percorsi fast track, definizione dei tempi per le consulenze e la diagnostica, gestione del sovraffollamento tramite il regolamento di ricovero da pronto soccorso e l'implementazione del bed management. Il gruppo di lavoro ha sintetizzato gli indicatori di monitoraggio per verificare la validità degli strumenti individuati.

**Risultati.** La Determina ASUR n 357/17 puntualizza e norma i seguenti aspetti:

- Accesso del paziente e triage: tra l'arrivo del paziente in ospedale ed il triage non devono trascorrere più di 10 minuti. L'infermiere deve essere adeguatamente formato ed equipaggiato, e tenuto alla rivalutazione dei pazienti in attesa.
- Attivazione fast track: o "percorso breve" per pazienti che presentano sintomi classificabili con codici bianchi o verdi con interessamento d'organo o apparato limitato, l'apertura e la chiusura della cartella del paziente che accede a fast track è a carico dello specialista. Sono stati definiti sia il modello organizzativo che i criteri di inclusione, a ciascuna Area Vasta è stato dato l'obiettivo di elaborare protocolli condivisi di pertinenza ostetrico/ginecologico, pediatrico, oculistico, otorinolaringoiatrico, radiologico/ortopedico.
  - Definizione dei tempi per le consulenze e la diagnostica: ogni U.O. deve identificare un numero telefonico dedicato (cellulare, cordless, dec) che permetta un contatto diretto dal PS. È prevista la registrazione degli orari di richiesta ed esecuzione della consulenza, codificati i tempi massimi in relazione alla gravità dei casi.
  - Regolamento di ricovero da PS: per ogni reparto reparto di ciascun presidio è definito un numero di posti letto per i ricoveri da PS, i tempi di accesso e la disponibilità nelle 24 h, definita inoltre è la modalità per la gestione di ricoveri in sovra numero nei singoli reparti rispetto ai letti disponibili.
  - Bed management: ogni presidio è tenuto ad elaborare un sistema di governance informatizzato per garantire una gestione efficace e attiva, quindi a nominare un responsabile del bed management, BM, funzione posta in capo alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero.
  - Il BM collabora inoltre con le Unità Valutative Integrate allo scopo di garantire continuità delle cure e integrazione ospedale-territorio.
  - Gestione del sovraffollamento: da distinguere dal PEIMAF ciascuna struttura con DEA I livello deve predisporre un Piano di Gestione del Sovraffollamento, da aggiornare almeno una volta all'anno.
  - Attivazione attesa assistita: area per pazienti che devono completare il percorso e necessitano di assistenza. Eventualmente anche per chi in attesa di ricovero.
  - Attività di monitoraggio di attuazione della corretta della determina, a carico dello staff della Direzione Sanitaria ASUR a cadenza trimestrale.

## RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE SANITARIA: L'OFFERTA CREA LA DOMANDA? RIFLESSIONI DOPO LA LEGGE GELLI

G. Vetrugno<sup>1</sup>, L. Diodato<sup>2</sup>, F. Berloco<sup>3</sup>, D. Cammarata<sup>4</sup>, F. Foti<sup>5</sup>, A. Spagnolo<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Risk Manager Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" – UCSC (FPG), Roma

<sup>2</sup> Claims Handler interno UOS Risk Management FPG, Roma

<sup>3</sup> Responsabile UOS Igiene e Medicina Preventiva FPG, Roma

<sup>4</sup> UOS Risk Management FPG, Roma

<sup>5</sup> Specialista in formazione in Medicina Legale, Istituto di Sanità Pubblica UCSC, Roma

<sup>6</sup> Specialista in Medicina Legale, UOS Risk Management FPG, Roma

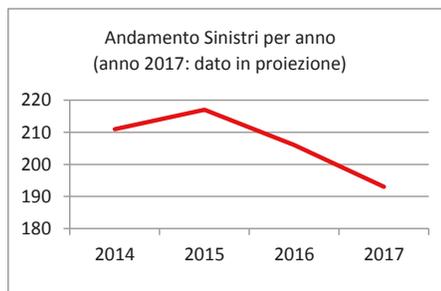
**Parole chiave:** sinistri, Legge Gelli, offerta

**Introduzione.** Per la Legge di Say, cara alla teoria marginalista, la produzione trova un mercato poiché genera redditi e spesa del medesimo valore della produzione: "l'offerta crea la propria domanda". Tale approccio vale anche per il particolare settore di mercato rappresentato dalla responsabilità sanitaria? La Legge Gelli è un tentativo di risposta keynesiana a tale approccio oppure ne rappresenta un corollario naturale? In ottica strettamente sanitaria, la prestazione sanitaria costituisce l'offerta e la salute ad essa sottesa rappresenta la domanda. Il rischio clinico insito alla prestazione offre dunque l'occasione per un'eventuale richiesta risarcitoria: quando il rischio si concretizza, si genera la domanda (risarcitoria). Ma ponendosi sul versante del produttore di liti (gli studi legali), potremmo invece convenire sul fatto che quanto più questi studi siano in attività, tanto più la domanda (risarcitoria) dovrebbe crescere. Per verificare se questa prospettiva sia in concreto operativa e quanto i nuovi mutamenti normativi possano contribuire ad accrescerla (in senso marginalista) o a contenerla (in senso keynesiano), questo studio ha valutato l'andamento dei sinistri della Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" – UCSC di Roma (FPG) dal 2014 al 2017.

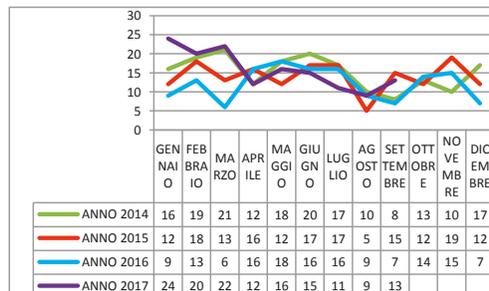
**Contenuti.** I dati sono stati estratti dall'Archivio Sinistri dell'UOS Risk Management di FPG; i sinistri di nuova generazione 2014-2017 sono stati ordinati per mese di generazione ed elaborati su supporto Excel. Il totale dei nuovi sinistri per anno tende a ridursi lievemente, segno indiretto dell'efficacia della politica di contenimento del rischio clinico adottata da FPG (Tab.1). Osservando l'andamento dei sinistri ordinati per mese, si rileva un picco nei periodi gennaio-marzo e ottobre-novembre, un plateau durante aprile-giugno e una contrazione nel mese di agosto e durante le festività natalizie (Tab. 2).

**Conclusioni.** La propensione degli studi legali ad avviare una lite è massima nei periodi di attività degli studi e crolla in corrispondenza delle pause: questo studio sembra così confermare che l'offerta crea la domanda risarcitoria. Come governare una tale domanda generata anche dall'offerta degli studi legali? I rimedi della Legge Gelli non paiono risolutivi su questo versante: diversamente, il ricorso a strumenti indennitari già in uso in alcuni Paesi Scandinavi e Australasiani, secondo il modello no-fault, sarebbe una risposta keynesiana ad un problema tutt'altro che marginale.

Tab.1



Tab.2



## ADOZIONE LINEE GUIDA PER I CONTROLLI SULLE PRESTAZIONI DI RICOVERO E LINEE GUIDA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLE SDO. DCA N. 6/2011

L. Vittorioso<sup>1</sup>, V.M. Diana<sup>2</sup>, G. Saggiocco<sup>3</sup>, V. Crivaro<sup>4</sup>, M.C. Boccia<sup>5</sup>, G. Matarazzo<sup>6</sup>, G. Longo<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Medico specialista ambulatoriale – Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi - AO dei Colli di Napoli

<sup>2</sup> Medico specialista ambulatoriale – Direzione Sanitaria Aziendale - AO dei Colli di Napoli

<sup>3</sup> Dirigente Medico-Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi - AO dei Colli di Napoli

<sup>4</sup> Medico Specialista Ambulatoriale – Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi - AO dei Colli di Napoli

<sup>5</sup> Medico Specialista Ambulatoriale – Direzione Generale - AO dei Colli di Napoli

<sup>6</sup> Direttore Sanitario Aziendale - AO dei Colli di Napoli

<sup>7</sup> Direttore Generale – AO dei Colli di Napoli

**Parole chiave:** linee guida, appropriatezza, sdo

**Introduzione.** Un servizio o una prestazione sanitaria appropriati devono essere richiesti ed erogati solo per il paziente (o per i problemi) per cui sono indicati (i benefici superano nel caso concreto i rischi), al momento giusto, al livello organizzativo ottimale (accessibile, efficace, sicuro, meno costoso). Negli anni la normativa ha oscillato tra la regolamentazione dell'appropriatezza clinica e di quella organizzativa e tra il controllo dei medici prescrittori e quello degli ospedali erogatori. La responsabilità e l'esecuzione operativa dei controlli sull'attività di ricovero erogata è delle ASL nel cui territorio ricadono le strutture di ricovero le cui finalità sono:

- 1) Individuare fenomeni opportunistici;
- 2) ridurre le quote di inappropriatezza organizzativa;
- 3) migliorare e uniformare la codifica utilizzata;
- 4) promuovere la qualità della documentazione clinica;
- 5) organizzare, realizzare e valutare iniziative di formazione aggiornamento e informazione in materia di controllo delle attività sanitarie;
- 6) valutare l'efficacia delle azioni correttive intraprese.

**Materiali e Metodi.** Nel periodo Giugno-Dicembre 2016 i controlli di congruità e di appropriatezza sono stati effettuati più volte subito dopo che è stato effettuato il controllo informatico sui dati trasmessi. Sono stati sottoposti a controllo analitico almeno il 10% delle cartelle cliniche dell'insieme dei dimessi dagli Ospedali dell'AO dei Colli (Monaldi dotato di 612 pl, Cotugno dotato di 212 pl e CTO dotato di 173 pl).

I ricoveri per acuti soggetti a controllo sono stati: Ricoveri lunghi (oltre soglia); Ricoveri incoerenti (DRG 468, 477, 476); DRG complicati; Ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa MDC; Ricoveri per DRG ad alto rischio di inappropriatezza. Il numero di cartelle cliniche controllate nel periodo indicato sono state circa 2000 con 492 cartelle contestate pari al 24,84 %.

**Risultati.** A seguito dei controlli sono emerse le seguenti criticità:

- Elevato numero di DH diagnostici per pazienti non fragili;
- Elevata percentuale di ricovero medici seguiti da chirurgici;
- Degenza pre-operatoria lunga presso alcune UU.OO. aziendali;
- Uso codici incongrui (errata codifica diagnosi sec. e uso codici V).

Dall'analisi dei dati la Direzione Strategica, al fine di ridurre le criticità e di conseguenza le inappropriatezze, ha individuato delle azioni correttive:

- Definizione di percorsi multidisciplinari per la presa in carico dei pazienti con patologie complesse, ab-bisognevole di interventi trasversali (es. patologie orto-traumatologiche, dalla fase di acuzie all'assistenza riabilitativa);
- Definizione di profili interni di fragilità per l'apertura di DH diagnostici;
- Definizione di percorsi di preospedalizzazione;
- Tavoli tecnici e percorsi per la razionalizzazione delle sedute operatorie;
- Definizione di percorsi per l'abbattimento dei tempi di attesa nelle aree chirurgiche, basati sull'impiego di risorse destinate all'attività intramoenia per il pagamento di sedute operatorie aggiuntive;
- Assegnazione di obiettivi di budget correlati ai percorsi e agli indicatori della DGRC 395/2016;
- Predisposizione delle azioni propedeutiche all'attivazione dei PACC previsti da DCA 35/2017.