

70°
ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere



4 Ottobre-Dicembre 2017

L'OSPEDALE

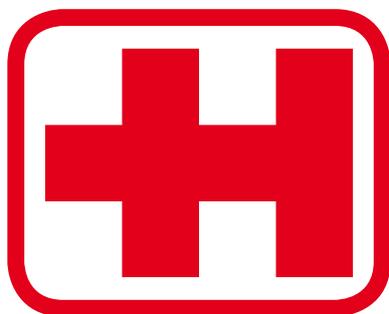
TRIMESTRALE DI IGIENE, TECNOLOGIA, MANAGEMENT
DEGLI OSPEDALI E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

**Assistenza sanitaria
transfrontaliera
in Alto Adige:
stato dell'arte e
prospettive**

**Poster - 43° Congresso
Nazionale A.N.M.D.O.**



Da 35 anni l'unica in Italia



EXPOSANITA'

MED • CARE • INNOVATION

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

18 | 19 | 20 | Tutti i Saloni

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

BolognaFiere

Il 20 e 21 aprile in contemporanea con



Seguici su

In collaborazione con



www.exposanita.it

Progetto e direzione



Gruppo  tecniche nuove

4

Assistenza sanitaria transfrontaliera in Alto Adige: stato dell'arte e prospettive

Montel Elisabeth, Karl Kob

12

Poster 43° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.

46 **ORIZZONTI**

L'OSPEDIALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 70 - Numero 4 - ottobre-dicembre 2017

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità

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

Direttore responsabile: G. Serranò

Direttore editoriale: G. Finzi

Vide Direttore editoriale: A. Firenze

Segretario scientifico: I.I. Mura

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

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

Abbonamenti

Italia annuo € 31,00

Europa

Paesi Extra Europei € 103,00

Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

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

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

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

CSST
CERTIFICAZIONE
EDITORIA
SPECIALIZZATA E TECNICA

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

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

Periodicità: TRIMESTRALE

Tiratura media: 4.625

Diffusione media: 4.429

Certificato CSST n. 2016-2595

Società di Revisione: METODO SRL

associato a:

ANES ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA DI SETTORE

Aderente a: Confindustria Cultura Italia

Assistenza sanitaria transfrontaliera in Alto Adige: stato dell'arte e prospettive

Riassunto

Con la globalizzazione, in alcuni Paesi europei è in forte crescita la domanda di prestazioni sanitarie in centri di eccellenza clinica all'estero, alla ricerca delle migliori cure garantite dalla scienza medica in continua evoluzione. Nei Paesi afferenti all'Unione Europea, l'assistenza sanitaria transfrontaliera viene ora garantita dalla recente Direttiva 2011/24/UE, ancorché con rilevanti differenze applicative tra i vari Stati membri e tra le varie regioni all'interno di essi. In Italia, la Provincia autonoma di Bolzano Alto Adige si trova in una situazione particolare, poiché per l'assistenza sanitaria transfrontaliera, oltre alle varie direttive UE in materia sanitaria, rimangono in vigore le norme di attuazione dello statuto per assicurare una completa assistenza sanitaria ai cittadini "nel rispetto delle relative caratteristiche etnico-linguistiche". La Provincia individua nel Piano sanitario provinciale i servizi sanitari ospedalieri ed extra ospedalieri che, "non potendo essere assicurati dal servizio sanitario locale", possono essere espletati da cliniche universitarie e ospedali pubblici austriaci, in base ad apposite convenzioni.

Da detta norma si evince che il ricorso a prestazioni diagnostiche e curative nelle strutture sanitarie austriache convenzionate deve essere limitato a prestazioni sanitarie complesse, comunque non erogabili negli ospedali della Provincia. Per l'assistenza sanitaria in strutture austriache non convenzionate e in altri paesi dell'UE vengono, invece, applicate le rispettive direttive comunitarie, in particolare la Direttiva 2011/24/UE.

Gli autori presentano una serie di dati statistici riguardo alla mobilità transfrontaliera passiva della Provincia autonoma di Bolzano, ma anche quella attiva, considerata la considerevole presenza di turisti in Alto Adige. Vengono menzionate alcune criticità e opportunità di miglioramento.

Infine, viene sottolineata la necessità di reperire un congruo numero di professionisti altamente qualificati, insieme all'applicazione degli strumenti di governo clinico.

PAROLE CHIAVE

Statuto speciale di autonomia, Direttiva 2011/24/UE, autorizzazione preventiva assistenza sanitaria transfrontaliera, professionalità operatori, strumenti di governo clinico

Montel Elisabeth*, Karl Kob**

* *Dirigente medico, Direzione Medica dell'Ospedale Centrale di Bolzano, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige*

** *Segretario Generale Nazionale dell'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO), membro del Board dell'European Association of Hospital Managers (EAHM)*

INTRODUZIONE

Essendo una provincia di confine ed in mancanza di alcune discipline di alta specializzazione a livello locale, l'Alto Adige ha iniziato a stipulare degli accordi con strutture sanitarie estere già molto tempo addietro, grazie all'articolo 7 del Decreto del Presidente della Repubblica 26 gennaio 1980, n. 197¹ che recita quanto segue: "Per assicurare una completa assistenza sanitaria ai cittadini nel rispetto delle rispettive caratteristiche etnico-linguistiche, la Provincia autonoma di Bolzano individua nel piano sanitario provinciale i servizi sanitari ospedalieri ed extra ospedalieri che, non potendo essere assicurati dal servizio sanitario locale, possono essere espletati, in base ad apposite convenzioni stipulate dalla Provincia con i competenti organi austriaci, da cliniche universitarie e ospedali pubblici austriaci in ragione delle loro specifiche finalità e delle caratteristiche tecniche e specialistiche."

A prescindere da questa peculiarità locale che riguarda ca. 530.000 abitanti, l'adozione della Direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, di seguito denominata Direttiva, rappresenta una pietra miliare nella politica sanitaria europea².

Essendo zona di confine, con l'entrata in vigore della Direttiva, l'Azienda Sanitaria

Tabella 1: Terminologia secondo HoNCAB3

Assistenza transfrontaliera diretta	Comprende i trattamenti elettivi e urgenti in ospedale e sul territorio. Sono disciplinati solitamente da accordi specifici tra strutture sanitarie in zone limitrofe.
Turismo sanitario	Si compone dei termini salute e turismo. Esso comprende il soggiorno lontano dal proprio luogo di residenza con l'obiettivo primario di promuovere, mantenere o ripristinare la propria salute. Il turismo sanitario interessa quasi esclusivamente l'ambito ospedaliero. Si tratta di trattamenti programmati, ai sensi della Direttiva 2011/24/UE e dei regolamenti comunitari nn. 883/2004 e 987/2009.
Assistenza sanitaria per i turisti	Durante il loro breve soggiorno in un altro Stato membro i turisti fanno affidamento ai servizi sanitari. Tali trattamenti vengono eseguiti per lo più in situazioni di emergenza o talvolta programmate (z. B. emodialisi in persone con insufficienza renale cronica).

dell'Alto Adige temeva una crescente domanda di prestazioni specialistiche all'estero, soprattutto in centri di eccellenza clinica bavaresi e in quelli austriaci non convenzionati in virtù delle norme statutarie (Vienna, Graz, ecc.). Nello stesso tempo, i responsabili della programmazione e organizzazione sanitaria, erano consapevoli che l'applicazione della Direttiva poteva rappresentare anche per la sanità altoatesina una grande opportunità per dare maggiore visibilità alle proprie eccellenze a livello europeo, con ripercussioni anche sul turismo, e per attrarre risorse che potranno essere investite per migliorare e potenziare la qualità dell'assistenza a beneficio dei propri cittadini. Tuttavia, un presupposto fondamentale a tale riguardo è la reingegnerizzazione della rete ospedaliera provinciale, con la concentrazione di prestazioni sanitarie ad alta complessità in centri di riferimento, tra cui quelle oncologiche.

OBIETTIVI CARDINE DELLA DIRETTIVA 2011/24/UE

La Direttiva comprende essenzialmente due pilastri della mobilità dei pazienti. Il primo pilastro riguarda la garanzia di un'aumentata accessibilità ad una cura transfrontaliera sicura e di qualità. Esso stabilisce i principi generali per il rimborso dei costi. È possibile introdurre un sistema di autorizzazione preventiva, se il principio di proporzionalità è rispettato. Proporzionalità significa che l'azione dello Stato non deve andare oltre a quanto è necessario per conseguire un determinato obiettivo.

Il secondo pilastro è volto a promuovere la cooperazione tra gli Stati membri in materia di assistenza sanitaria. La cooperazione deve essere ricercata principalmente nei seguenti settori: sviluppo di reti europee di riferimento (ERN), introduzione di e-Health e valutazione delle tecnologie sanitarie¹.

Questo lavoro fa riferimento soprattutto al primo pilastro della Direttiva. L'assistenza transfrontaliera diretta va distinta dal turismo sanitario e dall'assistenza sanitaria a favore dei turisti. Per una migliore comprensione dei termini vedasi le definizioni riportate nella tabella 1.

IL RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA 2011/24/UE IN ITALIA

L'Italia recepisce la Direttiva con l'emanazione del Decreto legislativo n. 38 in data 4 marzo 2014. Ammesso che l'assistenza sanitaria sia compresa nei livelli essenziali assistenziali (LEA), prevede il ricorso ad un sistema di autorizzazione preventiva essenzialmente per le seguenti prestazioni:

- ricovero del paziente con almeno un pernottamento;
- utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose, comprese quelle utilizzate nella diagnostica strumentale.

Le altre evenienze richiedenti l'autorizzazione preventiva sono, in assenza di strumenti più efficaci, attualmente pressoché non valutabili da parte degli operatori di un ASL di residenza. Per il rimborso dei costi devono essere applicate le tariffe regionali vigenti al

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Nr. ricoveri	78	33	40
destinazioni favorite	Austria: 30 ricoveri Germania: 8 ricoveri	Austria: 3 ricoveri Germania: 8 ricoveri	Austria: 16 ricoveri Germania: 19 ricoveri
importo rimborsato	€ 332.737	€ 176.118	€ 226.245
Specialistica ambulatoriale	471	116	423
importo rimborsato	€ 12.534	€ 7.568	€ 15.716
Totale rimborso	€ 345.271	€ 183.686	€ 241.961

Tabella 2: Mobilità sanitaria passiva di pazienti altoatesini ai sensi della Direttiva

netto della compartecipazione alla spesa. Il rimborso dei costi erogato dall'ASL di residenza non potrà mai superare il costo effettivo della prestazione ricevuta.⁴

IL RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA 2011/24/UE NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Nella P.A. di Bolzano, la Direttiva è stata recepita il 19 giugno 2014 attraverso la legge provinciale n. 4, con alcune differenze rispetto alle indicazioni nazionali. Così l'autorizzazione preventiva può essere concessa, anche quando l'assistenza sanitaria in questione può essere prestata sul territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico e i costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera sono rimborsati in base alle tariffe provinciali vigenti, senza compartecipazione alla spesa⁵.

In Alto Adige, un'unica Azienda Sanitaria garantisce l'assistenza ad una popolazione di 530.000 abitanti attraverso sette ospedali e venti distretti sanitari. Le cure primarie vengono assicurate da 270 medici di medicina generale e 60 pediatri di libera scelta. La spesa sanitaria ammonta ogni anno a circa 1.200 milioni di euro.

Per applicare la Direttiva sono previste tre forme di richiesta: comunicazione dell'importo rimborsabile, autorizzazione preventi-

va con indicazione dell'importo rimborsabile e rimborso di prestazioni già fruite. A tale riguardo, è stata implementata una procedura amministrativa assai complessa.

LE IMPLICAZIONI DELLA DIRETTIVA 2011/24/UE SULL'AZIENDA SANITARIA DELL'ALTO ADIGE

L'impatto della Direttiva si dovrebbe riflettere nella mobilità sanitaria passiva e attiva. Nella mobilità sanitaria passiva, pazienti residenti in Alto Adige si rivolgono per le cure ad una struttura sanitaria estera (vedi tabella 2). Nella mobilità sanitaria attiva, pazienti stranieri si rivolgono per le cure alle strutture sanitarie altoatesine.

Nel 2014 sono stati rimborsati ai cittadini altoatesini 78 ricoveri transfrontalieri ai sensi della Direttiva con un importo totale di € 332.737. Nel 2015, il numero di pazienti altoatesini che hanno tratto beneficio dall'applicazione della Direttiva si è ridotto drasticamente a 33 ricoveri. Allo stesso modo è calato anche l'importo sostenuto per i rimborsi, esattamente a € 176.118. Nel 2016 sono stati registrati 40 ricoveri, per i quali è stato rimborsato un importo totale di € 226.245. Durante i tre anni di osservazione, la maggior parte dei pazienti altoatesini si recavano per le cure all'estero a causa di malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico (MDC

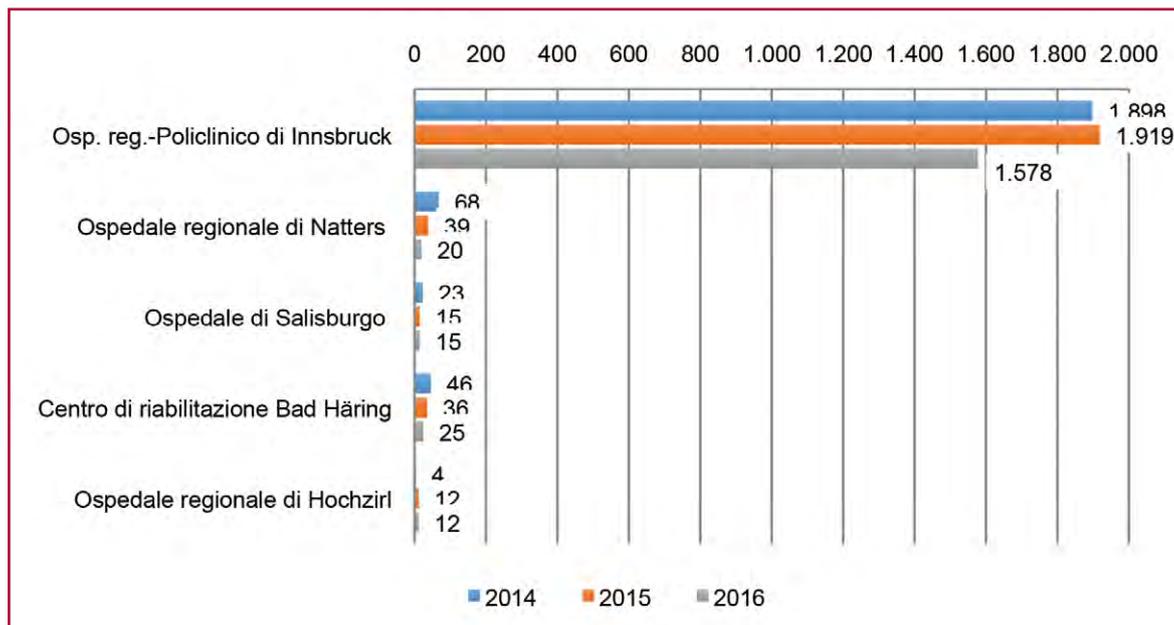


Grafico 1: Ricoveri di pazienti altoatesini effettuati presso le strutture austriache⁶

8) per sottoporsi ad un intervento chirurgico. Le destinazioni preferite si trovano in Austria e Germania.

Oltre alla rimborsabilità di prestazioni di ricovero, la Direttiva prevede anche la rimborsabilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Nell'anno dell'introduzione della Direttiva sono state rimborsate 471 prestazioni di specialistica ambulatoriale. Nel 2015 il numero di prestazioni rimborsate è calato a 116, mentre è di nuovo aumentato a 423 nell'anno 2016. Nel triennio osservato è stato speso un importo medio annuale di € 257.000 per retribuire le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale ai sensi della Direttiva.

LE IMPLICAZIONI DELLE NORME STATUTARIE SULL'AZIENDA SANITARIA DELL'ALTO ADIGE

Come più volte evidenziato, i dati che riguardano l'assistenza sanitaria transfrontaliera in virtù della Direttiva non rispecchiano il vero fenomeno della mobilità passiva dei cittadini dell'Alto Adige verso altri Paesi, in quanto la rispettiva casistica non tiene conto delle prestazioni sanitarie, in particolare delle cure ospedaliere, conseguite presso le strutture austriache convenzionate in virtù delle norme statutarie, in particola-

re presso l'Ospedale regionale - Policlinico universitario "Landeskrankenhaus - Universitätskliniken" di Innsbruck. Il ricorso alle cure ospedaliere complesse presso strutture sanitarie austriache convenzionate, previa autorizzazione da parte di un medico specialista locale all'uopo autorizzato, è considerato un diritto fondamentale e quindi irrinunciabile della popolazione residente in Alto Adige. Dal grafico 1 si evince che il numero principale di ricoveri è riferito al citato policlinico. Tuttavia, grazie all'avvio della reingegnerizzazione della rete ospedaliera provinciale e alle precise indicazioni prescrittive dell'Azienda, si rileva una riduzione da ben oltre 1.900 ricoveri effettuati nel 2015 a circa 1.600 ricoveri eseguiti nel 2016, pari ad una riduzione del 18% circa da un anno all'altro. È presumibile che ulteriori provvedimenti organizzativi del servizio sanitario provinciale portino ad una ulteriore riduzione della mobilità transfrontaliera. Ad eccezione dell'ospedale "Landeskrankenhaus Hochzirl" per la neuroriabilitazione, anche nelle altre strutture convenzionate austriache si osserva un chiaro trend alla riduzione nel numero dei ricoveri.

In termini monetari, nel 2014 sono stati versati oltre 16 milioni di euro all'Ospedale regionale - Policlinico di Innsbruck, mentre nell'ultimo anno di rilevazione poco meno di

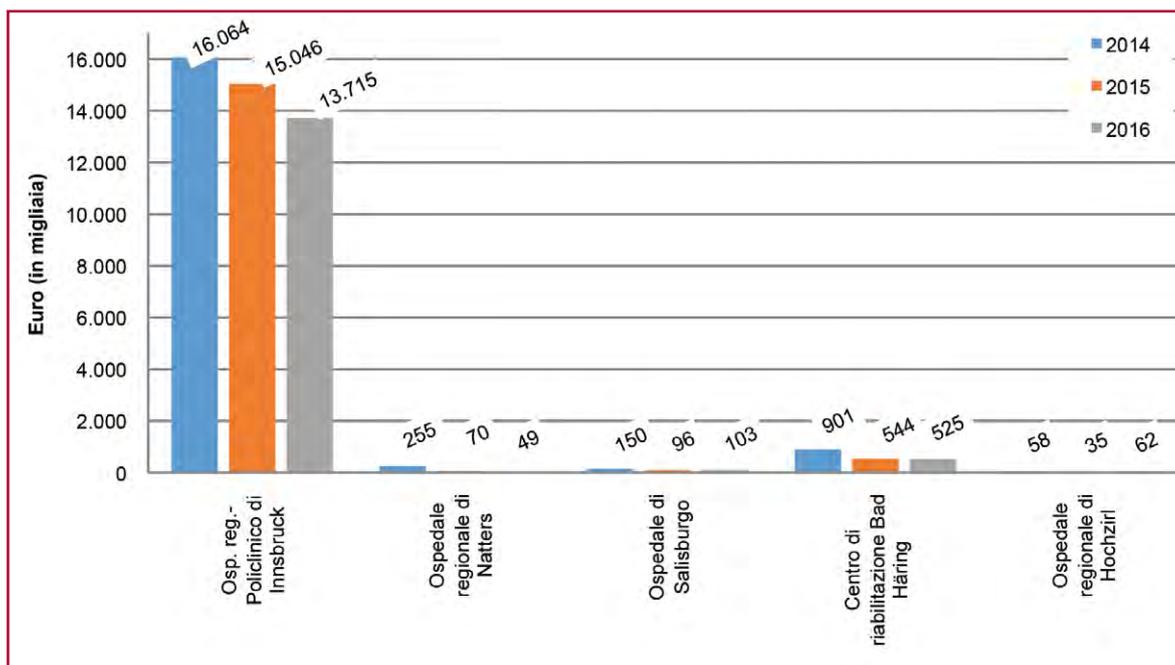


Grafico 2: Importo totale (€) dei ricoveri di pazienti altoatesini effettuati presso le strutture austriache⁷

14 milioni di euro, ottenendo un risparmio pari al 15% ca. (vedi grafico 2).

Da quanto sopra esposto, si evince che sussiste una notevole differenza tra le due voci di spesa, ossia per cure transfrontaliere ai sensi della Direttiva e per cure transfrontaliere in strutture austriache in applicazione delle norme statutarie.

TURISMO E MOBILITÀ SANITARIA ATTIVA IN ALTO ADIGE

Quali sono invece le implicazioni della Direttiva sulla mobilità sanitaria attiva dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige?

Per quanto riguarda i soli ricoveri programmati si osserva nel periodo dal 2014 al 2016

un numero costante di pazienti stranieri ricoverati nelle strutture sanitarie altoatesine, come lo dimostrano i numeri riportati nella tabella 3.

La maggior parte di questi ricoveri appartiene alle Major Diagnostic Categories (MDC) 14, 8 e 5. Tuttavia, i ricoveri programmati rappresentano solo una piccola frazione dell'assistenza ospedaliera offerta ai turisti stranieri, come emerge chiaramente dal grafico 3. Così l'analisi è stata estesa a tutte le prestazioni ospedaliere erogate ai pazienti stranieri.

Nel grafico 4 si rapporta il numero dei turisti soggiornanti in Alto Adige durante il triennio 2014-2016 al numero di pazienti stranieri ricoverati nell'Azienda Sanitaria dell'Alto

Anno	2014	2015	2016
Ricoveri programmati	165	192	187
Quadri patologici più frequenti	MDC 14 (Gravidanza, parto e postparto) MDC 08 (Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo) MDC 05 (Malattie e disturbi del sistema circolatorio)		

Fonte: Archivio SDO

Tabella 3: La mobilità sanitaria attiva nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

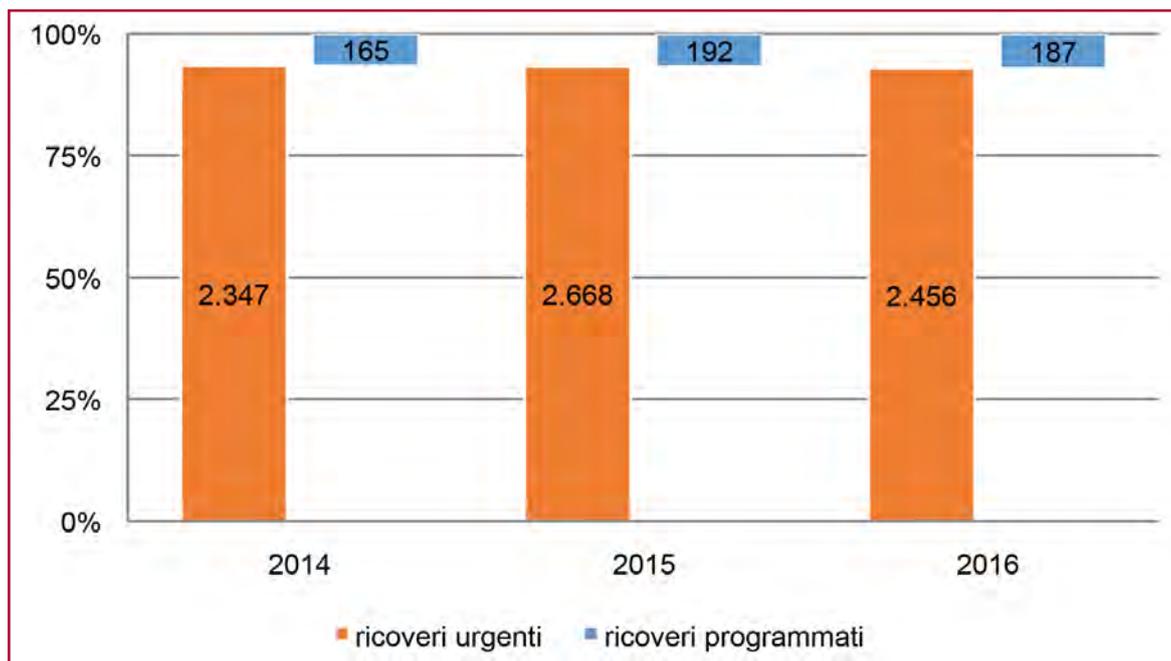


Grafico 3: Mobilità sanitaria attiva: distribuzione per tipologia di ricovero nell’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige

Adige su base mensile. Il grafico dimostra che la speditività dei pazienti stranieri nelle strutture altoatesine pubbliche è quasi direttamente proporzionale al numero dei turisti soggiornanti in Alto Adige. In genere, solo lo 0,01% dei turisti deve essere ricoverato, con una precisazione: il

turismo invernale provoca un numero maggiore di ricoveri rispetto al turismo nei mesi estivi. I dati dimostrano un calo dei ricoveri di pazienti stranieri dal 2015. Contemporaneamente si assiste dal 2014 ad un aumento progressivo di turisti soggiornanti in Alto Adige.

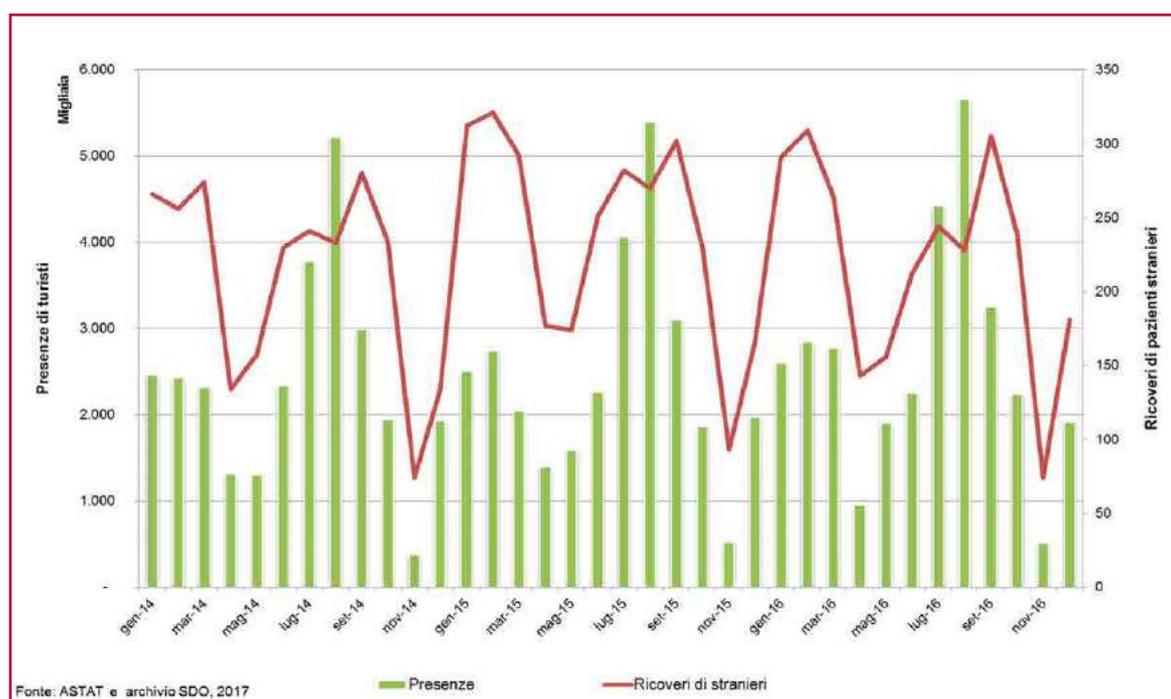


Grafico 4: Presenze di turisti e ricoveri di stranieri in Alto Adige (anni 2014-16)

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

I dati raccolti nel triennio 2014-2016 dimostrano che la Direttiva, nonostante le iniziali previsioni pessimistiche, non ha avuto un impatto significativo sulla spesa sanitaria altoatesina. Infatti, oltre al ricorso nelle tradizionali strutture austriache convenzionate in virtù di norme di attuazione statutarie (D.P.R. 197/1980), soltanto un numero contenuto di pazienti (complessivamente 151 ricoveri nel triennio 2014-2016) si è recato in una struttura estera per beneficiare di cure sanitarie complesse. I dati relativi alla mobilità attiva dovuti soprattutto al turismo sono rimasti più o meno invariati. Si ritiene di poter affermare che l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige presenti i requisiti per garantire una qualificata assistenza sanitaria, in termini strutturali, tecnologici, organizzativi e di professionalità, ai propri turisti.

Per la diagnosi e cura delle acuzie, la Provincia autonoma di Bolzano si basa prevalentemente, ma non esclusivamente, su un sistema sanitario pubblico, mentre al settore privato è affidato soprattutto la lungodegenza postacuzie ed una parte rilevante della riabilitazione intensiva e estensiva.

I medici degli ospedali pubblici, tutti a tempo pieno, non esercitano attività libero professionale nei confronti di pazienti ricoverati e fino a pochi anni fa non era concessa l'attività specialistica ambulatoriale extramoenia in virtù di una norma regionale, recentemente dichiarata incostituzionale.

CONCLUSIONI

Dopo l'introduzione della Direttiva 2011/24/UE si registra nella sanità altoatesina nel periodo dal 2014 al 2016, contro ogni previsione, un impatto poco significativo sulla mobilità sanitaria passiva. Nella popolazione sembra quindi non esistere una grossa domanda verso le cure sanitarie transfrontaliere in altri Paesi europei, fatto salvo il ricorso a cure ospedaliere particolarmente complesse presso l'Ospedale regionale - Policlinico universitario "Landeskrankenhaus - Universitätskliniken" di Innsbruck, ove, tuttavia, il ricovero avviene in base a norme statutarie. Nel biennio 2015-2016, grazie all'inizio della

riorganizzazione ospedaliera, il numero di ricoveri per prestazioni in strutture sanitarie ospedaliere al Policlinico di Innsbruck ha subito una riduzione significativa pari al 18%. Il motivo principale per lo scarso ricorso alle cure ai sensi della Direttiva è senz'altro dovuto alla soddisfazione della popolazione con l'assistenza sanitaria fornita dalle strutture austriache convenzionate, da vari centri ospedalieri di eccellenza clinica presenti in ambito nazionale e, non per ultimo, dall'avvio dei provvedimenti programmatici e organizzativi delle strutture ospedaliere dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, che comprende sette presidi ospedalieri pubblici, funzionalmente aggregati in quattro poli: Bolzano, Merano-Silandro, Bressanone-Vipiteno, Brunico-San Candido.

Riteniamo che una "saggia" politica di reclutamento di operatori sanitari dotati di elevata competenza professionale e organizzativa, la reingegnerizzazione della rete ospedaliera provinciale, con la concentrazione delle attività chirurgiche complesse, ed il potenziamento dell'assistenza territoriale sia preventiva che curativa, rappresentino i principali presupposti per una ulteriore riduzione significativa di ricoveri all'estero. Tutto ciò avrà un chiaro impatto sulla sanità altoatesina, in termini di qualità, efficacia, efficienza, e soprattutto anche di economicità e sostenibilità del sistema.

La programmazione sanitaria altoatesina dovrà tener conto delle varie esigenze dei turisti (eventi politraumatici, malati conici con elevato rischio di riacutizzazioni, emodialisi, malattie pediatriche, ostetricia-ginecologia), prevedendo il monitoraggio della mobilità sanitaria attiva e, non per ultimo, una stretta collaborazione con i servizi turistici.

Per ridurre il frequente ricorso a strutture sanitarie convenzionate austriache, a prescindere dalla citata politica di reclutamento di personale sanitario altamente qualificato in ambito nazionale ed europeo, è necessario applicare gradualmente i vari strumenti di governo clinico in termini di "clinical governance" in tutte le strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda sanitaria.

Riguardo a quest'ultimo aspetto, riteniamo che la formazione continua in cui prevalgono eventi seminariali interattivi gestiti da docen-

ti particolarmente competenti, permetta di raggiungere tali obiettivi nei prossimi anni. Riteniamo, infine, che in analogia ai settori del turismo, dell'agricoltura, della tutela dell'ambiente e dell'assistenza sociale, la Provincia autonoma di Bolzano abbia le potenzialità economiche e organizzative per diventare, anche in ambito sanitario, un importante polo di attrazione per altre regioni e per i paesi comunitari.

Bibliografia

1. Decreto del Presidente della Repubblica 26 gennaio 1980, n. 197 contenente norme di attuazione dello statuto speciale per il Trentino - Alto Adige concernenti integrazioni alle norme di attuazione in materia di igiene e sanità approvate con decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 1975, n. 474 (g.u. 24 maggio 1980, n. 141)
2. Frischhut, Markus und Stein Hans (2011): *Patientenmobilität: aktuelle Richtlinie und EuGH-Rechtsprechung*; facultas. wuv.
3. HoNCAB (2013): *Hospital Network for Care Across Borders in Europe*; <http://honcab.eu/>; ultimo accesso in data 07.08.2016.
4. Decreto legislativo n. 38 del 4 marzo 2014 "Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 21 marzo 2014 serie generale n. 67.
5. Legge provinciale 19 giugno 2014, n. 41) Modifica della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, recante "Riordinamento del servizio sanitario provinciale" pubblicato nel Bollettino Ufficiale 1 luglio 2014, n. 26.
6. Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano: *Relazione sanitaria 2016*; <http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/relazione-sanitaria.asp>; ultimo accesso in data 13/08/2017
7. Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano: *Relazione sanitaria 2016*; <http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/relazione-sanitaria.asp>; ultimo accesso in data 13/08/2017



Massima **igiene** all'insegna
del **green!** 

Sistemi di pulizia conformi ai
CAM Sanitari

D.M. 18-10-2016, pubblicato in G.U.
(Serie Generale 262) il 09-11-2016



Equodose®
dosatore istantaneo
di soluzione



Vasta gamma di
microfibre dTex ≤ 1
ad alta prestazione



Risparmio di acqua/chimico

Carrelli con secchi
≥ 50% in plastica
riciclata e colorati



Prodotti certificati
PSV - Plastica
Seconda Vita



Riciclo delle materie prime

Visita filmop.com

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

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

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

Principali nazionalità

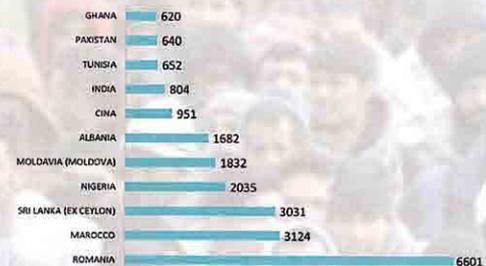


Grafico 1: Codice Triage, confronto negli accessi al PS di utenti di nazionalità e non italiana

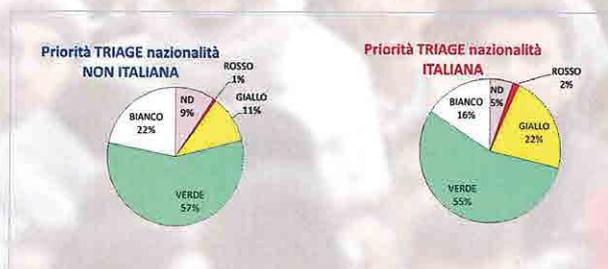


Tabella 1: Esiti principali degli accessi PS, confronto utenti di nazionalità italiana e non italiana (anno 2015)

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



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. Manzoni*, 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

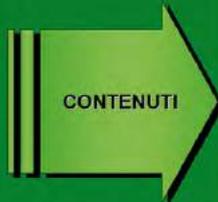
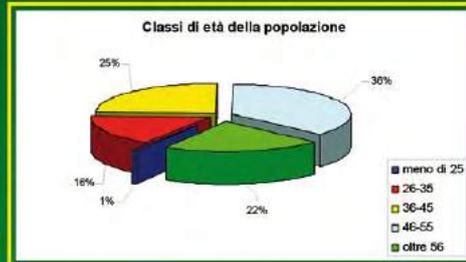
Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino



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.

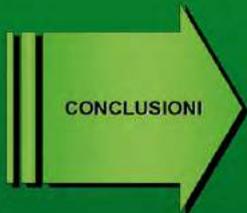


Tra febbraio e agosto 2017 è stato chiesto a tutti gli operatori sanitari dell'Azienda di sottoporsi gratuitamente, allo screening per morbillo, parotite, rosolia e varicella, partendo dalle aree a maggior rischio di contrazione/trasmissione ai pazienti delle patologie esantematiche: DEA, Pediatria-Nido,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



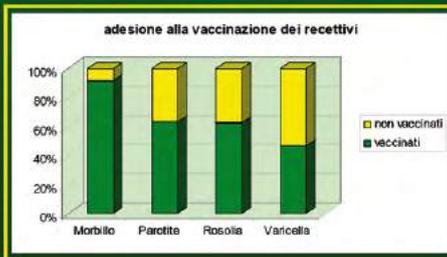
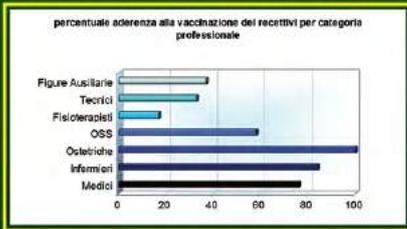
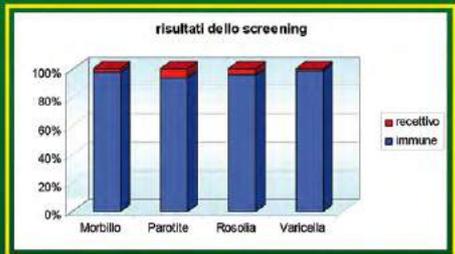
Degli operatori screenati il 98% è risultato immune al morbillo, il 94% alla parotite, il 96% alla rosolia e il 99% alla varicella.

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 di 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 perché a tutti i nuovi assunti verrà richiesto preventivamente lo stato immunitario.

Risultati dello screening per morbillo e varicella										
	Uomini n. (%)	Donne n. (%)	Totale n. (%)	Medici n. (%)	Infermieri n. (%)	Ostetriche n. (%)	OSS n. (%)	Fisioterapisti n. (%)	Tecnici n. (%)	Figure ausiliarie n. (%)
Campione di riferimento totale n. 1120	346 (31)	788 (70)	1134	288 (26)	459 (41)	19 (2)	146 (13)	35 (3)	166 (15)	167 (15)
Morbillo										
Immune	333 (96)	743 (94)	1076	280 (97)	448 (97)	19 (94)	144 (96)	33 (95)	151 (90)	161 (96)
recettivo	7 (2)	17 (2)	24	8 (3)	10 (2)	0	2 (1)	2 (6)	1 (1)	0
da ricontrollare	2 (1)	12 (2)	14	1 (1)	1 (1)	0	1 (1)	1 (3)	0	0
Parotite										
Immune	313 (90)	727 (92)	1040	271 (94)	436 (95)	19 (90)	139 (95)	24 (69)	111 (67)	147 (88)
recettivo	22 (6)	40 (5)	62	17 (6)	32 (7)	0	7 (5)	1 (3)	9 (5)	12 (7)
da ricontrollare	16 (5)	17 (2)	33	1 (1)	1 (1)	0	0	0	1 (1)	1 (1)
Rosolia										
Immune	322 (93)	746 (95)	1068	280 (98)	467 (100)	19 (90)	138 (96)	21 (60)	134 (81)	177 (100)
recettivo	17 (5)	34 (4)	51	18 (6)	13 (3)	0	0	0	0	0
da ricontrollare	12 (3)	20 (3)	32	1 (1)	0	0	0	0	0	0
Varicella										
Immune	334 (96)	771 (98)	1105	284 (98)	454 (99)	19 (90)	147 (97)	35 (98)	154 (92)	167 (99)
recettivo	1 (1)	9 (1)	10	0	0	0	0	0	0	0
da ricontrollare	4 (1)	7 (1)	11	0	0	0	0	0	0	0





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

E. Azzan¹, D. Balestrino², G. Parovina², S. Porretto³, S. Reggiani², G. Gentili⁴

¹ Direttore Sanitario Aziendale ASL AL

² Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero ASL AL

³ Direttore Struttura Complessa Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero ASL AL

⁴ Direttore Generale ASL AL

Introduzione

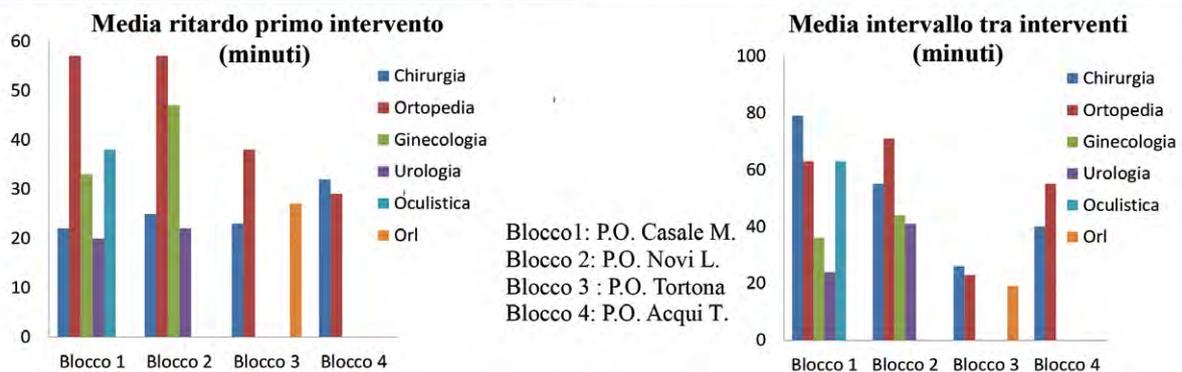
Il monitoraggio e la programmazione dell'utilizzo dei Blocchi Operatori sono un elemento di cruciale importanza al fine di gestire nel modo ottimale le risorse disponibili e ridurre i tempi di attesa degli interventi chirurgici.

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.



Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano di Torino

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. DIPSA - QU. RRE

Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino



INTRODUZIONE

La notte del 3 giugno 2017, durante la finale di Champions League, trasmessa su un maxischermo a Torino in Piazza San Carlo, in seguito ad un improvviso boato causato dalla caduta di alcune transeerme, 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.

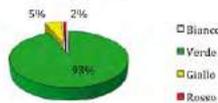
L'evento ha causato 1 morto e 1526 feriti, 180 di questi sono stati gestiti dal Dipartimento di Emergenza e Accettazione dell'Ospedale Mauriziano nell'arco di 4 ore e 15 minuti della fase di attivazione. Nella fase precedente all'attivazione sono arrivati 6 pazienti coinvolti nell'evento con mezzi propri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

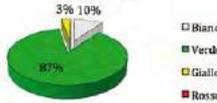
Sono stati successivamente messi in atto, ad opera della Direzione Sanitaria, i seguenti interventi per rielaborare l'evento con finalità di perfezionamento del piano di maxiemergenza:

- 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

Maxiemergenza Attiva



Pre e Post Maxiemergenza



Grafica - Percentuale di feriti coinvolti nell'emergenza di Piazza San Carlo e trattati durante la fase di attivazione della maxiemergenza o nelle fasi pre e post attivazione, distinti in base al codice colore assegnato al momento del triage.



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.



Il Debriefing	<p>ha evidenziato:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>ha comportato:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>ha portato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> variazioni del programma del corso per il personale del Pronto Soccorso con aumento delle ore di esercitazioni pratiche rivisitazione ed incremento delle esercitazioni periodiche che coinvolgono tutto il personale del Pronto Soccorso refresh annuali pratici per tutto il personale dell'ospedale



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[^], Massi G*, Montardit O*, Miraglia BA[°], Mastromatteo AM[°], Nasi G[°]

[^]Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore Roma
^{*}Dipartimento Internazionale Ospedale Cristo Re GIOMI Roma
[°]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.



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.

direzionesanitaria@ospedalecristore.it



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

KEYWORDS
Igiene,
Igiene Ambientale,
Microorganismi

IGIENE DEGLI AMBIENTI: METODOLOGIA TRADIZIONALE ED INNOVATIVA A CONFRONTO

C.Bertolini¹, G.M. Schifino¹, A. D'Acquisto², F. Marinoni³, G. Gallo⁴, L. Carpinelli², M.T. Cuppone⁵

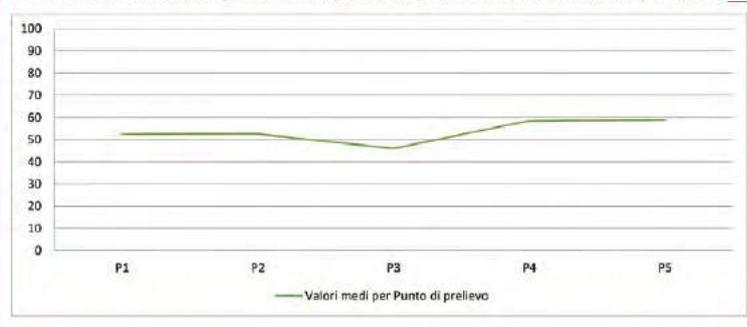
¹Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia; ²Vicedirettore Sanitario, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato; ³Vicepresidente, Progiene 2000; ⁴Responsabile Sistema Gestione Qualità, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato; ⁵Direttore Sanitario, I.R.C.C.S. 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 m²) 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/cm². 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 tamponi 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)	RdP 02-906/2017 Reparto B – Stanza 603 Prima delle pulizie	RdP 02-907/2017 Reparto A – Stanza 609 Prima delle pulizie	RdP 02-908/2017 Reparto A – Stanza 615 Prima delle pulizie
P1	2	6	> 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. Borciani¹, E. Ferretti¹, MC. Magnolo¹, S. Baruzzo², V. Annessi³, C. Marchesi⁴, F. Nicolini⁵

1 Dirigente Medico Staff Sistema Informativo-Accountability-Performance Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, 2 Responsabile Staff Sistema Informativo-Accountability-Performance Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, 3 Direttore Chirurgia Generale Ospedale Civile di Guastalla, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, 4 Direttore Sanitario Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, 5 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".

Campanile V.[^], Nardella P.^{*}, Porziotta S.^{*}, Caruso G.^{*}, Di Toma A.^o, Narracci O.[§]
[^]Direttore Sanitario Aziendale ASL BT

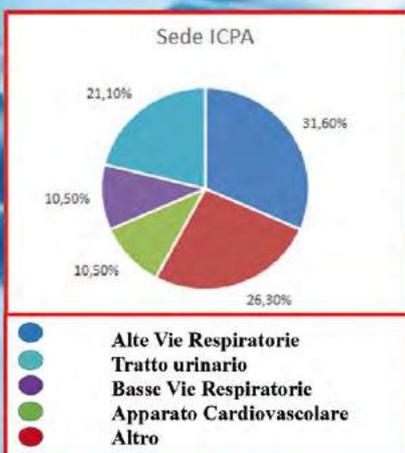
^{*}Dirigente Medico Direzione Medica Presidio Bonomo Andria - ASL BT

^oCPS Coordinatrice Infermieristica Direzione Medica Presidio Bonomo Andria - ASL BT

[§]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.



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 (P.O.).



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

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.

	STRUTTURA A									STRUTTURA B		STRUTTURA C
SOTTO-CENTRALE	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:
 1. distacco dei riuniti odontoiatrici dalla rete idrica e alimentazione con sistema autosteril (mattina del 24.7);
 2. posizionamento di filtri anti-legionella (4 docce e 2 rubinetti) in tutti i reparti (dal 24.7);
 3. shock termico nelle sotto-centrali interessate (notte tra il 24.7 ed il 25.7 e successive);
 4. operazione di flussaggio nei terminali di erogazione dell’acqua potabile, due volte la settimana.
- provvedimenti in corso di realizzazione:
 1. rivisitazione documento di valutazione del rischio specifico;
 2. installazione nelle sotto centrali idriche di sistemi di dosaggio per la sanificazione, prima con perossido di idrogeno e successivamente con monoclorammina;
 3. 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.

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata di Trieste



Congresso Nazionale ANMDO Rischio clinico e Responsabilità professionale
Firenze 25-26-27 ottobre 2017

La prevenzione delle infezioni da lavori edili in ospedale

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

Cerchi R.¹; Pelusi L.²; Gregoretti B.¹; Monteverti D.³; Perulli A.⁴

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

INQUADRAMENTO	OBIETTIVO	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'aspirgilliosi. 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

Tipo	Descrizione
Tipo A	Ispezione e attività non invasive: Include a titolo di esempio le seguenti attività <input type="checkbox"/> Limitata rimozione di controsoffitto per ispezione <input type="checkbox"/> Pitturazione (senza cartongesso) <input type="checkbox"/> Posse 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
Tipo B	Lavori di piccola entità e durata, con minima produzione di polvere Include a titolo di esempio le seguenti attività <input type="checkbox"/> Lavori che prevedono l'accesso a cavi <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Lavori di riparazione di pareti e soffitti dove la produzione di polvere può essere controllata <input type="checkbox"/> Lavori idraulici con interruzione localizzata dell'erogazione dell'acqua minore di 30 min
Tipo C	Lavori con produzione di livelli di polvere moderati o alti, o con demolizione e/o rimozione di elementi da costruzione flessi o che impegnano più di una giornata lavorativa Include a titolo di esempio le seguenti attività <input type="checkbox"/> Carteggiatura pareti prima della pitturazione o asportazione di un rivestimento murale <input type="checkbox"/> Rimozione di controsoffitti, pavimenti o pannelli murali <input type="checkbox"/> Piccole costruzioni murali <input type="checkbox"/> Lavori elettrici nel controsoffitto <input type="checkbox"/> Lavori di cablaggio elettrico, telefonico o dati di ampia portata <input type="checkbox"/> Lavori idraulici con interruzione dell'erogazione dell'acqua tra i 30 e i 60 min
Tipo D	Lavori di entità maggiore con demolizioni e costruzioni importanti Include a titolo di esempio le seguenti attività <input type="checkbox"/> Attività che richiedono più giorni lavorativi <input type="checkbox"/> Pesanti demolizioni o rimozione estensiva di cablaggi esterni <input type="checkbox"/> Nuove costruzioni <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Aree amministrative <input type="checkbox"/> Uffici <input type="checkbox"/> Aree in cui non sono eseguite cure ai pazienti	<input type="checkbox"/> Zone comuni <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Laboratori Analisi Cliniche	<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> Ecocardiografia <input type="checkbox"/> Reparti chirurgici <input type="checkbox"/> Reparti medici <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Ambulatori per Esterni <input type="checkbox"/> Ambulatori per Interni <input type="checkbox"/> Medicina Riabilitativa <input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Tutte le aree Critiche <input type="checkbox"/> Ematologia <input type="checkbox"/> Terapie intensive (compresa recovery room) <input type="checkbox"/> Stenze di isolamento a pressione negativa <input type="checkbox"/> Oncologia <input type="checkbox"/> Dialisi <input type="checkbox"/> Area di endoscopia <input type="checkbox"/> Sale Operative <input type="checkbox"/> Allestimento farmaci in cappa sterile <input type="checkbox"/> Ambulatori chirurgici Classe A

Matrice della classe di rischio e per le relative precauzioni

Tipologia lavori	Tipo A	Tipo B	Tipo C	Tipo D
Basso	I	II	II	III
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
Classe I	1. Adottare misure generali per il controllo delle polveri 2. Rimpiazzare immediatamente i pannelli dei controsoffitti rimossi	1. Ripulire l'area di cantiere
Classe II	1. Adottare sistemi per la prevenzione della dispersione delle polveri nell'aria 2. Sigillare le porte e le finestre non utilizzate con nastro adesivo 3. Bagnare le superfici di lavoro per il controllo delle polveri 4. Chiudere le bocche d'aerazione nelle aree di cantiere 5. Posizionare tappeti antipolvere nelle vie di accesso e uscita dal cantiere 6. Disabilitare o isolare il sistema di ventilazione/condizionamento nell'area di cantiere fino alla fine dei lavori	1. Pulire le aree di lavoro con disinfettante 2. Stoccare i materiali di risulta in contenitori coperti prima del loro trasporto 3. Prima di lasciare l'area di lavoro pulire utilizzando stracci umidi (mop) o aspirapolvere con filtro HEPA 4. Ripristinare il sistema di ventilazione/condizionamento
Classe III*	1. Disabilitare o isolare il sistema di ventilazione/condizionamento nell'area di cantiere fino alla fine dei lavori 2. 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 3. Mantenere una pressione negativa nell'area di cantiere utilizzando sistemi di aspirazione muniti di filtro HEPA 4. Stoccare i materiali di risulta in contenitori coperti prima del loro trasporto 5. Trasportare i materiali di risulta in contenitori chiusi (con coperchio o telo)	1. Non rimuovere le barriere antipolvere finché il lavoro non è stato completato, l'area ripulita a fondo ed ispezionata 2. Rimuovere le barriere di isolamento con cura al fine di non disperdere le polveri nell'ambiente 3. Pulire l'area di lavoro con aspirapolveri muniti di filtro HEPA 4. Pulire le aree di lavoro con disinfettante 5. Ripristinare il sistema di ventilazione/condizionamento
Classe IV*	1. Disabilitare o isolare il sistema di ventilazione/condizionamento nell'area di cantiere fino alla fine dei lavori 2. 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 3. Mantenere una pressione negativa nell'area di cantiere utilizzando sistemi di aspirazione muniti di filtro HEPA 4. Sigillare tutti i canali, condotti, passaggi esistenti nelle strutture perimetrali 5. Allestire un'area di uscita dal cantiere con pressione negativa o un aspiratore con filtri HEPA per rimuovere la polvere degli abiti di lavoro del personale. In alternativa adottare camici e soprascarpe usa e getta da rimuovere in uscita dal cantiere 6. Tutto il personale esterno che accede all'area di cantiere deve usare soprascarpe usa e getta	1. Non rimuovere le barriere antipolvere finché il lavoro non è stato completato, l'area ripulita a fondo ed ispezionata 2. Rimuovere le barriere di isolamento con cura al fine di non disperdere le polveri nell'ambiente 3. Pulire l'area di lavoro con aspirapolveri muniti di filtro HEPA 4. Pulire le aree di lavoro con disinfettante 5. Ripristinare il sistema di ventilazione/condizionamento

Da usare se Classe III o IV

Valutazione dell'impatto potenziale sulle aree interessate dai lavori di ristrutturazione

Zona principale sottoposta a ristrutturazione: Area, Torre

Unità sottostante	Unità soprastante	Lateralmente dx	Lateralmente sx	Unità dietro	Unità di fronte
Tipologia di attività					
Risk Group					

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

INFO: alfredo.perulli@asuits.sanita.fvg.it

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.

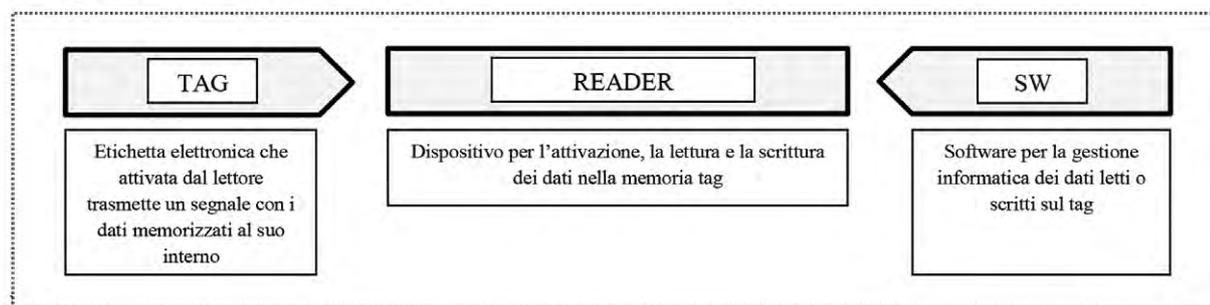


Fig. n. 1 Schema RFID

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 E' GIA' PREVENZIONE

A. Cirrone, Cipolla¹, P.M. Santino², D. La Verde³, V. Cucchiara⁴, C. Consiglio⁵, G. Ferrigno⁶, C. Iacono⁷

1. Responsabile Direzione Medica P.O. Muscomeli, 2. Direttore Sanitario ASP Caltanissetta, 3. Responsabile per le procedure sanitarie CGS ASP Caltanissetta, 4. Specialista ambulatoriale Biologia ASP Caltanissetta, 5. Dirigente Patologo ASP Caltanissetta, 6. Specialista volontario in Management sanitario ASP Caltanissetta, 7. Direttore Generale ASP Caltanissetta.

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,

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,

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

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

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

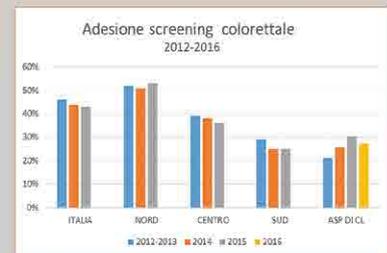
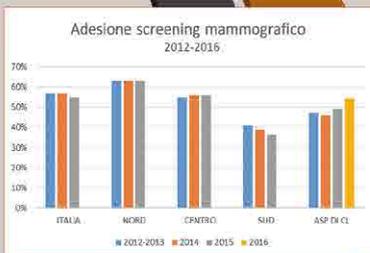
Recupero non responders attraverso 2° sollecito, telefonata, coinvolgimento MMG Associazioni di volontariato.

• **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

Di seguito i risultati ottenuti





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

KEYWORDS
Farmacovigilanza,
Reazioni Avverse,
Farmaci

FARMACOVIGILANZA: QUANTO NE SAPPIAMO?

A. D'Acquisto¹, C. Bertolini², G.M. Schifino², M. Felisatti³, M.G. Cavallazzi⁴, G. Gallo⁵,
L. Carpinelli¹, M.T. Cuppone⁶

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

INTRODUZIONE

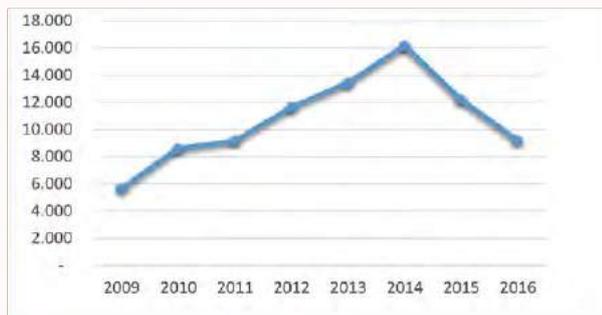
Nonostante il decreto legislativo del 30 Aprile 2015, adottato ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 del D.Lgs 228/2012, abbia stabilito l'obbligo di segnalazione delle sospette reazioni avverse a farmaci e ai vaccini con i rispettivi limiti di tempo, tra farmaci e vaccini rispettivamente del 3% vs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



FARMACOVIGILANZA

Indagine sulla farmacovigilanza attiva

Qualche domanda di farmacovigilanza

1. Con il sistema di segnalazione attiva?
 - Qualcosa che potrebbe essere di una terapia
 - L'importanza di ricevere il segnale di segnalazione della terapia
 - Qualcosa che potrebbe essere di un farmaco
2. Il sistema di segnalazione attiva è sufficiente a garantire la sicurezza dei farmaci?
 - Sì
 - No
 - Non so
3. Come definirebbe una reazione avversa da farmaco (ADR)?
 - Qualcosa risposta nuova al farmaco che si verifica in seguito alla somministrazione del farmaco
 - Qualcosa risposta nuova al farmaco, in risposta o presenza, di un farmaco, a dosaggio normale
 - Qualcosa risposta nuova al farmaco, in risposta o presenza, di un farmaco, a dosaggio superiore
 - Qualcosa risposta nuova al farmaco, in seguito alla somministrazione, per motivi diagnostici, terapeutici o preventivi, di un farmaco, a dosaggio normale
 - Qualcosa risposta nuova al farmaco, in seguito alla somministrazione, per motivi diagnostici, terapeutici o preventivi, di un farmaco, a dosaggio superiore
4. Quali sono le attività di farmacovigilanza che sono maggiormente coinvolte nella segnalazione avversa al farmaco?
 - La rete
 - L'ospedale farmaceutico
 - Il sistema sanitario
 - La pratica ospedaliera
 - Altro
5. In che modo e a chi è possibile segnalare una reazione avversa?
 - Inviare un'informazione. Da parte di un operatore sanitario, della struttura o di segnalazione di una reazione avversa.
 - Mediante il sistema sanitario telefonico o la responsabilità della farmacovigilanza della propria ASP o dell'azienda ospedaliera
 - Contattando l'informazione scientifica del farmaco di qualsiasi industria farmaceutica
6. Quali le difficoltà più appropriate di segnalazione attiva?
 - La segnalazione avviene durante la normale pratica clinica di un paziente in cura dal medico di medicina generale / quello che ha il farmaco prima essere coinvolto nella segnalazione di un evento avverso
 - È una comunicazione relativa all'insorgenza di una reazione avversa che si verifica in un paziente dopo l'assunzione di un farmaco
 - È l'avvenuta in un centro di cura operativa sul Registro Nazionale dei farmaci
7. Quali le difficoltà di segnalazione attiva per il farmacista?
 - L'evoluzione tecnologica
 - Costo elevato
 - Dove
 - Numero dei presidi
8. Quali gruppi di farmaci ritiene siano maggiormente responsabili di ADR?
 - Antibiotici
 - Farmaci antitumorali non ormonali
 - Anticoagulanti orali
 - Antidolorifici
 - Antipertensivi
 - Altri
9. Quali fattori di rischio ritiene siano maggiormente a rischio di ADR?
 - Bambini
 - Anziani
 - Terza
10. Le reazioni avverse sono poco segnalate perché?
 - Non è nota la possibilità di segnalare
 - Non è chiara la confusione tra farmaco e reazione avversa
 - Non sono note le modalità con cui effettuare la segnalazione
11. Come vede la differenza tra reazioni avverse ad evento avverso ad un farmaco?
 - Sì
 - No
12. Come definirebbe l'attività di farmacovigilanza?
 - Il monitoraggio delle reazioni avverse ai farmaci dopo la loro commercializzazione
 - Lo studio degli effetti collaterali dei farmaci dopo la loro immissione sul mercato
 - Lo studio delle reazioni avverse dei farmaci durante la fase di sviluppo

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.



GRUPPO OSPEDALIERO
POLICLINICO SAN DONATO



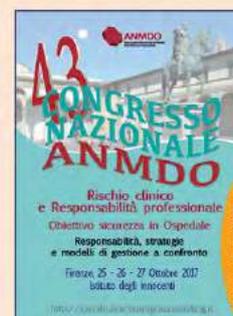
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

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

Autori: D. Donati¹, G.A. Miccoli¹, T. Iori¹, A. Ianni¹

1: 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.

Bibliografia essenziale:

1. WHO Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. A systematic review of the literature. Geneva, World Health Organization, 2011.
2. Bates DW, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha AK; Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Global priorities for patient safety research. *British Medical Journal*, 2009, 338:b1775.
3. EpiCentro. Infezioni correlate all'assistenza. Aspetti epidemiologici. A cura del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità. Reperibile on-line all'indirizzo http://www.epicentro.iss.it/problemi/infezioni_correlate/epid.asp
4. Ministero della Salute. Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Gennaio 2012.



Assessorato
della Salute



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

R. Elia¹, Paola M. Santino², G. Rocca³, A. Cirrone Cipolla⁴, C. Consiglio⁵, A. Iannello⁶, G. Ferrigno⁷,
C. Iacono⁸

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 ormai 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.





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 T¹, Gailli P^{2*}, Basso D³, Cruciani A⁴, Distefano FA⁵, Miraglia BA⁶, Mastromatteo AM⁷, Nasi G⁸,

*UOC Accredimento Strutture Sanitarie ASL RM2 Roma

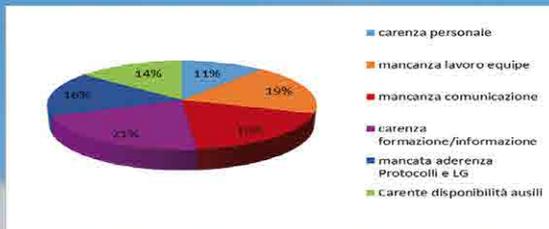
**Casa di Cura Villa Fulvia Roma

^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.

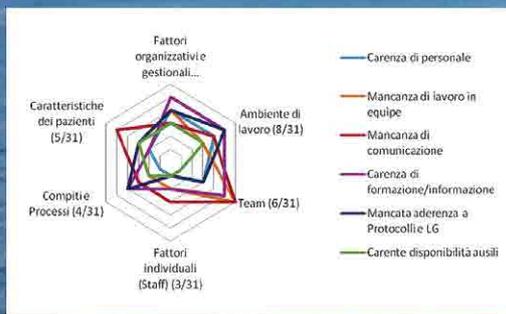
DESCRIZIONE DEL MODELLO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO (VINCENT)



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.

DESCRIZIONE DEL MODELLO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO (VINCENT)



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 espone 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.

DESCRIZIONE DELLA SCALA DECISIONALE PER IL RISCHIO CLINICO



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.

direzionesanitaria@ospedalecristore.it

Indicatore	Struttura di riferimento	Ospedale Cristo Re	CSC Villa Fulvia	Dist. Roma	Pres. di miglioramento
		SWR	SWR	OCR	VF
Misura standard sul rischio clinico	Registri accreditamento ISO 9001	SI	SI	SI	SI
Organizzazione in tema di rischio clinico	PANCOMMISSIONE RISCHIO CLINICO Preside del RUC Miraglia Antonio SIMES	SI	SI	SI	SI
Presenza di documentazione	Recommendation internazionali Registri accreditamento	SI	SI	SI	SI
Documentazione specifica per struttura e ruolo	Recommendation internazionali e IT	SI	SI	SI	SI
Documentazione specifica per struttura TEV	Linea Guida (GAPAV 2013) e RUC 2015	SI	SI	SI	SI
Documentazione specifica per struttura servizi farmacia	Recommendation internazionale e IT	SI	SI	SI	SI
Organizzazione risorse	Registri organizzativi accreditamento	SI	SI	SI	SI
Formazione	SI Cap. 6112008 e 1 alla ISO 9001 (ISO 10005)	SI	SI	SI con certificazione ISO 9001 e 10003	SI con certificazione ISO 9001

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

M. Fattorini¹; S. Burgassi²; R.M.R. Cardaci²; D. Lenzi³; G. Buonocore²; K.P. Biermann⁴; M.F. De Marco³; G. Cevenini⁵; G. Messina²

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena;

²Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena;

³U.O.C. Igiene ed Organizzazione dei Servizi Ospedalieri, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese;

⁴Clinical Trial Office, A.O.U. «Meyer», Firenze;

⁵Dipartimento 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^{38®} 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)/tamponi**.

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.



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. Fiorella¹, P.M. Santino², A. Cirrone Cipolla³, V. Cucchiara⁴, C. Consiglio⁵, G. Ferrigno⁶, C. Iacono⁷

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

E' 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 della 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)

E' 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.



43° Congresso Nazionale ANMDO
Firenze 25-27 ottobre 2017

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

¹ 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.

² 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.

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

⁴ 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).



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 S¹, Papa R², Polenta L², Martini C,² Sebastiani M², Luzi F², Incicchitti L², Scandali VM¹, Aurelio V², Gemini MC², Baldi E³, Berardi R⁴, Serafini G².

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

2: SO Direzione Medica Ospedaliera, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

3: Dipartimento Scienze Radiologiche, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

4: 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 nei 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 (T ₀ N ₁), 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%
2	Proporzione di pazienti con coinvolgimento dei linfonodi ascellari (>uguale pN2a) che hanno ricevuto RT dopo mastectomia	80%	75%
1	Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo endocrino responsivo che 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





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



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

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



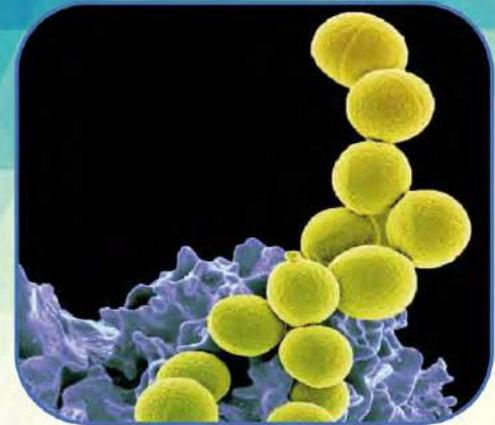
Gentile Leandro¹, Schifino Gaia Marzia¹, Campanella Francesca²

¹ Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia

² 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.





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

M.Golferà¹, D.Lenzi², F.Toscano¹, G.Messina², A. Tinturini³, B.R. Porchia³, S.Brandani³, M.F. De Marco³

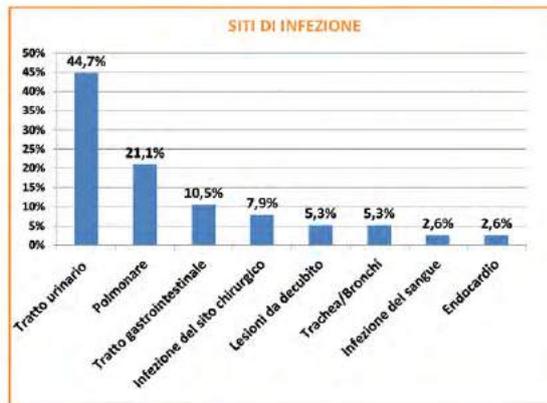
¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena;
²Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena;
³U.O.C. Igiene ed Organizzazione dei Servizi Ospedalieri, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese.

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

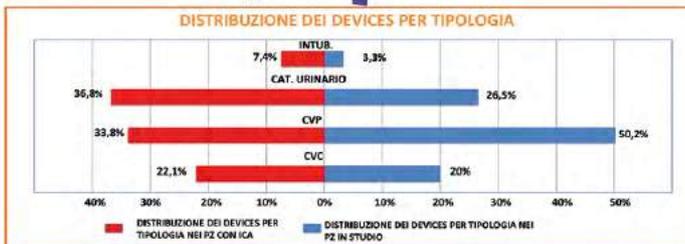
L'indagine è stata condotta dal 3 al 7 aprile 2017 e la raccolta dei dati ha seguito il protocollo dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Sono state esaminate le cartelle cliniche dei pazienti ricoverati in regime ordinario in tutti i reparti dell'AOUS ed eseguita un'analisi 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 al 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.



Circa il 50% dei pazienti ha ricevuto una 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: 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 variabili statisticamente significative ($p < 0,05$). Nelle ICA dal modello di regressione logistica si è evinto che per ogni giorno di degenza vi è un aumento significativo del 3,8% nello sviluppare un'ICA. Il catetere urinario è il device che maggiormente si associa all'insorgenza di ICA (OR: 6,64, IC: 2,96-14,68).

Sull'utilizzo di terapia antibiotica, le variabili risultate significative all'analisi monovariata e poi inserite nel modello di regressione logistica multivariata sono stati: i giorni di degenza, la tipologia di devices invasivi, l'area di ricovero e il Mc Cabe score.



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.

**Normativa in materia di protezione dei dati sensibili:
regolamento per la gestione del dossier sanitario**

C. Incerti Medici¹, F. Vercilli¹, M. Ferrari², G. Rivi², M. Foracchia³, G. Mazzi⁴, C. Marchesi⁵, F. Nicolini⁶

1Dirigente Medico Direzione Sanitaria Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia; 2Ufficio Legale Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia, 3Servizio Tecnologie Informatiche Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia, 4Direttore di Presidio Ospedaliero Santa Maria Nuova Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia, 5Direttore Sanitario Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia, 6Direttore 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. E’ 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 accedere 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.

OSPEDALE ANNUNZIATA



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, Accreditamento 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.*



09:00-09:15 Presentazione del Programma, M.Loizzo - S.Palazzo

09:15-09:30 Approccio sistemico e organizzazione del lavoro, M.D.Luvaro
 09:30-10:15 Quando la Cultura della Qualità intercetta la Sanità, M.Loizzo
 10:15-11:00 Evoluzione del Paradigma Medico: Flessibilità strategica & Resistenza al Cambiamento, S.Palazzo
 11:00-11:30 Coffee-Break

7 Giugno 2017

• La forma mentis



11:30-12:00 diversi stili relazionali per i diversi livelli di interazione: strumenti e metodi per una comunicazione efficace

A. Piattelli
 12:00-12:30 Esercitazione pratica di costruzione di PDTA in Aula didattica, R.Biemonte

• La cassetta degli attrezzi



12:30-13:00 Comunicare il PDTA, G. Moretti

13:00 Pranzo

14:45-16 del DIRE al FARE: Esperienze sul campo

• Il saper fare/saper essere

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Aziendali
 Proposta Di Trasformazione Antorganizzata

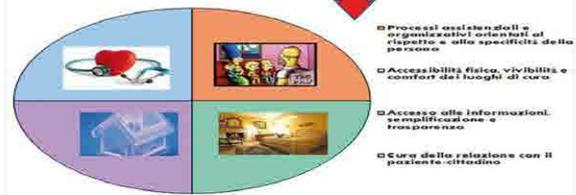
CONTENUTI

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 équipe 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 **Competence 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.**





Antimicrobial stewardship come strumento di monitoraggio



Lovato E.¹; Mana F.¹; Pellegrino P.¹; Garibaldi A.¹; Bracco C.²; Subrizi M.³; Piana F.⁴; Mondini M.⁵; Rapezzi D.⁶; Re A.G.⁷; Occelli P.⁷; Malvasio P.⁸; Bedogni C.⁸

¹ Direzione Sanitaria di Presidio - AO S. Croce e Carle; ² S.C. Medicina Interna - AO S. Croce e Carle; ³ S.C. Malattie Infettive e Tropicali - AO S. Croce e Carle; ⁴ SC Laboratorio Analisi - AO S. Croce e Carle; ⁵ SC Farmacia - AO S. Croce e Carle; ⁶ SC Ematologia - AO S. Croce e Carle; ⁷ ICI - AO S. Croce e Carle ICI; ⁸ 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.





Sistema Socio Sanitario
 Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio
 Regione Lombardia
 ASST Valle Olona

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°°°

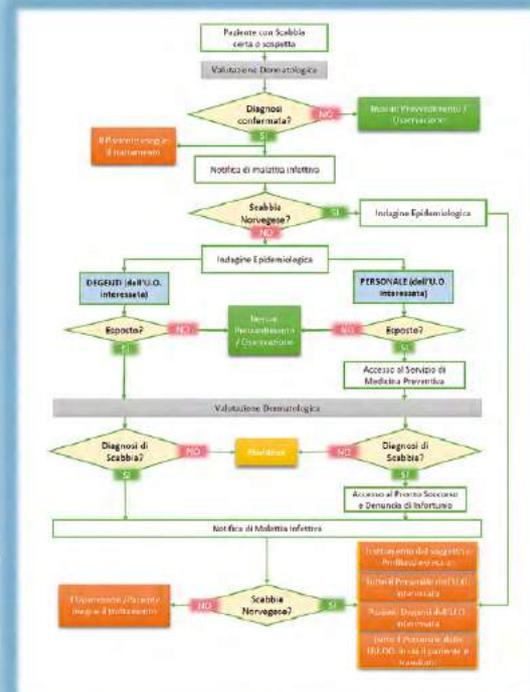
*IP Direzione Medica, P.O. di Busto Arsizio; **IP/AFD Direzione Medica, P.O. di Busto Arsizio; ***Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia; ****Responsabile S.S. Dermatologia, P.O. di Busto Arsizio; °Responsabile S.C. Dermatologia, P.O. di 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.

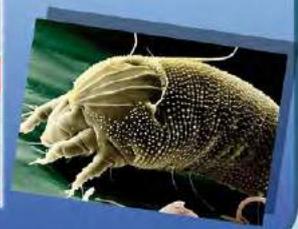


CONCLUSIONI

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



La figura dell' Hospitalist nei reparti chirurgici: un valore aggiunto per la gestione del rischio clinico

Giovanni Messori Ioli¹, Chiara Rivetti², Simone Agostini³, Andrea Ricotti⁴, Gianfranco Cassisa⁵, Danilo Bono⁶

- 1- Diretto Sanitario - ASL CN2
- 2- Medico Medicina Interna - ASL To5
- 3- Chirurgo DEA - Città della Salute
- 4- Datamananger - ASL CN2
- 5- Diretto Amministrativo - ASL CN2
- 6- Diretto Generale - 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)¹ e di 2.2 giorni (da 10.6 a 8.4 giorni)², 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 ore¹ 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%)⁴, e un ridotto trasferimento nei reparti di terapia intensiva (da 20% a 10.2%)⁵; risulta anche una maggiore appropriatezza prescrittiva dei farmaci sia per ciò che concerne la profilassi anti trombosi venosa profonda (dal 63% al 93%)⁶ che la terapia anti-osteoporosi (dal 12% al 69%)⁷.

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%)⁸; producendo un miglioramento significativo nell' appropriatezza della profilassi antibiotica (meno 10.6%)⁹.



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 immunematologia 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 2017¹. 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 INDACO² per qualsiasi regime di somministrazione. Per individuare i restanti farmaci si predispone 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

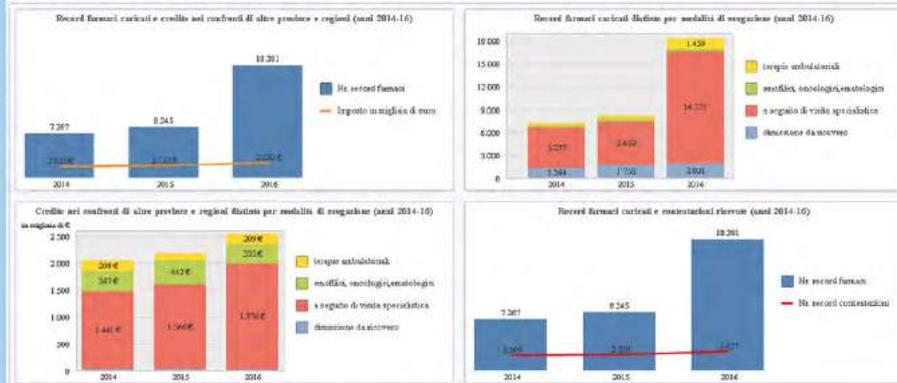
08.99.1	Infiltrazione di angioma palpebrale	83.98	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno dei tessuti molli	99.16	Somministrazione di vaccini	99.29.2	Iniezione periarteriosa
10.91	Iniezione sottocongiuntivale	86.02.2	Infiltrazione di cheloide	99.21	Iniezione di altre sostanze 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	Infiltrazione genitourinaria	99.23	Iniezione di steroidi	99.29.5	Iniezione endocavemosa 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 elettronica 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 perinevosa		

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 Masterplan³, il flusso File F è stato comunque garantito e perfezionato.

Grafico: Il File F nella mobilità sanitaria attiva



¹ Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, Versione in vigore per le attività degli anni 2014-2015 e 2016

² INDACO: software per prescrizione e allestimento in ambito onco-ematologico

³ 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"

UNO STUDIO ESPLORATIVO PER L'UTILIZZO DI MANOPOLE PER L'IGIENE DEI DEGENTI

Moretta Salvatore¹; Sorrentino Milena²; Di Caterino Alfonsina³; Naddeo Annabella³; Mastropietro Angela³; Loffreda Romolo³; Sgambato Albina³.
 (¹Direttore UOC Qualità e Risk Management, ASL Caserta; ²Addetto al controllo del rischio infettivo UOC Qualità e Risk Management, ASL Caserta; ³Addetto 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	2982
	H3	6	352	2001
	H4	11	484	3564
	H5	11	740	4431
GERIATRIA	H2	8	420	3390
TOTALE		296	13524	

TABELLA 1: Dati riferiti all'anno 2016 - P.L.= posto letto; ORD.= ordinario; GG.= giornate

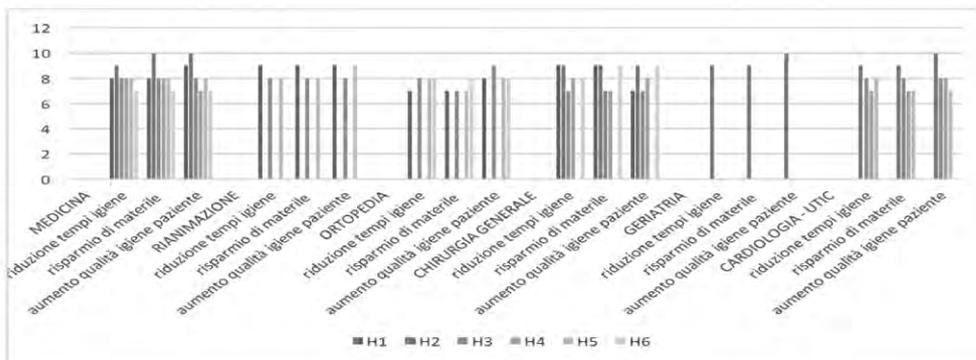


Grafico 1



LA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE NELLA VALUTAZIONE DEI PERCORSI DI PROTESI TOTALE D'ANCA E DI GINOCCHIO



Autori: Muca A.¹, Scioli P.³, Cuocolo C.⁵, Atzori F.⁴, Russo R.²

¹Dirigente Medico Direzione Sanitaria, ²Direttore Sanitario, ³Consulente Qualità e Accreditamento, ⁴Direttore Struttura Complessa Ortopedia, ⁵Dirigente 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.

Tab. 1 - PROTESI TOTALE GINOCCHIO

FASE	ASPETTO MONITORATO	DOMANDA	NO	SI	N.R.
PRE-RICOVERO	INFORMAZIONI	Tempi di attesa	8%	94%	
		Informazioni cliniche		86%	14%
RICOVERO PRE-INTERVENTO	SICUREZZA	Informazioni allergie e farmaci	0%	94%	
		Identificazione dell'arto	2%	92%	6%
		Terapia antitrombotica	0%	87%	13%
RICOVERO POST-INTERVENTO	APPROPRIATEZZA TRATTAMENTO	Movimentazione entro 48 ore		98%	2%
	ADEGUATEZZA TRATTAMENTO	Gestione dolore post operatorio		95%	5%
		Gestione ferita chirurgica		93%	7%
DIMISSIONI e CONTROLLI	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	Informazioni su mobilizzazione		78%	22%
		Programmazione percorso riabilitativo	3%	79%	18%
		Consegna lettera dimissione		42%	58%
% RESTITUZIONE QUESTIONARI 46%					

Tab. 2 - PROTESI TOTALE ANCA

FASE	ASPETTO MONITORATO	DOMANDA	NO	SI	N.R.
PRE-RICOVERO	INFORMAZIONI	Tempi di attesa	7%	99%	4%
		Informazioni cliniche	7%	97%	7%
RICOVERO PRE-INTERVENTO	SICUREZZA	Informazioni allergie e farmaci	7%	93%	
		Identificazione dell'arto		100%	
		Terapia antitrombotica	7%	93%	
RICOVERO POST-INTERVENTO	APPROPRIATEZZA TRATTAMENTO	Movimentazione entro 48 ore	2%	98%	
	ADEGUATEZZA TRATTAMENTO	Collocazione cascina divaricatore	2%	98%	
		Gestione dolore post operatorio	2%	98%	
		Gestione ferita chirurgica		100%	
DIMISSIONI e CONTROLLI	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	Informazioni su mobilizzazione		99%	1%
		Consegna lettera dimissione	9%	71%	20%
% RESTITUZIONE QUESTIONARI 74%					

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.



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. 3.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. E' 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



L'innovazione del cleaning professionale su misura per il settore ospedaliero

Igiene e sicurezza sono prerogative imprescindibili per il settore ospedaliero: garantirle deve essere una priorità. Filmop è un'azienda specializzata nella produzione di attrezzature manuali per la pulizia professionale degli ambienti, presente sul mercato da oltre 35 anni.



Nel tempo ha realizzato soluzioni altamente professionali, studiate appositamente per venire incontro alle necessità di un settore che richiede elevati standard qualitativi. Filmop garantisce la massima igiene con il dosatore meccanico istantaneo Equodose che permette di abbattere il rischio di contaminazione crociata. Equodose è un sistema progettato per offrire la piena libertà nel decidere quando effettuare l'impregnazione e quanta dose di soluzione utilizzare, beneficiando di un meccanismo di dosaggio regolabile dotato di una chiave di sicurezza per evitare manomissioni o utilizzi impropri. Il sistema permette di impregnare solo i panni realmente necessari ed utilizzare un panno sempre diverso e pulito per ogni stanza da trattare. Per garantire la massima sicurezza, inoltre, Filmop ha realizzato Alpha Metal Free: il



primo ed unico carrello di pulizia completamente privo di parti metalliche, pensato per accedere tranquillamente anche nelle aree di risonanza magnetica. Alpha Metal Free è la soluzione ideale per prevenire gli infortuni ed offrire nel contempo una completa libertà di movimento in tutti gli ambienti. www.filmop.com

PCHS l'igiene che riduce le infezioni

Copma dopo avere qualificato il proprio Logo con il payoff "Produttori di Igiene- Cultori dell'ambiente" ha coerentemente fatto un restyling del Logo PCHS, incluso il nuovo payoff "Igiene Biostabile".

Una comunicazione coerente con lo sviluppo del progetto innovativo del Sistema PCHS. Un sistema capace di conseguire tre obiettivi strategici nel campo dell'igiene e della salubrità degli ambienti ospedalieri:

- bassi e stabili livelli di carica patogena
- abbattimento delle antibiotico resistenze
- riduzione delle ICA.

Non meno rilevanti altri due risultati: la riduzione dell'impatto ambientale e la riduzione dell'impatto economico e dei costi.

Concetti ed evidenze scientifiche che sono state espone in occasione del 43° Congresso Nazionale ANMDO e del 12° Forum Risk Management in Sanità.

La Commissione Europea e il Governo Italiano, con l'approvazione della Conferenza Stato-Regioni, hanno recentemente adottato i relativi Piani d'azione per combattere la resistenza antimicrobica, causa dell'esponeziale aumento di eventi infettivi; un fenomeno che



nella UE causa 25.000 decessi l'anno e costi sanitari supplementari pari a 1,5 mld di Euro.

Più che mai sono necessari investimenti in ricerca e innovazione in tutta la "filiera della salute"; Copma, avvalendosi della collaborazione di prestigiose Università e Strutture Ospedaliere ha avviato un virtuoso processo di innovazione incidendo, con il Sistema PCHS, significativamente su uno dei tasselli di rischio nella trasmissione di ICA: l'ambiente ospedaliero. L'obiettivo di contribuire alla riduzione del rischio infettivo è la svolta che Copma ha determinato cambiando i paradigmi della sanificazione ambientale: non basta più parlare di pulizie, il prodotto del servizio si chiama Igiene e come tale deve essere misurata per contrastare la proliferazione dei germi patogeni e conseguentemente ridurre le infezioni.

www.copma.it

VISITA IL SITO



www.anmndo.org



il sito di riferimento
per i medici delle
direzioni ospedaliere

ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

L'ASSOCIAZIONE - COME ISCRIVERSI - INFORMAZIONI SCIENTIFICHE - PUBBLICAZIONI - CONTATTI

Cerca

IN EVIDENZA

43° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

CONVENZIONI ASSICURATIVE

ANMDO CARE "L'angolo dell'ANMDO"

L'OSPEDALE

LINK UTILI

COMUNICAZIONI AI SOCI SUL 43° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

- Pubblicazione Abstract contributi scientifici
24 ottobre 2017
- Comunicazione del 17/10/17
20 ottobre 2017
- Convocazione Assemblea Nazionale 25 Ottobre 2017 - Firenze
17 ottobre 2017

COMUNICAZIONI

- Pubblicazioni Progetti linee guida
6 ottobre 2017
- Iniziativa di formazione "Dalle Linee guida ai percorsi assistenziali"
6 ottobre 2017
- Convocazione Presidenti Regionali - 14 ottobre
2 ottobre 2017

Archivio

Programma aggiornato al 14 ottobre

SGARICA

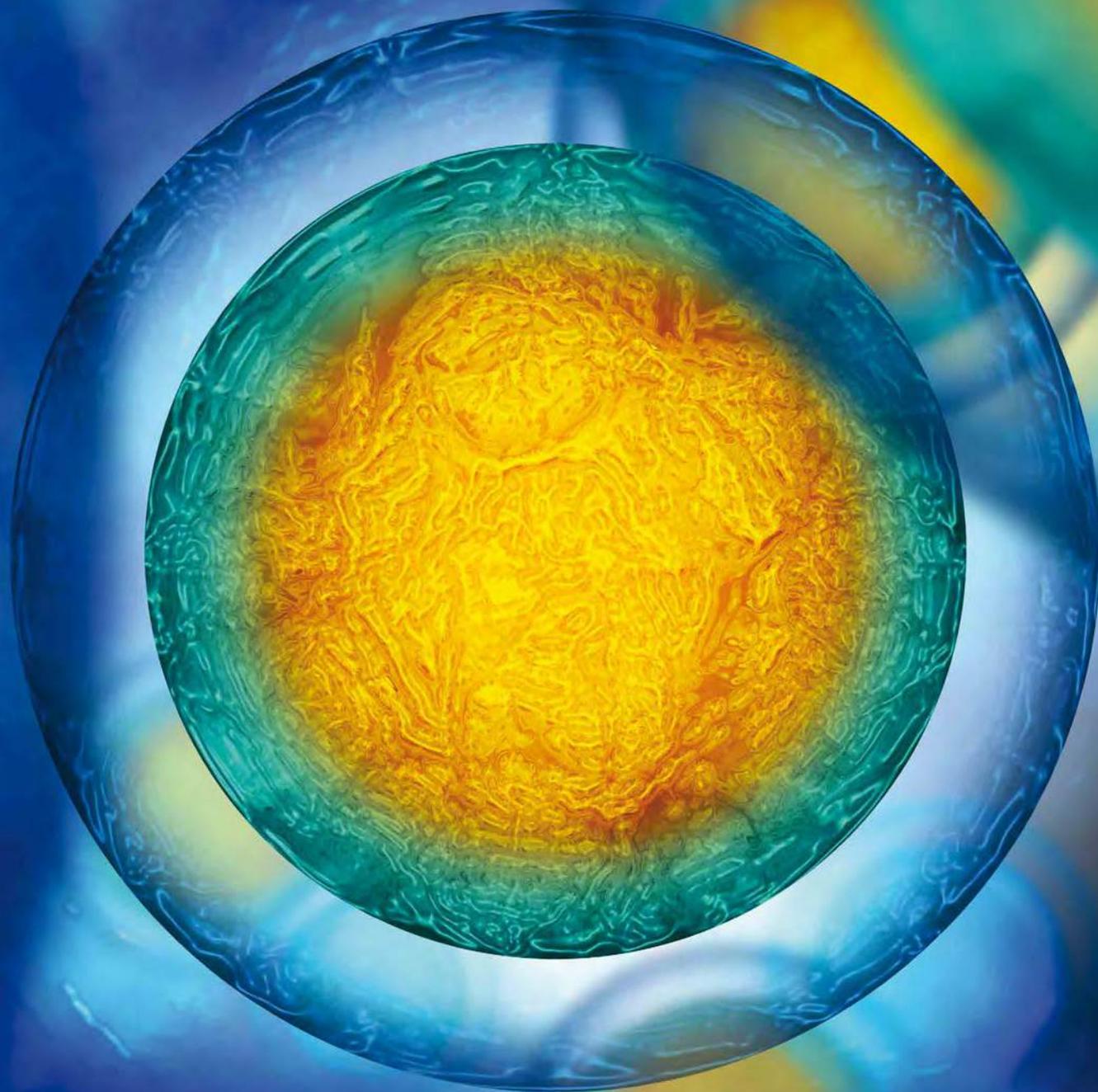
Numero 3/17
Periodico trimestrale dell'ANMDO

www.eahm.eu.org
www.sias.it
Ministero della Salute
Istituto Superiore di Sanità
Agenas
Aran
www.regione.abruzzo.it
www.regione.basilicata.it
www.regione.calabria.it
www.regione.compania.it





L'IGIENE CHE RIDUCE LE INFEZIONI



CI PRENDIAMO CURA DELL'IGIENE E DELLA PREVENZIONE



Copma Srl
Via Veneziani 32
44124 Ferrara (Italy)
www.copma.it

Atena-Alfa Srl
Via Veneziani 40/42
44124 Ferrara (Italy)
www.atena-alfa.it

