

1 Gennaio-Marzo 2018

# L'OSPEDALE

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

**44° Congresso Nazionale  
ANMDO**

**Governare l'Ospedale del futuro  
L'Innovazione:  
sfida e opportunità**

**Seminari ANMDO - Exposanità -  
Bologna, 19-20 Aprile 2018**

**Linee guida:  
i Progetti ANMDO per il 2018**

**Risk Management e  
sicurezza delle cure:  
Documento Programmatico  
dell'ANMDO**

**Il Piano di azione del Niguarda  
per la lotta alle infezioni  
correlate alle pratiche  
assistenziali: dalla Policy  
aziendale alle buone pratiche  
attraverso l'adozione delle  
checklist**

**Poster - 43° Congresso  
Nazionale ANMDO**



# Sala operatoria classe ISO 5 con il FLUSSO LAMINARE FOCALIZZATO per adeguare le sale operatorie alla normativa UNI 11425

Nell'ambito della **chirurgia protesica** (vascolare, ortopedica, spinale, reti erniali, urologica, ginecologica, oculare) e negli interventi di ortopedia, neurochirurgia, oncologia e trapianti d'organo la norma UNI 11425 pone l'obbligo della classe ISO 5 in sala operatoria: **devono cioè essere protetti il tavolo operatorio, il tavolo porta-strumenti e il deposito sterile. La normativa UNI 11425 deve comunque essere applicata per tutti gli interventi complessi di durata superiore ai 60 minuti.**



\*Studio :influence of different ventilations systems upon the contamination of medical devices; Hyg Med 2013; 38 – 4.

**Sala operatoria ISO 7:** le sale operatorie in classe ISO 7 possono solo essere usate per interventi chirurgici senza impianti di materiali. L'aria filtrata tramite i sistemi di aerazione tradizionali viene dapprima spinta verso il pavimento creando delle cariche batteriche troppo elevate per la chirurgia protesica.

**Toul flusso laminare mobile:** si protegge proprio la zona critica della sala operatoria cioè gli strumenti e il campo operatorio.

Riduce fino al 95 % la carica batterica sul sito chirurgico e sul tavolo portafetri.

**Le infezioni protesiche hanno un'incidenza del 2-3 per cento ma riguardano oltre il 32% del budget dell'intero reparto ortopedico. (A.N.I.O. Associazione nazionale per le infezioni osteoarticolari)**

Il flusso d'aria della climatizzazione montato al soffitto contribuisce a trasmettere batteri dal personale della sala operatoria nella ferita chirurgica.



Toul flusso focalizzato agisce direttamente sul campo operatorio e sul tavolo degli strumenti senza essere ostacolato dalla testa del chirurgo o dalle lampade scialitiche, riducendo fino a 95% la carica batterica sul sito chirurgico e sul tavolo portafetri.



Con sistema di tracciabilità per la medicina difensiva.

**Sala operatoria classe ISO 5**  
**TOUL flusso laminare focalizzato: può essere trasportato ed installato in qualsiasi pre-esistente. Disponibile in comodato d'uso (si pagano solo i filtri sterili) in sala operatoria in soli pochi minuti senza interferire con il sistema di ventilazione**

Contatti: Normeditec s.r.l. 43018 - Trecasali (Parma) Tel. 0521/ 87 89 49 Tel. 348 730 24 45  
info@normeditec.com

Fax: 0521 37 36 31

Video disponibile sul sito!  
www.normeditec.com

[www.normeditec.com](http://www.normeditec.com)

- 4** **44° Congresso Nazionale ANMDO**  
**Governare l'Ospedale del futuro**  
**L'Innovazione: sfida e opportunità**
- 9** **Seminari ANMDO - Exposanità - Bologna, 19-20 Aprile 2018**
- 11** **Linee guida: i Progetti ANMDO per il 2018**  
*Cristina Sideli*
- 15** **Risk Management e sicurezza delle cure:**  
**Documento Programmatico dell'ANMDO**  
*C. Ponzetti, A. Appicciafuoco, A. Benvenuto, S. Brusafiero, C.A. Consolante, P. Costanzo, R. Cunsolo, M.T. Cuppone, G. Finzi, G. Fornero, F. Giusto, A. Penna, D. Rocca, R. Sacco, G. Schirripa, C. Sideli, M.A. Vantaggiato*
- 24** **Il Piano di azione del Niguarda per la lotta alle infezioni correlate alle pratiche assistenziali: dalla Policy aziendale alle buone pratiche attraverso l'adozione delle checklist**  
*Elisabetta Masturzo, Luigia Conti, Lorendana Blaseotto, Marinella Piscredda, Marisa Sega, Saverio Ungheri, Angela Lolli, Carlo Anelli, Mara Boschetti, Claudia Gallina, Gaetano Elli*
- 32** **Poster - 43° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.**
- 46** **ORIZZONTI**

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale  
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni  
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz  
Anno 71 - Numero 1 - gennaio-marzo 2018

**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

**Segretario scientifico:** I.I. Mura

**Comitato di direzione:** Appicciafuoco, A. Battista,  
A. Benvenuto, F. Bisetto, S. Brusafiero, M.T. Cuppone,  
G. Finzi, 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 1/1/2017-31/12/2017

Periodicità: TRIMESTRALE

Tiratura media: 3.125

Diffusione media: 2.941

Certificato CSST n. 2017-2644 del 28/2/2018

Società di Revisione: METODO SRL

associato a:

**ANES** ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA DI SETTORE

# 44° Congresso Nazionale ANMDO

## Governare l'Ospedale del futuro

### L'Innovazione: sfida e opportunità

Padova, 19-20-21 novembre 2018  
Centro Culturale Altinate - San Gaetano

Come sarà l'Ospedale del futuro? O, in altri termini, quale futuro per l'Ospedale?

In qualsiasi modo venga posta la domanda, il fatto certo è che l'assistenza ospedaliera sta attraversando un processo di progressivo cambiamento e trasformazione che la porterà a diventare, forse prima di quanto si possa immaginare, molto diversa da come siamo abituati a viverla e a governarla.

Se il Novecento è stato infatti il secolo delle grandi transizioni e del rapido sviluppo delle conoscenze tecnologiche e biomediche, il nuovo millennio si è aperto con aspettative enormi nei confronti di una Medicina sempre più predittiva e personalizzata. Diagnostica mini-invasiva e imaging molecolare, farmacogenomica, chirurgia robotica e conservativa, medicina rigenerativa e di precisione sono infatti solo alcuni dei nuovi strumenti che consentiranno di contrastare le patologie fin dalle loro fasi più precoci, anche grazie alla conoscenza del profilo genetico individuale. Come ripensare dunque l'assistenza ospedaliera alla luce di questi profondi cambiamenti?

In quale misura e attraverso quali nuove forme l'Ospedale sarà ancora protagonista della Medicina del domani?

Il progressivo, opportuno spostamento del baricentro assistenziale verso il Territorio impoverirà le strutture ospedaliere o potrà invece rivelarsi una risorsa? E ancora, quali vantaggi deriveranno dall'e-health, la cosiddetta sanità digitale? In che modo sarà possibile coniugare l'innovazione nella gestione dei dati con la protezione della privacy individuale?

Come evolverà la responsabilità degli Operatori sanitari in questo nuovo scenario e in quali nuove forme verrà garantita la sicurezza delle cure? Sono, queste, solo alcune delle tante domande che si offrono all'attenzione di chi voglia prendere in esame questi processi complessi e in rapida evoluzione, ma che meritano di essere adeguatamente conosciuti e compresi.

Il cuore del problema non è però soltanto conoscere il cambiamento, ma imparare a governarlo. A questo sono chiamate le Direzioni Ospedaliere, cabine di regia di un processo di innovazione che è al contempo sfida e opportunità: sfida per tutti gli Operatori e per la sostenibilità del sistema e preziosa opportunità per entrare già oggi nel domani. Appropriately, integrazione, sostenibilità, qualità, continuità, equità, sicurezza diventano allora parole chiave del cambiamento. Quale il metodo? Non v'è dubbio che l'Ospedale del futuro lo si debba costruire insieme, con un approccio di sistema, promuovendo percorsi comuni e impegnandosi a lavorare in squadra, integrando professionalità diverse, promuovendo una sintesi efficace tra assistenza e ricerca, con il fine ultimo di offrire al paziente risposte appropriate e basate sulla migliore evidenza scientifica. La scommessa da vincere è riuscire a dare vita ad un sistema unitario, nel quale non si ragiona più per specialità, ma per percorsi e processi di cura. È in questo modo che l'Ospedale del futuro sarà veramente capace di mettere al centro la persona. Fondare in tal modo il governo dei processi assistenziali sul "valore uomo" consentirà allora di dar vita ad un sistema aperto, capace di confrontarsi e dialogare al proprio interno e con l'ambiente esterno. Sarà forse in questo modo che si riuscirà a dare vita ad un Ospedale "senza porte", secondo una felice espressione comparsa alcuni anni fa sul *British Medical Journal*. È con queste considerazioni e su questi temi, che A.N.M.D.O. Vi dà il benvenuto al suo 44° Congresso Nazionale, ospitato nella bellissima Padova.

Ci auguriamo che raccolga il Vostro favore!

*Il Presidente Nazionale*  
**Gianfranco Finzi**

*Il Segretario Scientifico*  
**Ida Iolanda Mura**

## I PREMI SCIENTIFICI

L'impegno dell'ANMDO come promotore di innovazione ed evoluzione scientifica si fonda sulla volontà di dare spazio anche per il 2018 ai contributi scientifici dei partecipanti, premiando la rilevanza scientifica del contenuto, l'originalità dello studio e l'efficacia della presentazione.

## POSTER E COMUNICAZIONI

### LE COMUNICAZIONI

Le comunicazioni dovranno essere inviate da tutti gli iscritti al Congresso, esclusi i componenti del Direttivo Nazionale e della Segreteria Scientifica dell'ANMDO, alla segreteria nazionale ANMDO al seguente indirizzo mail: [comunicazioni.anmndo@gmail.com](mailto:comunicazioni.anmndo@gmail.com).

Il testo, dovrà essere strutturato in: Titolo, Nomi autori (es. Rossi M.; Bianchi S.), Carica e struttura di appartenenza autori, Parole chiave (max 3), Introduzione, Materiali e metodi, Risultati. Grafici e tabelle, non più di due, dovranno essere in bianco e nero. I lavori dovranno essere in formato Microsoft Word (sono accettati i file in formato .doc e .docx) con carattere "Times New Roman", grandezza 10, interlinea 1, bordo 2 cm su tutti i lati. Titolo (max 100 battute), testo (max 3500 caratteri spazi inclusi e max 2500 caratteri spazi inclusi, in presenza di grafico o tabella). Andrà indicato l'Autore che, se accettato, presenterà il lavoro. È obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore. Ciascun iscritto al Congresso può presentare una sola Comunicazione come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altre Comunicazioni. Le Comunicazioni che non si atterranno alle presenti indicazioni non saranno accettate e quindi non verranno pubblicate sugli Atti del Congresso né sulla rivista L'Ospedale. La scadenza per l'invio dei contributi scientifici è fissata entro e non oltre il 30 ottobre 2018. Verranno selezionate ventiquattro Comunicazioni tra quelle pervenute; il primo Autore verrà avvisato con anticipo se la Comunicazione è stata accettata per essere presentata in sede congressuale. Ai ventiquattro autori delle Comunicazioni prescelte verrà rilasciato un attestato di merito da parte di ANMDO che certifica l'accettazione del lavoro per la presentazione e partecipazione al concorso. Ai primi cinque classificati verrà consegnata una targa durante un'apposita ceri-



## Governare l'Ospedale del futuro

L'Innovazione: sfida e opportunità

Padova, 19-20-21 novembre 2018

Centro Culturale Altinate | San Gaetano

monia di premiazione. Tutte le Comunicazioni pervenute e a norma in base a quanto sopra descritto, verranno pubblicate sugli Atti del Congresso e sulla rivista L'Ospedale. Le Comunicazioni saranno di proprietà dell'Anmdo e saranno trattenute ed utilizzate da Anmdo ai fini della pubblicazione sugli strumenti di comunicazione dell'Associazione.

### I POSTER

I Poster, possono essere presentati da tutti gli iscritti al Congresso esclusi i componenti del Direttivo Nazionale e della Segreteria Scientifica dell'ANMDO. È obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore. Ciascun iscritto al Congresso può portare un solo Poster come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altri Poster. I Poster pervenuti entro il 30 ottobre 2018 e accettati dalla Segreteria Scientifica saranno esposti in sede congressuale. Gli abstract dei Poster dovranno essere

# PROGRAMMA SCIENTIFICO

## 19 NOVEMBRE 2018

Cerimonia di apertura del Congresso

### I SESSIONE

L'ospedale di fronte alle grandi transizioni epidemiologico-demografiche, culturali ed economiche

## 20 NOVEMBRE 2018

### II SESSIONE

L'Innovazione Farmacologica  
Parte I: Lo scenario attuale e futuro tra nuovi strumenti e vincoli economico - gestionali  
Parte II: Nuove sfide nella terapia Farmacologica

### III SESSIONE

L'Innovazione Tecnologica

## 21 NOVEMBRE 2018

### IV SESSIONE

L'Innovazione Informatica

### V SESSIONE

Innovazione Organizzativa e rischio Clinico

### PRESIDENTE

Gianfranco Finzi

### COMITATO SCIENTIFICO

Ida Iolanda Mura  
Gabriele Pelissero  
Francesco Bisetto  
Karl Kob  
Paola Anello  
Pasquale Francesco Amendola  
Alberto Appicciafuoco  
Antonio Battista  
Vincenzo Baldo  
Antonella Benvenuto  
Luigi Bertinato  
Silvio Brusaferrò  
Massimo Castoro  
Mirko Claus  
Maria Teresa Cuppone  
Carmelo Del Giudice  
Rosario Lanzetta  
Renato Li Donni  
Giuseppe Matarazzo  
Giovanni Messori Ioli  
Ottavio Nicastro  
Angelo Pellicanò  
Clemente Ponzetti  
Roberto Predonzani  
Stefano Reggiani  
Antonio Scarmozzino  
Giuseppe Schirripa  
Gianluca Serafini  
Roberta Siliquini  
Domenico Stalteri  
Laura Tattini  
Giuseppe Zuccarello

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Alberto Appicciafuoco  
Michele Chittaro  
Karl Kob  
Ida Iolanda Mura  
Ottavio Nicastro  
Gabriele Pelissero  
Franco Ripa  
Roberta Siliquini

inviati esclusivamente alla segreteria nazionale ANMDO previa iscrizione al Congresso, al seguente indirizzo e-mail: poster.anmdo@gmail.com. I poster devono avere dimensioni massime di cm 70×100 (LXH). I testi (3.500 caratteri solo testo, 2.500 caratteri in presenza di grafico o tabella, non più di 2, in bianco e nero) dovranno essere strutturati come segue: Titolo, max 100 battute, Nomi autori, Carica e struttura di appartenenza autori, Parole chiave (max 3), Introduzione, Contenuti, Conclusioni. I lavori dovranno essere inviati in formato Microsoft Word (sono accettati i file in formato .doc e .docx) carattere "Times New Roman", grandezza 10, interlinea 1, bordo 2 cm su tutti i lati) e in formato PDF nella loro forma definitiva di presentazione, al medesimo indirizzo e con la stessa scadenza. I Poster che non si attengono alle presenti indicazioni non saranno accettati e quindi non verranno pubblicati sugli Atti del Congresso né sulla rivista L'Ospedale. Ai ventiquattro autori dei Poster prescelti per concorrere all'assegnazione verrà chiesto di presentare oralmente il lavoro e verrà rilasciato un attestato di merito da parte di ANMDO che certifica il superamento della selezione. Ai primi cinque classificati verrà consegnata una targa durante un'apposita cerimonia di premiazione. I Poster saranno di proprietà dell'Anmdo e saranno trattenuti ed utilizzati da Anmdo ai fini della pubblicazione sugli strumenti di comunicazione dell'Associazione. Tutti i Poster pervenuti e a norma in base a quanto sopra descritto, verranno pubblicati sugli Atti del Congresso e sulla rivista L'Ospedale. Verranno accettati Comunicazioni e Poster inerenti le seguenti tematiche:

- Ambiente e Ospedale
- Distretto socio-sanitario
- Documentazione sanitaria

- Edilizia Sanitaria
- Etica
- Formazione
- Health Technology Assessment
- Horizon Scanning
- Igiene Ospedaliera
- Infezioni correlate all'assistenza
- Information Technology
- Innovazione in Sanità
- Legislazione sanitaria
- Logistica ospedaliera
- Organizzazione sanitaria
- Ospedale ecologico
- Programmazione, organizzazione e gestione sanitaria
- Privacy
- Qualità
- Responsabilità Professionale
- Rischio Clinico
- Rischio Infettivo
- Risk Management
- Servizi in gestione appaltata
- Sicurezza in ospedale
- Tutela dei dati
- Valutazione delle Performance

## SEDE

Centro Culturale Altinate/San Gaetano

Via Altinate, 71 – Padova

L'edificio che ospita il Centro Culturale ha una lunga storia: la struttura nasce come Convento dei Teatini (da San Gaetano Thiene), poi Palazzo di Giustizia, progettato da Vincenzo Scamozzi ed eseguito insieme alla Chiesa di San Gaetano. La Chiesa, terminata nel 1586, secondo quanto riportato nell'iscrizione sopra la porta centrale, insiste su un'area a oriente della città, al di fuori delle mura della cosiddetta "cittadella insulare", all'interno delle mura cinquecentesche.



## DESTINATARI

- Medici di Direzione Ospedaliera
- Medici Igienisti
- Medici di Sanità Pubblica
- Medici di Distretto
- Medici Valutatori del Sistema Qualità
- Direttori Medici di Presidio Ospedaliero
- Direttori Sanitari Aziendali
- Medici in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva
- Architetti e Ingegneri che operano nel settore della Sanità
- Dirigenti Amministrativi della Sanità
- Dirigenti e Coordinatori Infermieristici e Tecnico Sanitari
- Direttori di Dipartimento
- Direttori Generali
- Direttori di Struttura Complessa
- Docenti Universitari nelle discipline igienistiche
- Professionisti e altri Operatori delle Organizzazioni Sanitarie
- Esperti della materia
- Personale delle professioni sanitarie

## ECM

L'evento sarà accreditato dal Provider Noema (891) presso il Ministero della Salute. Si ricorda che i crediti formativi verranno erogati ai partecipanti previa:

- consegna alla segreteria organizzativa del materiale ECM compilato in ogni sua parte;
- verifica del 100% della presenza in aula;
- verifica del raggiungimento del 75% delle risposte corrette al questionario.

## QUOTE DI ISCRIZIONE

Soci ANMDO	€ 120,00 + IVA
Non soci ANMDO	€ 200,00 + IVA
Specializzandi soci ANMDO	gratuito
Specializzandi non soci ANMDO	€ 120,00 + IVA

La quota di iscrizione al Congresso include: partecipazione ai lavori scientifici; kit congressuale; attestato di partecipazione.

## MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Registrazione On-line collegandosi al sito [www.noemacongressi.it](http://www.noemacongressi.it)

## CANCELLAZIONE

Le cancellazioni delle iscrizioni dovranno essere comunicate per iscritto alla Segre-

teria Organizzativa, che rimborserà il 50% dell'importo versato per le rinunce pervenute entro il 17 settembre 2018. Dopo tale data non sarà restituita alcuna somma.

## HOTEL E VIAGGI

La Segreteria Organizzativa è a disposizione per l'organizzazione di viaggi e pernottamenti. Per maggiori informazioni scrivere a [info@noemacongressi.it](mailto:info@noemacongressi.it) o telefonare al numero 051/230385.

## CENA SOCIALE

È prevista la cena sociale presso il Caffè Pedrocchi (Via VIII Federico, 15) per martedì 20 novembre 2018, per la quale saranno fornite quanto prima informazioni sulle modalità di partecipazione. Il Caffè Pedrocchi è uno dei simboli della città, situato nel pieno centro di Padova, in via VIII Febbraio n. 15. Aperto giorno e notte dal 1916 e perciò noto anche come il "Caffè senza porte", per oltre un secolo è stato, infatti, un prestigioso punto d'incontro frequentato da intellettuali, studenti, accademici e uomini politici che in quest'imponente edificio neoclassico trovavano sempre accoglienza e ristoro.

Il Caffè Pedrocchi si configura come un edificio di pianta approssimativamente triangolare, paragonata a un clavicembalo.

La facciata principale si presenta con un altro basamento in bugnato liscio, su di essa si affacciano le tre sale principali del piano terra: la Sala Bianca, la Sala Rossa e la Sala Verde, così chiamate dal colore delle tappezzerie realizzate dopo l'Unità d'Italia nel 1861

## SEGRETERIA NAZIONALE ANMDO

c/o Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosca - S.p.A.  
Via dell'Arcoveggio 50/2  
40129 Bologna  
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108  
Cell. 333/8105555  
e-mail: [anmdo.segreteria@gmail.com](mailto:anmdo.segreteria@gmail.com)  
Dr.ssa Annamaria De Palma

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER

Via degli Orefici, 4  
40124 Bologna Bo  
Tel. 051/230385 - Fax 051/221894  
[info@noemacongressi.it](mailto:info@noemacongressi.it) - [www.noemacongressi.it](http://www.noemacongressi.it)



## RISCHIO CLINICO, RESPONSABILITA' PROFESSIONALE E COPERTURA ASSICURATIVA

GIOVEDÌ 19 APRILE | ORE 10.00

nell'ambito di

**Exposanità - BolognaFiere**

**Sala Melodia – centro servizi blocco B**

La sicurezza delle cure è parte costitutiva del Diritto alla Salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. Così recita il comma 1 dell'art.1 della Legge 24/2017. Il tema della sicurezza del paziente è strettamente correlato con tutto l'insieme di attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio clinico, nonché con la problematica della gestione del contenzioso derivante dalla responsabilità civile delle strutture e dei professionisti dalla sanità e con la tematica delle coperture assicurative. Argomento del seminario è un'analisi dello stato dell'arte sui temi della responsabilità professionale, della gestione del contenzioso e del mercato assicurativo.

Moderatori: Prof.ssa Ida Iolanda Mura – Dott. Gianfranco Finzi

**10:00 – 10:20 | SICUREZZA DELLE CURE: LO STATO DELL'ARTE**

*Dott. Ottavio Nicastro*

**10:20 – 10:40 | RUOLO DEL RISK MANAGER**

*Prof. Bruno Zamparelli*

**10:40 – 11:00 | NOVITA' IN TEMA DI RESPONSABILITA' PROFESSIONALE**

*Avv. Leonardo Bugiolacchi*

**11:00 – 11:20 | I PERCORSI DI INDIVIDUAZIONE DELLE RESPONSABILITA'**

*Dott. Andrea Minarini*

**11:20 – 11:40 | ITER PROCEDURALE E GESTIONE DEL CONTENZIOSO**

*Avv. Stefano Argnani*

**11:40 – 12:00 | GLI OBBLIGHI ASSICURATIVI E L'OFFERTA DEL MERCATO**

*Dott. Alessandro Schmitt von Sydow*

**12:00 – 13:00 | INTERVENTI PREORDINATI:**

- *Dott. Nicola Barbato*
- *Prof. Massimo Laus*

**DISCUSSIONE**

E' possibile iscriversi on line collegandosi al sito [www.planning.it](http://www.planning.it) selezionando il seminario nella pagina eventi entro e non oltre il 13 aprile. Gli iscritti al convegno avranno diritto all'ingresso gratuito ad Exposanità e riceveranno dopo la conferma di avvenuta iscrizione, una mail contenente le istruzioni per la stampa del biglietto d'ingresso omaggio.



## LA LEGGE 24/2017: IL RUOLO DELLE LINEE GUIDA

VENERDI' 20 APRILE | ORE 14.00

nell'ambito di

**Exposanità - BolognaFiere**

**Sala Melodia – centro servizi blocco B**

L'approccio alla pratica clinico assistenziale, basata su evidenze scientifiche, e la rinnovata rilevanza della gestione del rischio clinico, sottolineata nella normativa vigente Legge 24/2017, comportano la necessità che le Direzioni Sanitarie ed i professionisti della sanità siano coinvolti nella definizione, formalizzazione, diffusione ed applicazione di protocolli e percorsi di cura aderenti a Linee Guida validate. Argomento del seminario è l'analisi dello stato dell'arte sulla produzione e validazione di Linee Guida accreditate, attraverso un processo metodologico sistematico, con l'esplicitazione di esempi pratici.

Moderatori: Prof. Karl Kob – Dott. Giancarlo Pizza

- 14:00 – 14:20** **LINEE GUIDA: ASPETTI GENERALI**  
*Dott. Luigi Bertinato*
- 14:20 – 14:40** **I PROGETTI ANMDO**  
*Dott. Gianfranco Finzi*
- 14:40 – 15:00** **LINEA GUIDA: “LA SANIFICAZIONE AMBIENTALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ED IL CONTENIMENTO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA”**  
*Dott. Luca Lanzoni*
- 15:00 – 15:20** **LINEA GUIDA: “NUTRIZIONE IN OSPEDALE E RISCHIO CLINICO: INTEGRAZIONE E VALORIZZAZIONE DELLA NUTRIZIONE CLINICA NEI PERCORSI DI CURA”**  
*Prof. Arrigo Cicero*
- 15:20 – 15:40** **PROGETTO DOMINO-IL PAZIENTE DIABETICO CON COMPLICANZE OCULARI: PERCORSO DIAGNOSTICO E RACCOMANDAZIONI GESTIONALI-ORGANIZZATIVE**  
*Dott. Francesco Bisetto*
- 15:40 – 16:00** **PROSPETTIVE DI IMPLEMENTAZIONE DEI PROGETTI ANMDO**  
*Dott.ssa Cristina Sidelì*
- 16:00 – 17:00** **INTERVENTI PREORDINATI:**
- *Dott. Alberto Appicciafuoco*
  - *Prof.ssa Antonella Agodi*
  - *Dott. Leone Arsenio*
  - *Dott.ssa Maria Mongardi*
  - *Dott. Giuseppe Scarpa*

### DISCUSSIONE

E' possibile iscriversi on line collegandosi al sito [www.planning.it](http://www.planning.it) selezionando il seminario nella pagina eventi entro e non oltre il 13 aprile. Gli iscritti al convegno avranno diritto all'ingresso gratuito ad Exposanità e riceveranno dopo la conferma di avvenuta iscrizione, una mail contenente le istruzioni per la stampa del biglietto d'ingresso omaggio.

# Linee guida: i Progetti ANMDO per il 2018

## INTRODUZIONE

Le linee guida sono tornate al centro dell'attenzione dei clinici e delle Direzioni strategiche degli enti e strutture sanitarie con l'entrata in vigore della legge 24 del 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". La sicurezza delle cure è parte integrante del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. Introduzione delineata con chiarezza dal legislatore, che prosegue nell'indicare con altrettanta forza come la sicurezza del paziente non possa prescindere dall'uso sistematico e coerente di linee guida validate nella pratica clinico assistenziale ed organizzativa.

L'art. 6 della stessa legge prevede inoltre l'esclusione di punibilità a causa di imperizia qualora siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida ovvero alle buone pratiche clinico-assistenziali, purché adeguate alla specificità del caso concreto.

Le linee guida assumono quindi ulteriore rilevanza come elemento di tutela e salvaguardia della sicurezza delle cure da un lato e come criterio di valutazione della responsabilità professionale dall'altro. Nel Sistema nazionale linee guida (SNLG) potranno essere inserite linee guida prodotte da società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato dal Ministero della Salute, oppure da enti e istituzioni pubblici e privati, previa valutazione qualitativa da parte dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), che assume pertanto una posizione di assoluto rilievo nella selezione e controllo della qualità tecnico-scientifica dei documenti prodotti.

Si delinea inoltre la necessità di definire chiaramente le diverse tipologie di linee

## Riassunto

Il lavoro presenta l'evoluzione dei Progetti di linee guida ANMDO proposti e realizzati nel 2017, finalizzata ad implementarne l'applicazione e la validazione all'interno della comunità scientifica, con il contributo di Società scientifiche, associazioni di pazienti e altre parti interessate, con l'obiettivo di proporle l'inserimento nel Sistema Nazionale Linee Guida, in applicazione delle disposizioni in materia contenute nella legge 24/2017.

guida, fra cui quelle rivolte alla gestione di pazienti considerati individualmente, quelle con una prospettiva di popolazione o con una finalità di salute pubblica o di presa in carico di fasce di popolazione a rischio, poiché ciascuna tipologia di documento dovrà essere redatto con criteri tali che le raccomandazioni prodotte siano coerenti con l'obiettivo di promozione della salute e della sicurezza delle cure e trattino argomenti di interesse prioritario.

Risulta quindi sempre più rilevante, nell'ottica di porre al centro delle attività sanitarie il paziente e la sua sicurezza, e ferme restando le necessarie variabili di approccio metodologico che distinguono una linea guida di tipo squisitamente clinico da una di tipo assistenziale-organizzativo e di presa in carico, validare tutte le linee guida sia di tipo clinico

### Cristina Sideli

Medico - Coordinatore Progetti Linee Guida ANMDO  
Valutatore Sistemi Qualità e Accreditamento Settore Sanitario

### PAROLE CHIAVE:

Legge 24/2017; Linee Guida e buone pratiche assistenziali; PDTA; Indicatori Sanificazione ; Retinopatia diabetica e presa in carico.

che di tipo organizzativo attraverso requisiti strutturati, obiettivabili e riproducibili.

In attesa di indicazioni di tipo tecnico e metodologico sulla formulazione delle linee guida e sull'iter procedurale che ne consentirà la selezione per far parte del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), attualmente in fase di proposta di decreto attuativo del Ministero della Salute in applicazione della legge 24/2017, le Società scientifiche hanno la necessità di iniziare un percorso critico e rigoroso di validazione e condivisione dei documenti tecnico-scientifici prodotti, a tutela di tutte le parti interessate.

### **I PROGETTI ANMDO: EVOLUZIONE E SVILUPPO**

Durante il 43° Congresso Nazionale ANMDO tenutosi a Firenze ad ottobre 2017 sono stati presentati, insieme ad altri lavori, i risultati di due Progetti di strutturazione di linee guida, formulate secondo i criteri metodologici forniti dal Ministero della Salute e di rilevante impatto sia in ambito di gestione del rischio clinico, sia di appropriatezza e sicurezza delle cure, con l'aspettativa di un rilevante outcome sull'aspettativa di salute e qualità delle cure.

Il primo Progetto dal titolo: "Linee guida sulla sanificazione ambientale in ottica di gestione del rischio clinico e contenimento delle infezioni correlate all'assistenza" si è concluso nella prima fase con la stesura di un documento pubblicato in numero monografico n°3/2017 dalla rivista "L'Ospedale". L'elaborazione del documento si è fondato sull'osservazione che il controllo dei processi di sanificazione ambientale e l'introduzione di sistemi e metodiche di comprovata efficacia in termini di efficacia, efficienza e costo-beneficio possono concorrere allo sviluppo di strategie per la riduzione delle infezioni nosocomiali.

La Linea guida è strutturata con l'obiettivo di individuare indicatori di processo, esito e outcome del paziente per monitorare la relazione intercorrente tra l'adozione di validate procedure di sanificazione ambientale, il rischio clinico correlato alla patologia e le aree della struttura a diversi livelli di rischio di contaminazione. L'obiettivo finale

del lavoro, di cui questa linea guida rappresenta il primo passo, è quello di verificare l'impatto reale dell'applicazione dei criteri indicati sull'incidenza di infezioni correlate all'assistenza riconducibili con ragionevole e riproducibile rapporto causa -effetto all'ambiente di degenza e quindi alle procedure di sanificazione applicate.

Il Progetto DOMINO- "Raccomandazioni per l'ottimizzazione ed efficientamento del percorso di cura del paziente diabetico con complicanze oculari", nasce da un'indagine condotta nel 2015/2016, voluta da ANMDO in collaborazione con SIFACT - Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia, nello specifico contesto della Regione Veneto, che ha evidenziato come in circa un terzo delle ULSS/Aziende Ospedaliere non è possibile ricostruire se sia presente o meno un percorso strutturato per la gestione del paziente diabetico con complicanze oculari, né esista un ambulatorio specificatamente dedicato. Per le caratteristiche epidemiologiche e cliniche del problema e per le sue ricadute su appropriatezza delle cure, organizzazione dei servizi e impatto sull'efficienza del sistema, il tema scelto è di particolare interesse per la razionalizzazione dell'approccio clinico, terapeutico ed organizzativo al problema della retinopatia diabetica. Nell'ambito del percorso di cura del paziente diabetico, infatti, la retinopatia diabetica e le sue complicanze, quali l'edema maculare, possono colpire soggetti appartenenti a qualsiasi fascia di età, causando cecità o gravi deficit del visus, quindi è elevatissimo l'impatto del problema non solo in ambito clinico ma anche sugli aspetti socio-economici, di assorbimento di risorse ed appropriatezza delle cure. La condizione patologica di questi pazienti è tanto delicata quanto multidisciplinare: il paziente diabetico necessita di una adeguata presa in carico da parte del medico di medicina generale e/o del diabetologo, che devono però a loro volta valutare le complicanze della patologia principale, debitamente supportati da altri specialisti, tra i quali l'oculista. Nel 2017 Il Gruppo di lavoro ha elaborato un documento di sintesi che racchiude in sé le prime conclusioni relative alle opportunità di strutturazione di un percorso di screening, diagnosi e cura della retinopatia diabetica

strutturato in forma di PDTA e che è stato pubblicato nel supplemento monografico 4/2017 della rivista L'Ospeale.

Obiettivo principale della Linea guida è l'identificazione di raccomandazioni prioritarie ed indicatori di processo, esito e outcome clinico per la selezione e la presa in carico dei pazienti a rischio. Per realizzarlo sono state valutate dal Gruppo di lavoro evidenze scientifiche di letteratura, parere di esperti, linee guida esistenti nazionali ed internazionali e raccomandazioni del Ministero della Salute, nonché un questionario somministrato alle Direzioni sanitarie per valutare lo stato delle risorse attualmente utilizzate in campo organizzativo per il percorso dei pazienti a rischio.

## LINEE DI SVILUPPO ED APPLICAZIONE DEI PROGETTI

Approntata una prima stesura dei documenti, il Gruppo di lavoro ha individuato la necessità di delineare alcune linee di sviluppo dei progetti, da completare entro l'anno in corso, orientate da una parte alla validazione e condivisione dell'approccio metodologico e dei contenuti tecnico-scientifici, dall'altra alla definizione di linee di indirizzo su criteri, metodologie e modalità di applicazione all'interno di percorsi organizzativi delle strutture sanitarie e territoriali.

Gli ambiti individuati, coerenti con il razionale dei Progetti e con le attuali indicazioni normative in materia, sono:

**1. AMBITO METODOLOGICO:** la validazione del testo e della metodologia seguita per la stesura delle due Linee Guida deve essere ulteriormente valorizzata, attraverso opportune e riconosciute metodiche, anche al fine di ottemperare alle richieste del Ministero della Salute e dell'Osservatorio Nazionale istituito presso AGENAS, nonché del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG). Le ulteriori indicazioni di supporto metodologico attualmente in forma di proposta ed utili per le società scientifiche iscritte nell'Elenco depositato presso il Ministero della Salute, sono:

- **La creazione di un meccanismo di registrazione delle linee guida in fase di sviluppo** presso il SNLG simile a quello dei trial clinici, per evitare duplicazioni e

sovrapposizioni di linee guida sullo stesso argomento

- **il passaggio a linee guida centrate sul paziente** (patient oriented) in grado sia di rispondere a quesiti clinici rilevanti per i pazienti sia di affrontare le comorbidità e la complessità in modo più convincente e sistematico di quanto fatto finora da linee guida disease oriented. Le linee guida dovranno contenere **indicatori utili** alle attività di monitoraggio e verifica delle performance e **schemi di percorsi diagnostico-terapeutici** ove applicabili
- **L'adozione di una valutazione rigorosa delle linee guida per l'inserimento nel SNLG**, in termini di qualità e corrispondenza fra raccomandazioni e rilevanza delle evidenze citate a supporto. Il tutto adottando criteri di strutturazione validati e rendendo trasparente l'intero processo
- in parallelo, **diffusione e condivisione dei contenuti** della Linea Guida con Associazioni scientifiche, associazioni di cittadini, enti e referenti regionali e nazionali.

**2. AMBITO CLINICO-ASSISTENZIALE E DI MONITORAGGIO:** Applicazione dei sistemi di indicatori di processo, esito e outcome focalizzati sul paziente, al fine di incentivare **la definizione di patient related outcome** e l'incorporazione degli stessi nei criteri che sottendono la formulazione delle raccomandazioni

**3. AMBITO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE:** la definizione di criteri, metodologie e modalità di applicazione della Linea Guida in termini di Capitolato di Gara e del percorso organizzativo all'interno delle strutture sanitarie

**4. AMBITO DELLA COMUNICAZIONE:** promozione da una parte della partecipazione guidata, attiva e informata dei pazienti stessi al processo di produzione delle Linee Guida, dall'altra organizzazione di eventi culturali a carattere scientifico per la diffusione dei contenuti.

## ORGANIZZAZIONE DI CONSENSUS CONFERENCE

Le incertezze all'interno della medicina nascono generalmente o per mancanza di studi appropriati su specifici argomenti o per la natura stessa molto complessa

dell'argomento. In questi casi la conferenza di consenso rappresenta un utile ed efficace strumento in grado di sintetizzare ciò che si conosce e affrontare le incertezze indicando comportamenti di buona pratica clinica ed assistenziale/organizzativa.

In attesa di eventuali ulteriori indicazioni di indirizzo da parte del Ministero attraverso decreti applicativi della legge 24/2017, riteniamo che, rispetto al percorso di stesura di una linea guida, la consensus conference aggiunga alcuni elementi di supporto e validazione scientifica, attraverso le attività strutturate di una giuria multidisciplinare ed eterogenea, rappresentativa di tutti i diversi possibili approcci ed interessi al tema. Ai vari esperti opportunamente selezionati ed indipendenti viene presentato il testo del documento e la sintesi delle prove raccolte nella letteratura scientifica per poi lasciare ai partecipanti la possibilità di discuterne. Successivamente la giuria si riunisce in consiglio e, sotto la guida del presidente, in genere persona autorevole ma non specialista del settore, formula le proprie conclusioni in forma di raccomandazioni.

Le fasi principali attraverso cui si articolerà il lavoro di organizzazione sono:

1. Individuazione di numero e caratteristiche dei partecipanti: in questa fase sarà possibile coinvolgere le principali associazioni scientifiche con le quali sarà ritenuto opportuno condividere e dare ulteriore impatto ai contenuti del documento
2. Invio dei documenti all'attenzione preliminare dei partecipanti, al fine di consentire una prevalutazione, sulla base di Regolamento opportunamente strutturato e dell'individuazione preliminare di criteri di valutazione e quesiti di particolare rilevanza, utilizzando metodi e principi validati (GRADE, AGREE II)
3. Organizzare la Consensus definendone la durata, la sede ed altri dettagli organizzativi
4. Tradurre le conclusioni integrandole nel testo della Linea Guida insieme alle relative motivazioni tecniche.

Obiettivi finali del Comitato promotore / gruppo di lavoro sono:

1. Rispettare le indicazioni tecnico-metodologiche nell'organizzazione dell'evento
2. Definire attraverso specifici quesiti per i

partecipanti gli ambiti di maggior rilievo tecnico-scientifico ai fini della validazione finale dei contenuti della LG

3. Integrare le conclusioni, i commenti e le osservazioni per il miglioramento del gruppo di partecipanti nel testo della Linea Guida insieme alle relative motivazioni tecniche
4. Ottenere la validazione della struttura metodologica e dei contenuti tecnico-scientifici del documento, senza che ne vengano modificati in modo sostanziale l'impianto di base e le conclusioni raggiunte, ferma restando la possibilità, insita necessariamente nelle attività di Consensus, di accogliere suggerimenti, integrazioni o aree di sviluppo definiti dal gruppo di esperti partecipanti alla Giuria ed adeguatamente motivati e supportati da letteratura scientifica.

Riteniamo che questo passo sia fondamentale per dare ulteriore consistenza ai due Progetti e consentire la validazione definitiva con l'inserimento nel SNLG dei due documenti, sia per la rilevanza epidemiologia e clinico-assistenziale dei temi, sia per rendere sempre più evidente il nuovo approccio patient oriented dei documenti di riferimento, anche nei casi in cui le linee guida trattino argomenti di tipo organizzativo-gestionale.

## BIBLIOGRAFIA

1. Iannone P, Coclite D, Fauci A, et al. Quali criteri informeranno il lavoro del nuovo Centro dell'Istituto superiore di sanità? Criticità e prospettive. *Recenti Prog Med* 2017;108
2. Australian Commission on safety and quality in healthcare. *Establishing national priorities for clinical practice guidelines 2015*.
3. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, on behalf of the Agree next steps consortium. *The Agree reporting checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines*. *BMJ* 2016;352:i1152.
4. Iannone p. *Le strategie del nuovo sistema nazionale linee guida*. *Suppl 6 forword* 2018
5. *All 19522 Proposta decreto appl linee guida Ministero salute* 2018
6. *Manuale metodologico: come organizzare una Conferenza di Consenso*. Ministero Lavoro, Salute e Politiche sociali, Novembre 2013

# Risk Management e sicurezza delle cure: Documento Programmatico dell'ANMDO

## PREMESSA

Il presente documento è stato redatto, su espressa delega della Presidenza e delle due Segreterie dell'ANMDO, al fine di descrivere la posizione e la progettualità dell'Associazione in merito al tema della Gestione del Rischio Clinico alla luce sia delle migliori evidenze scientifiche presenti in letteratura sia delle esigenze emerse con l'approvazione del quadro normativo in tema di responsabilità professionale e sicurezza delle cure in ambito sanitario. Quanto riportato appare in diretta continuità con i documenti redatti dall'ANMDO in materia di competenze, funzioni, responsabilità e compiti del Direttore Sanitario di Azienda Sanitaria e del Direttore medico di Presidio ospedaliero ed in particolare con la position paper presentata al Congresso Nazionale di Torino nel 2012<sup>1</sup> che rappresenta, ad oggi, il riferimento univoco per la nostra professione di medici dedicati all'organizzazione del mondo ospedaliero e sanitario.

In quella occasione al termine di un quinquennio dedicato ad interrogarci sull'evolvere delle figure direzionali in sanità scrivevamo così: *“In cinque anni ci siamo interrogati su come deve essere guidata una Struttura sanitaria di valore, su come progettartela e gestirla al fine di garantire un Futuro di Valore per gli Ammalati e per noi, siamo così giunti, tutti insieme alla conclusione che l'attenzione deve essere spostata sull'aggiornamento delle nostre competenze e conoscenze per ricordarci che la nostra professione non può essere frammentata in mille rivoli di sapere disgiunti ma deve integrare i saperi all'interno di una figura professionale moderna che sa amare, che sa essere onesta ed essere sempre aperta alle novità che giungono dalla ricerca clinica e traslazionale e dal volere del Legislatore nazionale ed internazionale.”*<sup>2</sup>

Questo dovere di evoluzione professionale

**C. Ponzetti\*, A. Appicciafuoco, A. Benvenuto, S. Brusafarro, C.A. Consolante, P. Costanzo, R. Cunsolo, M.T. Cuppone, G. Finzi, G. Fornero, F. Giusto, A. Penna, D. Rocca, R. Sacco, G. Schirippa, C. Sideli, M.A. Vantaggiato**

*\*Responsabile Gruppo di Lavoro Nazionale per il rischio Clinico, l'accreditamento e la Responsabilità professionale*

ora, dopo l'approvazione della legge 8 marzo 2017, n° 24, ci conduce ad impegnarci nello sviluppare e proporre un modello organizzativo, sia associativo che aziendale, capace di rispondere efficacemente al mandato che il Legislatore ha voluto assegnare anche alla nostra Figura professionale.

Questo documento, per sua stessa natura, si propone di sintetizzare efficientemente i concetti espressi più compiutamente nei documenti elencati nella bibliografia a cui si rimanda il Lettore per un più ampia e descrittiva trattazione della materia.

## IL CONCETTO DI RISCHIO

Innanzitutto, richiamando le origini della nostra professione, appare importante fissare un concetto basilare e fondamentale e cioè che parlare di rischio è parlare di prevenzione. L'affrontare il tema della gestione del rischio partendo da argomenti quali la responsabilità professionale e la sinistrosità evidenzia, da subito, una erronea gestione delle tematiche connesse al rischio.

È necessario spostare l'attenzione di quanti operano nel sistema sanitario da ciò che è ri-

1 G. Finzi e Altri, “Documento ANMDO in tema di Governance clinica: ruolo e compiti della Direzione Sanitaria aziendale e della Direzione Medica di Presidio ospedaliero”, L'Ospedale ottobre-dicembre, 4, 2012.

2 dalla conduzione narrativa della plenaria del mattino del 3 giugno 2012

medio postumo risarcitorio al momento della prevenzione del rischio, che deve intercettare l'errore, evitarlo e/ contenerlo, riservando alle procedure risarcitorie un ruolo integrativo quando le attività preventive abbiano, purtroppo, fallito. Il concetto di rischio è tuttavia inemendabile in una struttura complessa come quella sanitaria, dove regna il concetto del continuo divenire e quindi del continuo cambiamento e, inoltre, il rischio non è qualcosa da cui bisogna difendersi, non è un ostacolo all'azione, ma è una componente necessaria della stessa azione.

Il concetto di rischio ha subito nel corso del tempo un'evoluzione profonda e non vi è tuttora una unanimità sul significato da attribuire a questo termine.

Gandini nel 2010 considera il rischio come una opportunità di creare valore mentre per altri l'idea di rischio è associata all'idea di minaccia di perdite.

Altra importante definizione è quella di Doherty, nel 2000, quando afferma che "Il rischio è presente quando il risultato, di qualche attività definita, non è noto. Esso si riferisce alla variazione nella gamma di possibili risultati: maggiore è la variazione di potenziale, maggiore è il rischio... omissis... Il rischio è dunque implicito nella nostra incapacità di prevedere il futuro".

Il concetto di rischio si è quindi evoluto nel corso del tempo e la storia del rischio è in continuo divenire come quella delle situazioni umane. Da qui la difficoltà di definire univocamente e in maniera definitiva il concetto di rischio, di cui si può parlare riferendosi ad ambiti molto differenti da quello in cui è stato elaborato inizialmente e che ne determinano altrettante sfaccettature e inquadramenti.

Elemento comune a tutte le elaborazioni, a qualsiasi branca esse facciano riferimento, è ravvisabile nella 'condizione umana della scelta', della decisione da prendere in uno stato d'incertezza. La conseguenza è di facile comprensione: un rischio è sempre relativo a un altro rischio perché il termine di confronto al momento della scelta non è il non-rischio o il rischio zero, che non può esistere nei fatti umani, ma può essere solo un altro rischio.

Si pensi, ad esempio, al rifiuto di un inter-

vento chirurgico, pur rischioso, controbilanciato dal rischio che la privazione della cura permetta alla malattia di evolvere e di essere fatale.

Volendo pertanto ingabbiare tutte le sfumature interpretative del concetto di rischio in una definizione semplice ma, a nostro giudizio, efficace, possiamo dire che **il rischio è la probabilità di un evento e delle sue conseguenze.**

Ecco, dunque, che parlando di probabilità, di incertezza, di ineliminabilità del rischio, l'unica arma che realisticamente e professionalmente possiamo proporre è quella della prevenzione spinta ai massimi livelli possibili di efficacia, di concretezza e di evolutività.

## IL TEMA DELLA COMPLESSITÀ

Nel citato documento del 2012 scriviamo riferendoci al Direttore Medico di Presidio: "A lui, infatti, è affidato il delicatissimo compito di orchestrare, nell'ambito di un sistema a rete caratterizzato dalla non linearità e dalla tendenza all'autoorganizzazione tipica dei sistemi complessi, gli effetti originati dalla mutua interazione delle pratiche operative svolte dai diversi attori delle organizzazioni sanitarie che interagiscono tra loro in relazioni molteplici."

Al Direttore Medico di Presidio spetta quindi il ruolo di interprete e gestore della complessità perché solo nella nostra figura professionale sono ricomprese competenze sia mediche che organizzative.

Venendo a trattare di complessità, un sistema si dice complesso quando è costituito da elementi, molti e diversi, e da connessioni, molteplici e non lineari. Sono, ad esempio, sistemi complessi una cellula biologica o un'intera società poiché entrambi costituiti da numerose parti differenziate che mostrano un'architettura interna e un'organizzazione. Un sistema complesso è a sua volta formato da sotto-sistemi, che sono sistemi complessi minori, composti a loro volta da altri sotto-sistemi complessi ancora più piccoli. I sotto-sistemi si comportano diversamente dal sistema complesso nel suo insieme, all'interno del quale però interagiscono in maniera organizzata (interazione sistemica). Si tratta quindi di una gerarchia sistemica.

Un esempio immediatamente comprensibile a tutti è il corpo umano: formato da apparati che interagiscono, questi sono a loro volta composti da organi anch'essi interagenti e scomponibili in cellule, le quali sono formate da organelli compiutamente organizzati; mentre un mucchio di sabbia, per esempio contrario, non è un sistema poiché è insieme non organizzato di elementi (i granelli) che non interagiscono né comunicano, non hanno influssi a lunga distanza su altre parti del mucchio; nel mucchio di sabbia non vi sono sottoinsiemi, non c'è nessuna struttura funzionale, si possono togliere o scambiare parti del mucchio senza modificarne la natura.

Secondo Kuhn (2009) la complessità è una prerogativa di molti sistemi viventi i cui comportamenti sono da essa inevitabilmente condizionati, perché “la complessità vede gli individui, le organizzazioni, le popolazioni e gli ambienti come interrelazione, auto-organizzazione, dinamica ed emergenza; essi sono disordinati e imprevedibili; i piccoli cambiamenti hanno potenzialmente gravi conseguenze”.

Se un sistema complesso può essere descritto come sistema aperto, organizzato e dinamico, capace di evolvere e adattarsi all'ambiente, formato da diversi elementi che sottostanno ad una gerarchia ed interagiscono fra loro in modo non-lineare, allora le strutture sanitarie possono essere qualificate come luoghi di complessità. In esse la complessità si manifesta a tutti i livelli, dall'azienda nel suo insieme ai singoli sottosistemi clinici che la compongono, ciascuno dei quali è ben riconoscibile all'interno dell'organizzazione in quanto caratterizzato da gruppi di operatori, struttura organizzativa, tipi di prestazioni e processi di erogazione specifici per quel sottosistema. Gli elementi che costituiscono le strutture sanitarie sono dunque elementi altamente complessi che interagiscono sia tra loro sia con numerosi altri sistemi interni ed esterni alla struttura; e le strutture sanitarie sono organizzazioni connotate da interazioni sistemiche. Riconoscere la natura complessa di una struttura sanitaria aiuta ad avere una visione sistemica e non meramente tecnica di essa; la visione sistemica e la cornice concettuale offerta in proposito dalla teoria della complessità, facilitano l'attuazione dei

processi di cambiamento strategico e delle politiche di miglioramento aziendale.

Avere una visione sistemica di una struttura sanitaria, qualunque sia la sua dimensione, significa quindi comprendere i rapporti, le interazioni e l'organizzazione; significa acquisire consapevolezza del proprio agire in relazione a quello degli altri; significa cogliere e accogliere il principio secondo cui nulla è indifferente al sistema. Non è difficile cogliere da questa prospettiva le specifiche valenze e le difficoltà del management sanitario rispetto a quello industriale, ad esempio del settore meccanico, anche in considerazione del fatto che le variabili in gioco sono molte e di valore incomprimibile se solo si pensa al bene salute, all'autonomia professionale dell'operatore e all'autodeterminazione alla cura del paziente. Il ruolo del management si amplia quindi, nell'ottica sistemica, di una funzione di integrazione, innovazione e promozione delle diverse dimensioni dell'organizzazione e dei sottosistemi che la compongono.

## COMPLESSITÀ E SICUREZZA

Abbiamo evidenziato come i sistemi e le organizzazioni ad elevata complessità, come le strutture sanitarie, sono caratterizzati da una grande imprevedibilità; di conseguenza, poiché dire imprevedibilità significa dire incertezza e poiché incertezza è presupposto di rischio, parlare di complessità significa necessariamente parlare di rischio. Il percorso dal problema alla soluzione non è diretto, non prevede una strada unica e non ci sono risultati garantiti. Bisogna, infatti, resistere alla tentazione di credere che possano esistere soluzioni lineari a problemi complessi come quello della non-sicurezza di una struttura sanitaria che, in particolare, può essere molto eterogeneo e avere estese dimensioni in relazione al contesto clinico, tecnico, culturale, strutturale e organizzativo.

Nonostante ciò sarà possibile individuare alcuni principi-guida, utili ad indirizzare gli interventi di gestione del rischio e le azioni di miglioramento del livello di sicurezza anche in organizzazioni ad alta complessità come quelle sanitarie.

Si è detto in precedenza che un'organiz-

zazione sanitaria è un sistema complesso adattativo ed è pertanto articolata in sottosistemi reticolati. Le connessioni tra gli elementi - operatori (individui o équipe), unità operative, raggruppamenti funzionali - non avvengono in modo sequenziale, formando cioè una catena semplice, ma sono multipli in entrata e/o in uscita secondo uno schema d'intrecci causali.

Ciò significa che, pur arrivando a conoscere in modo preciso i segnali che il sistema riceve (input), il comportamento di un sistema complesso non sarà mai prevedibile né per tipo di reazione né per momento di manifestazione della reazione agli stimoli ricevuti. L'imprevedibile comportamento del sistema, unito alla dinamicità in senso spaziale e temporale, è causa di una rischiosità connaturata nell'organizzazione sanitaria e accresciuta dalla complessità intrinseca alla materia che è appunto quella riguardante il continuum salute-malattia.

I rischi che incombono su una struttura sanitaria sono di per sé molto rilevanti e hanno un peso determinante dal punto di vista strategico-organizzativo, a maggior ragione se si considera che vi sono scelte che devono essere basate su principi di convenienza strettamente economica rispetto al migliore utilizzo delle risorse disponibili.

Accettare l'incertezza e l'adattamento come dimensioni del pensiero strategico, è condizione necessaria e funzionale all'elaborazione di una strategia della flessibilità e dell'opportunità al fine di imparare a gestire stimoli e sollecitazioni che possano arrivare a destabilizzare assetti ed equilibri esistenti, aumentando il livello di rischio a discapito della sicurezza. Un'organizzazione sanitaria, al pari degli altri sistemi complessi ma considerate le sue intrinseche peculiarità, potrà quindi avere successo solo se si adatta tempestivamente al suo ambiente e se è capace di evolvere inventando nuove risposte e auto-organizzandosi, sempre mantenendo un livello di rischiosità accettabile.

In questo quadro s'inserisce prepotentemente il tema della sicurezza del paziente ossia della protezione dai rischi connessi all'espletamento dell'attività sanitaria.

Le cure sicure ed efficaci dipendono sempre di più, non solo dalle conoscenze, dalle abi-

lità e dai comportamenti dei professionisti a contatto con il paziente, ma anche dal modo in cui questi professionisti sono in grado di cooperare, comunicare e integrarsi nell'ambiente di lavoro che, a sua volta, è parte di un'organizzazione sanitaria complessa.

Essere un professionista sanitario 'sicuro' implica dunque il fatto di accogliere una visione sistemica, di comprendere le complesse interazioni e relazioni che si realizzano quotidianamente all'interno della propria struttura, di capire il valore della sicurezza e, allo stesso tempo, il costoso disvalore della non-sicurezza.

Si tratta di un cambiamento culturale e comportamentale che non avviene in modo automatico anche quando l'operatore sanitario, chiamato ad affrontare le problematiche emergenti dalla non-sicurezza, riconosca i fattori che causano il malfunzionamento di un'organizzazione, l'aumentato livello di rischio e/o la ridotta sicurezza di una prestazione sanitaria.

La principale difficoltà sta nel riuscire a pensare in termini sistemici poiché non siamo culturalmente pronti a farlo.

Un approccio sistemico consente di considerare l'assistenza sanitaria come un sistema globale con tutta la sua complessità e l'interdipendenza degli elementi che lo costituiscono, spostando l'attenzione dal singolo all'organizzazione. Questa concezione aiuta ad identificare le situazioni a rischio di errore e a riconoscere i molti fattori pericolosi che possono contraddistinguere il sistema organizzativo in cui l'operatore è inserito, così da poter agire in prevenzione di eventuali danni ai pazienti.

Avere una visione sistemica significa anche contrastare la tendenza, purtroppo radicata nel nostro modello culturale, secondo cui è utile al miglioramento del sistema e al suo funzionamento 'sicuro' individuare un responsabile o meglio un colpevole: visione sistemica significa, infatti, visione di tutti i fattori del sistema che sono alla base dei malfunzionamenti organizzativi e alla radice degli errori umani, tralasciando di concentrarsi esclusivamente sul singolo atto assistenziale o sul singolo operatore da ultimi coinvolti nella catena causale esitata nella concretizzazione del danno.

## LE CARATTERISTICHE DIREZIONALI

Il razionale sin qui elaborato porta ad evidenziare come gestire la sicurezza delle cure in realtà complesse come le Aziende sanitarie sia compito che comporta significative difficoltà e, di conseguenza richieda un bagaglio culturale e professionale vasto e variegato ed una organizzazione snella ma adeguata. Le risorse umane che andranno a comporre una unità di gestione del rischio dovranno essere adeguate per competenze e per numero alle esigenze aziendali, ed avranno ruoli e responsabilità specifici. In particolare dovrà essere individuata una figura di coordinamento, il risk manager, con funzione di capo gruppo, il quale dovrà soddisfare requisiti di titoli e formazione, determinati dalla Legge; in particolare dovrà essere scelto tra il “personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore” (art.16, c. 2, legge n. 24/2017 a modifica e integrazione dell’art.1, c. 540, legge n. 208/2015). Se le caratteristiche legate al ruolo ed alla formazione professionale sono individuate dalla normativa, appare oltremodo importante che il risk manager abbia alcune ulteriori caratteristiche legate strettamente alla persona (ASHRM American Society for Healthcare Risk Management):

- l'autorevolezza per promuovere i necessari cambiamenti nella pratica clinica, nelle politiche e procedure di gestione, nei comportamenti dello staff medico-infermieristico ed amministrativo, i quali sono essenziali alla realizzazione di quanto previsto in un piano di gestione del rischio. Il risk manager è responsabile del coordinamento delle attività di gestione del rischio nei confronti dei componenti dello staff medico, di terze parti, dei dirigenti e degli impiegati a tutti i livelli dell'organizzazione, e gestisce quotidianamente informazioni altamente sensibili e riservate che influiscono direttamente sulla immagine pubblica della organizzazione e sullo stato finanziario. Per queste ragioni la sua posizione deve trovarsi a un livello sufficientemente alto nella gerarchia dell'organizzazione.

- l'alta visibilità all'interno di tutta l'organizzazione sanitaria. Nessun individuo può svolgere da solo ogni funzione che riguardi un piano completo di gestione del rischio, anche in piccole strutture di cura. È quindi necessario che la figura preposta alla funzione alla gestione del rischio, riesca a promuovere l'utilità della realizzazione pratica di tale attività sensibilizzando, formando e comunicando la consapevolezza di ciò presso gli alti dirigenti e gli organi di governo dell'organizzazione sanitaria, oltre che presso lo staff medico e gli impiegati. Per questo il risk manager dovrebbe massimizzare le opportunità d'interazione con gli altri operatori della propria organizzazione, anche attraverso la partecipazione a commissioni competenti per specifiche tematiche cliniche e la partecipazione ad attività formative aziendali;

- la capacità relazionale con le altre funzioni aziendali, anche al fine di considerare i diversi e complessi rischi che possono derivare ad una struttura sanitaria da operazioni strategiche come eventuali fusioni aziendali, acquisizioni, joint venture e nuove opportunità di business. In questo ruolo il risk manager può infatti mettere in evidenza le implicazioni che possono determinare questi rimodellamenti in termini di gestione del rischio e di problematiche emergenti in questo senso;

- la capacità di gestire funzioni e attività diverse, integrandole in un piano di risk management di successo. In particolare l'organizzazione sanitaria dovrebbe stabilire sistemi formali e meno informali per il coordinamento del programma di gestione del rischio con gli altri dipartimenti e le altre funzioni aziendali. Per integrare e coordinare adeguatamente la funzione di risk management con le altre funzioni, il risk manager ha bisogno di stabilire relazioni di comunicazione e di segnalazione con figure chiave all'interno dell'organizzazione.

- la responsabilità, intesa come obbligo di rendere conto delle proprie decisioni. Il risk manager ha l'autorità per svolgere la funzione assegnatagli e parimenti è anche responsabile dei risultati conseguiti: la performance annuale viene misurata considerando il raggiungimento di obiettivi speci-

fici e misurabili. Il risk manager dovrebbe sottoporre una relazione annuale ai vertici organizzativi, che sintetizza le denunce, lo stato assicurativo, le attività di risk management programmate e i progressi fatti per realizzarle come previsto nel programma; Questo quadro d'insieme caratterizzato con i termini di prevenzione, complessità, controllo e riduzione del rischio, conduce a riconoscere quale figura cardine, capace di integrare le competenze con le qualità umane necessarie, quella del Direttore Sanitario di Presidio, specializzato in Igiene e Medicina Preventiva, ben sapendo, naturalmente, che i ruoli e le responsabilità del risk manager sono in continua evoluzione perché questa figura deve integrarsi in un settore in continuo cambiamento come è quello sanitario. Come vedremo esplicitato nel modello organizzativo, questo assunto non esclude, anzi richiede, che altre figure professionali compungano, stabilmente o a chiamata, lo staff dell'unità di gestione del rischio clinico, ma riteniamo che all'interno delle strutture sanitarie ospedaliere non si possa ipotizzare che la responsabilità del Risk manager ospedaliero possa essere assegnata a figura professionale diversa dal Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero.

Analogamente sul Territorio sarà necessario riconoscere al Direttore dell'Area territoriale il ruolo di Risk manager Territoriale.

## IL MODELLO ORGANIZZATIVO

ANMDO ritiene che una efficace risposta alle esigenze dettate dall'evolversi dei bisogni aziendali in tema di sicurezza delle cure e il determinarsi di un quadro normativo sempre più improntato sul promuovere e ritenere indispensabile l'applicazione sia delle Buone Pratiche assistenziali, sia delle linee guida e della loro contestualizzazione in di protocolli di cura operativi, richieda, in una fase della storia sanitaria del Paese Italia improntata fortemente sulla sostenibilità, non solo una sostanziale riorganizzazione a livello associativo, ma anche la proposta di un modello aziendale snello, pratico e fortemente operativo che sappia integrare vecchie e nuove competenze, ruoli professionali esistenti e non, funzioni nuove o già assegnate.

## ANMDO NAZIONALE

Prevediamo l'istituzione di tre nuove figure organizzative centrali:

- A.** Comitato Risk Management e Buone Pratiche Nazionale
- B.** Commissione Risk Management Nazionale
- C.** Elenco delle buone Pratiche e dei loro Referenti

**A.** Il Comitato è presieduto dal Segretario Scientifico Nazionale e sarà così composto:

- Delegato di Presidenza o, direttamente Presidente ANMDO
- Segretario sindacale ANMDO
- Presidente Commissione Risk Management Nazionale
- Componente/i relatore/i dei documenti discussi (su chiamata)
- Delegato SITI
- Delegato SIMLA
- Delegato CARD

Le funzioni svolte dal Comitato sono le seguenti:

- Definizione nuove linee strategiche in tema di sicurezza delle cure ed aggiornamento del seguente documento.
- Intrattenimento rapporti istituzionali
- Validazione Linee guida, protocolli, istruzioni di lavoro nazionali e loro proposta ad AGENAS secondo quanto previsto dalla legge 24/2017
- Aggiornamento periodico dell'elenco delle buone pratiche e dei referenti
- Organizzazione di momenti di coordinamento con le altre Organizzazioni professionali
- Nomina del Delegato Commissione Risk management
- Risposta a quesiti provenienti dalle sedi regionali e/o Professionisti iscritti ANMDO
- Validazione e controllo attività della Commissione <risk management

Il Comitato si riunisce trimestralmente contemporaneamente al Direttivo Nazionale.

**B.** La Commissione è presieduta dal Delegato ed è composta da:

- Cinque referenti regionali Scelti dal Presidente della Commissione
- Delegato delle Presidenze

- Delegato della Segreteria Scientifica
- Componente/i relatore/i dei documenti discussi (su chiamata)

#### Compiti delle Commissioni

- Istruire le pratiche per la validazione delle Linee guida, dei protocolli operativi e delle istruzioni di lavoro da sottoporre al Comitato per la definitiva validazione
- Aggiornare l'elenco delle buone pratiche
- Elaborare documenti operativi
- Partecipare a Commissioni Ministeriali e/o Gruppi di lavoro nazionali
- Tenere i rapporti con l'Osservatorio nazionale di cui all'art. 3 della legge 24/2017

La Commissione si riunisce trimestralmente in occasione de Direttivo Nazionale

**C.** Sulla base di un questionario di autovalutazione e poi su processi di certificazioni tra pari, è istituito il **Registro delle Buone pratiche organizzative** e dei loro referenti aziendali con lo scopo di mettere a fattor comune esperienze, conoscere le eccellenze presenti sul territorio nazionale, favorire l'interscambio di esperienze, favorire l'attività di formazione.

Il Registro è aggiornato dal Comitato su proposta della Commissione.

Il Registro è mantenuto dalla Commissione Interrogazioni al registro saranno gestite dal Deleto Presidente delle Commissione Risk Management.

## ANMDO REGIONALE

È prevista la nomina di un Referente del Risk management e delle buone pratiche a livello regionale che agirà all'interno della Segreteria Scientifica interfacciandosi con il Segretario Scientifico regionale.

Compiti del Referente Regionale:

- Coordinare l'attività di risk management a livello regionale, proponendo momenti formativi sulla base di periodiche valutazioni delle necessità formative.
- Aggiornare l'elenco regionale delle buone pratiche da sottoporre alla Commissione Nazionale
- Predisporre i momenti di certificazione tra pari delle attività di Risk Management

■ Proporre al Comitato regionale azioni di miglioramento organizzativo trasversali

■ Tenere i rapporti con il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del Paziente di cui all'art. 2, comma 4, della legge 24/2017

■ Raccogliere le relazioni delle Strutture sanitarie di cui all'art. 2, comma 5, della legge 24/2017

## ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Sulla base del rationale espresso in questo documento, crediamo che il ruolo di Risk Manager Ospedaliero non possa essere assegnato ad altra figura se non al Direttore Sanitario di Presidio.

Le attività specifiche saranno svolte da Commissioni, già attive (CIO, COBUS, FARMACEUTICA, HTA, ecc.) o istituende (Comitato sinistri, AUDIT incident reporting cadute, ecc.) che riferiranno al Risk Manager con verbali delle singole sedute e relazioni riassuntive semestrali.

È previsto una riunione dei Referenti delle singole Commissioni Audit trimestrale presieduta dal Risk Manager per la valutazione dell'andamento dell'attività preventive, dell'incidentalità e delle azioni di miglioramento).

Il Risk manager riferisce al Collegio di direzione trimestrale tramite intervento orale ed annualmente redige la relazione annuale sulla attività preventive e sullo stato della sicurezza della Cure in Ospedale.

Il Risk manager definisce, aggiorna e mantiene il panel di indicatori sulla sicurezza avendo cura di creare degli appositi report che permettano alle figure dirigenziali, cliniche e assistenziali, di conoscere l'andamento della situazione specifica.

Il Risk Manager presiede tutte le attività di Root Cause Analysis e definisce annualmente le priorità di intervento grazie alla redazione di un Piano di gestione del rischio clinico che preveda anche le modalità di verifica di efficacia ed efficienza operativa.

Il risk manager partecipa alle operazioni peritali dei principali contenziosi e periodicamente si informa sulle risultanze di processo negative emerse nei contenziosi gestiti dal Comitato Sinistri.

Deve essere istituita in ogni realtà ospedaliera, pubblica e accreditata, l'**Unità di gestione rischio clinico** che avrà valenza di struttura semplice; essa dovrà prevedere la presenza, part time o a tempo pieno a seconda della complessità della funzione ospedaliera, di figure che conoscano i processi clinici, assistenziali ed organizzativi; la proposta appare solo esemplificativa per evidenziare gli apporti professionali che ANMDO ritiene fondamentali:

- Un medico di direzione sanitaria part time
- Un medico territoriale part time
- Un medico legale a tempo pieno
- Un infermiere epidemiologo part time
- Un clinico medico part time
- Un chirurgo part time
- Una coordinatrice infermieristica di reparto part time
- Una Coordinatrice Infermieristica di area critica part time
- Una coordinatrice di blocco operatorio part time

L'Unità di gestione del rischio clinico si riunisce settimanalmente, con ordine del giorno definito dal Risk manager, o ogni qual volta circostanze critiche, o presunte tali lo richiedano; e importante la collegialità della riunione anche se possono, e devono, essere previste riunioni tematiche interessanti i singoli settori dell'Ospedale

In ambito territoriale la proposta ANMDO è quella che sia nominato Risk Manager il Responsabile di Area Territoriale e che quest'ultimo svolga le medesime funzioni e compiti del Direttore Medico di Presidio avvalendosi delle attività dei Gruppi di audit e Commissioni prima citati.

I due Risk Manager Aziendali parteciperanno alle riunioni periodiche dell'Unità di gestione del Rischio Clinico, presiedendo a turno tali momenti di discussione.

## CONCLUSIONI

Partendo da un rationale che evidenzia come il rischio clinico sia strettamente connesso alla variabilità ed alla complessità, caratteristiche che contraddistinguono ogni struttura sanitaria, si è giunti a definire come la gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure debbano essere organizzati e gestiti predi-

gendo la fase preventiva a scapito di quella reattiva e promuovendo un approccio sistemico che scombrì il campo da facili, quanto erronee, attribuzioni di responsabilità.

Siamo poi passati a definire le caratteristiche che devono essere proprie del risk manager, pena l'inefficacia della sua azione.

Il quadro che la letteratura e l'esperienza definiscono concorda nel riconoscere la figura del Direttore Medico di Presidio (e del Direttore di Area Territoriale) come particolarmente aderenti ai bisogni professionali, esperienziali e formativi necessari per svolgere efficacemente la funzione ed i compiti di risk manager.

Siamo passati quindi a proporre una organizzazione che sostenga nel tempo il ruolo e la figura del Direttore Medico di Presidio in questa importantissima attività, ipotizzando modifiche di sistema della nostra Associazione e proponendo un modello gestionale che appare snello ed efficiente, e, soprattutto, utilizza quanto è già abitualmente operativo nelle realtà sanitarie italiane prevedendo, quando necessario, l'attivazione di nuove funzioni gestite da nuove figure professionali.

## Gruppo nazionale di lavoro su rischio clinico, responsabilità professionale ed accreditamento

*Coordinatore*

Clemente Ponzetti

*Componenti:*

A. Appicciafuoco

A. Benvenuto

S. Brusaferrò

C.A. Consolante

P. Costanzo

R. Cunsolo

M.T. Cuppone

G. Finzi

G. Fornero

F. Giusto

A. Penna

D. Rocca

R. Sacco

G. Schirippa

C. Sideli

M.A. Vantaggiato

## BIBLIOGRAFIA

1. Fidelia Cascini (2017) *Risk Management, guida teorico-pratica per la gestione, del rischio sanitario*, Quaderni AIOP,5, Roma.
2. Autori Vari (2017) *Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria*, Edizioni Quotidiano della Sanità, Roma.
3. Ashmos D. P. (1996) *Internal Complexity and Environmental Sensitivity In Hospital*. *Hospital and Health Services Administration* 41: 535-555
4. Associazione Italiana Internal Auditors (2006) *La gestione del rischio aziendale. ERM - Enterprise Risk Management: modello di riferimento e alcune tecniche applicative*. AIIA. Milano
5. Maurino D.E., Reason J., Johnson N., Lee R.B. (1995) *Beyond aviation human factors*. Ashgate Publishing Ltd, Aldershot
6. Kuhn L. (2009) *Complexity and educational research: a critical reflection*. In: *Complexity theory and the philosophy of education* (2009). Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ
7. Manuti M., Mininni G. (2008) *Il senso dell'organizzazione*. Carocci editore, Roma
8. Martini M., Pelati C. (2011) *La gestione del rischio clinico*. McGraw-Hill, Milano
9. Morin E. (1985) *Le vie della complessità*, in *La sfida della complessità*, a cura di G.Bocchi e Feltrinelli, Milano
10. Morin E. (1984) *Epistémologie de la complexité*, in *Revue de la recherche juridique. Droit prospectif*. Presses Universitaires d'Aix-Marseille.
11. Prandi (2010) *Il risk management. Teoria e pratica nel rispetto della normativa*. Franco Angeli, Milano
12. Pronovost P., Holzmueller C. (2004) *Partnering for Quality*. *J Critical Care* 19: 121-29
- Pyzdek T. (2000) *The Six Sigma Handbook*. McGraw Hill, New York
13. Quaglino G.P., Casagrande S., Castellano A.M. (1992) *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo: un modello di lettura della dinamica di gruppo, una proposta di intervento nelle organizzazioni*. Cortina, Milano
- Reason J. (2000) *Human error: models and management*. *BMJ* 320: 768-770
14. Reason J. T. (1990) *Human Error*. Cambridge University Press, New York
- Reason J., Hobbs A. (2003) *Managing Maintenance Error*. CRC Press, USA
15. Reason J.T. (1997) *Managing the risks of organisational accidents*. Ashgate Publishing Ltd, Aldershot, UK
16. Selleri L. (2006) *L'impresa e il rischio. Introduzione all'enterprise risk management*. EDU-Catt Università Cattolica
17. Vincent C. (2011) *La sicurezza del paziente*, Edizione italiana a cura di Tartaglia R, Albolino S. Bellandi T., Springer-Verlag Italia.
18. Vincent C., Batalden P., Davidoff D. (2011) *Multidisciplinary centres for safety and quality improvement: learning from climate change science*, *BMJ Qual Saf.* 20: 73-78
19. Zak P.J. (2017) *The Neuroscience of Trust*. *Harvard Business Review January-February*, 84-90

# Il Piano di azione del Niguarda per la lotta alle infezioni correlate alle pratiche assistenziali: dalla Policy aziendale alle buone pratiche attraverso l'adozione delle checklist

## Riassunto

**Introduzione** L'assistenza sanitaria può essere migliorata con lo strumento umile, ma al contempo potente e poco costoso delle liste di controllo. Tale strumento è volto a supportare le azioni di prevenzione primaria e secondaria della diffusione delle infezioni correlate all'assistenza e ad integrare i sistemi di sorveglianza.

**Metodi** Le liste di controllo sono divenute parte costitutiva della cartella clinica per testimoniare l'applicazione delle precauzioni basate sulla via di trasmissione e per garantire il corretto passaggio di consegne al cambio turno del personale o durante tutto il percorso di diagnosi e cura del paziente.

**Risultati** Nell'assistenza sanitaria si verificano problemi semplici, complicati e complessi. Qual è stata la sorpresa? Gli errori più frequenti avvengono nelle procedure semplici e le checklist possono contribuire a prevenirli sbarrando la strada alle sviste.

**Discussione** La complessità del lavoro e dei processi assistenziali, nonché la ripetizione di operazioni di routine possono portare a dimenticare o a dare per scontati dei passaggi nella fase estremamente delicata dell'isolamento del paziente.

**Conclusioni** Nello svolgimento di attività che richiedono molti passaggi di mani e particolare attenzione, la spunta di elementi di controllo si rivela il metodo più sicuro per ridurre il rischio di errore, di sviste o di sottovalutazione con ricadute positive sulla gestione del rischio clinico e biologico. Ha inoltre un elevato contenuto educativo migliorando la comunicazione e la collaborazione tra gli operatori abituandoli a parlare la stessa lingua e a lavorare nello stesso modo.

**Elisabetta Masturzo<sup>1</sup>, Luigia Conti<sup>1</sup>, Lorendana Blaseotto<sup>1</sup>, Marinella Piscedda<sup>1</sup>, Marisa Segà<sup>1</sup>, Saverio Ungheri<sup>2</sup>, Angela Lolli<sup>3</sup>, Carlo Anelli<sup>4</sup>, Mara Boschetti<sup>5</sup>, Claudia Gallina<sup>6</sup>, Gaetano Elli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero

<sup>2</sup> Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi Federico II di Napoli

<sup>3</sup> Direttore DITRA

<sup>4</sup> Coordinatore Sanitario Anestesia e Rianimazione 3

<sup>5</sup> Coordinatore Sanitario Cardiologia 1, 2, Alta intensità cardiologica

<sup>6</sup> Coordinatore Sanitario Cardiologia 3 e 4

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

## INTRODUZIONE

Fare andare meglio le cose è possibile con lo strumento umile, ma al tempo stesso potente e poco costoso delle liste di controllo. Il grande insegnamento di Atul Gawande, direttore del dipartimento *Global Patient Safety Challenge* dell'OMS e ideologo della check list (1), ha ispirato la *Policy aziendale sull'isolamento del paziente in Ospedale del Niguarda*, costituita da una serie di strumenti operativi volti a supportare le azioni di prevenzione primaria e secondaria della diffusione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICA) o a carattere diffusivo e ad integrare i sistemi di sorveglianza in essere.

La complessità del lavoro e dei processi assistenziali all'interno di organizzazioni sempre più parcellizzate in ragione dell'alto contenuto di specializzazione, nonché la ripetizione di operazioni di routine possono portare a dimenticare o a dare per scontati dei passaggi nella fase estremamente delicata dell'isolamento del paziente.

Le liste di controllo, quali parti costitutive della cartella clinica, integrata nel portale informatico, testimoniano l'avvenuta applicazione delle precauzioni basate sulla via di trasmissione, ad integrazione di quelle standard, e garantiscono la tracciabilità e il corretto passaggio di consegne al cambio turno del personale o durante tutto il percorso di diagnosi e cura del paziente all'interno dell'Ospedale, colmando così eventuali lacune informative o deficit di comunicazione.

### PAROLE CHIAVE:

Check list, Sicurezza del paziente, Controllo delle infezioni

In Sanità si verificano problemi semplici, complicati e complessi. Qual è il dato di realtà della nostra esperienza? Che gli errori più frequenti avvengono nelle procedure semplici e che le check list possono contribuire a prevenirli sbarrando loro la strada attraverso sequenze automatiche finalizzate al vaglio critico delle non conformità. Questa è l'esperienza del Niguarda che sarà qui descritta attraverso gli strumenti dell'empirismo logico calati nella pratica consuetudinaria.

## MATERIALI E METODI

### 1. La prevenzione primaria delle ICA attraverso le checklist

Il destino delle procedure, sovente percepite come un assedio della burocrazia, è invariabilmente quello di venire archiviate nei fascicolatori ed esiliate dalla pratica. Diviene dunque cruciale improntare una strategia di azione e una stratificazione delle difese rispetto all'effetto domino dell'errore individuale od organizzativo.

La funzione di una Policy per il controllo delle ICA è infatti quella della permeazione a livello aziendale della cultura del rischio attraverso la traduzione in pratica delle strategie della prevenzione primaria con gli strumenti della quotidianità. Molti fattori sono in grado di incidere negativamente sui comportamenti individuali e sull'organizzazione. Il dotarsi di strumenti di mutuo controllo può contribuire a rassicurare, a supportare nelle decisioni e a fare andare meglio le cose.

La diffusione del materiale di seguito descritto è avvenuta mediante consegna e spiegazione 'porta a porta' ai coordinatori sanitari e istituendo una cassetta degli attrezzi sulla infopage della intranet denominata "Controllo delle infezioni".

#### 1.1. La Scheda di pianificazione dell'isolamento alla diagnosi o sospetto di malattia infettiva o colonizzazione

Lo scopo della Scheda di pianificazione dell'isolamento - integrata nel portale di reparto - è quello di sviluppare sinergie e di definire dei piani di assistenza condivisi modulandoli ai bisogni reali dei pazienti affetti da patologie infettive o colonizzati, inserendoli nel contesto e creando in tal modo l'opportunità di

identificare priorità, definire obiettivi, programmare gli interventi in base alle specifiche competenze e risolvere problemi in modo unitario (Figura 1). Il concetto fondante è improntato ad un principio di responsabilizzazione del personale medico, compartecipe e corresponsabile della gestione dell'isolamento, tradizionalmente demandata al personale infermieristico, anche in mancanza di uno staff cohorting dedicato. Ciò è ben rappresentato nella matrice delle responsabilità prevista all'interno della Policy dell'Azienda. La Scheda è strutturata - nelle linee essenziali - sulle seguenti categorie informative:

- anagrafica del paziente;
- colonizzazione o infezione, sospetta o confermata;
- classificazione dell'agente: batterio, virus, parassita (con liste predeterminate in base al potenziale diffusivo);

The form is titled "Scheda di pianificazione dell'isolamento alla diagnosi o sospetto di malattia infettiva/colonizzazione". It contains the following sections:

- Logos for Ospedale Niguarda and Regione Lombardia.
- Fields for "Etichetta SDO" and "CDC".
- "Data di ammissione" with a date selection grid.
- Checkboxes for "Colonizzazione per:", "Infezione sospetta per:", and "Infezione confermata per:".
- A list of pathogens: Acinetobacter baumannii, Clostridium difficile, Enterobatteri produttori di carbapenemasi, ESBL, Influenza, Meningite da meningococco, Morbillo, MRSA, Scabbia, Tubercolosi, Varicella, VRE, Altro.
- "Trasferito da struttura esterna" with checkboxes for RSA, Lungodegenza, Altro.
- "Data della valutazione" with a date selection grid.
- "Tipo di isolamento" with checkboxes for "in stanza singola", "di coorte", "funzionale" and "pL n°" fields.
- "Organizzazione del personale" with checkboxes for "Staff cohorting", "Individuazione del tutor medico", "Individuazione di un referente medico per turno", "Individuazione di un referente infermieristico per turno".
- "Durata dell'isolamento prevista" with a date range field.
- "Precauzioni previste" with checkboxes for "standard", "da contatto", "droplet", "aerea".
- "Terapia antibiotica in atto" with a date selection grid.
- "Data della prossima rivalutazione" with a date selection grid.
- "Contatti presi" with checkboxes for "Microbiologo", "Specialista in malattie infettive", "Ufficio epidemiologico", "Centro regionale di riferimento per la tubercolosi", "Medicina del Lavoro".
- "Riferimento medico" and "Riferimento infermieristico" with date selection grids.

Figura 1 - Scheda per la pianificazione dell'isolamento alla diagnosi o sospetto di malattia infettiva o colonizzazione

- trasferimento da struttura esterna: RSA, lungodegenza, altro;
- data della valutazione;
- tipo di isolamento praticato e identificazione del posto letto: in stanza singola, di coorte o funzionale;
- organizzazione del personale: staff cohoring, tutor medico, referente medico per turno, referente infermieristico per turno;
- durata dell'isolamento prevista;
- precauzioni previste: standard, da contatto, droplet, aerea;
- eventuale terapia antibiotica in atto;
- data della rivalutazione;
- contatti presi con strutture competenti: Microbiologia, Malattie infettive, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Medicina del lavoro (per eventuali esposizioni degli operatori).

Molti sono gli elementi di forza in essa contenuti e utili ai fini della prevenzione delle ICA e come compendio di una eventuale sorveglianza secondaria in caso di cluster:

- la correlazione con l'anagrafica del paziente che rende possibile tracciare, anche a posteriori, i suoi movimenti lungo l'intero percorso di diagnosi e cura e l'adeguatezza delle precauzioni;
- l'ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro per l'economia dei tempi e delle risorse;
- la condivisione delle informazioni attraverso una piattaforma di uso comune da parte del personale medico e infermieristico e della Direzione Sanitaria;
- l'appropriatezza prescrittiva della terapia antibiotica rispetto alla indicazione clinica; il rischio di diffusione nosocomiale.

### 1.2. Le liste di controllo delle precauzioni e la cartellonistica di avvertenza

La correlazione logica inerente il tipo e la durata delle precauzioni per le principali infezioni, sindromi, condizioni definita dalla tassonomia internazionale è stata integrata all'interno una serie di liste di controllo per le precauzioni standard e basate sulle vie di trasmissione, nonché di cartelli di avvertenza da apporre sulle stanze di isolamento (2).

Questi ultimi, previsti in bilingue italiano-inglese per il cosmopolitismo della struttura, raccomandano all'utenza interna ed esterna di rivolgersi al personale sanitario

prima di entrare nella camera di degenza e sono bipartiti rispettivamente per le misure a carico degli operatori e degli utenti a vario titolo.

La standardizzazione della simbologia grafica attraverso l'uso di pittogrammi conferisce una identità visiva alle misure di sicurezza e garantisce l'automatismo mnemonico nell'esecuzione delle precauzioni standard, da contatto (differenziate per il *Clostridium difficile*), per droplet ed a trasmissione per via aerea (Figura 2).

### 1.3. Le checklist per la vestizione e rimozione dei DPI

Le liste di controllo sulla vestizione e rimozione dei DPI si concentrano sui dispositivi di protezione individuale (DPI) primari e specifici per il tipo di trasmissione che il personale deve indossare per proteggere se stesso e per spezzare la catena del contagio (3).

Le istruzioni operative guidano passo dopo passo l'operatore rispetto alla corretta e sicura sequenza di vestizione e di rimozione e non necessitano di una interpretazione personale. Ciò scevera il campo dalla variabilità dei comportamenti individuali, dalla soggettività e dalla emotività in condizioni di stress (Figura 3).

### 2. La prevenzione secondaria attraverso la sorveglianza dei contatti e degli esposti

In caso di esposizione professionale o dei pazienti a malattie infettive a trasmissione aerea o per droplet, viene avviata una sorveglianza sanitaria dei contatti e degli esposti fondata sui seguenti capisaldi:

- inchiesta epidemiologica e valutazione dell'entità del rischio dei contatti con il paziente fonte;
  - sorveglianza attiva degli operatori esposti;
  - informazioni per il personale ed i pazienti.
- L'inchiesta epidemiologica e la valutazione dell'entità del rischio dei soggetti esposti in ambito ospedaliero e dei contatti sono di pertinenza della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e della Medicina del Lavoro che sono tenuti ai seguenti adempimenti:
- *identificare tutti gli spostamenti del paziente tramite la Scheda per l'indagine epidemiologica del paziente fonte;*
  - *identificare tutte le manovre a rischio di*

## Infezioni trasmissibili

# Precauzioni per contatto (C)

La trasmissione per contatto diretto implica un contatto tra superfici corporee, con trasferimento di microrganismi da ospite infetto o colonizzato a suscettibile, ad esempio durante la mobilizzazione del paziente. La trasmissione per contatto indiretto implica l'interposizione di un oggetto che fa da veicolo (indumenti, strumentario, mani contaminate, ecc.).

### LE PRECAUZIONI PER CONTATTO (C) NON SOSTITUISCONO, MA SI AGGIUNGONO ALLE PRECAUZIONI STANDARD (S)

#### ACCOGLIERE IL PAZIENTE

- In degenza - sistemare il paziente che richiede precauzioni da contatto in stanza singola, se disponibile; se la stanza singola non è disponibile, collocare nella stessa stanza pazienti infetti o colonizzati dagli stessi patogeni (isolamento a vista).
- Attenzione: se fosse necessario collocare nella stessa stanza un paziente che richiede precauzioni da contatto e uno che NON sia infetto o colonizzato con lo stesso patogeno, nel passaggio da un paziente all'altro cambiare l'abbigliamento protettivo e procedere all'igiene delle mani; è consigliata una distanza superiore al metro tra un letto e l'altro, al solo scopo di ridurre la possibilità di "utilizzare" - inavvertitamente - presidi di un paziente infetto o colonizzato nelle procedure assistenziali dirette ad un altro paziente.
- La porta del locale di isolamento può rimanere aperta.

#### EDUCARE IL PAZIENTE

- Educare il paziente alle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione dei microrganismi ad altre persone e all'ambiente.

#### INFORMARE I VISITATORI

- All'esterno della stanza in posizione sempre visibile deve essere affisso il cartello delle misure di isolamento specifiche per le malattie a trasmissione per contatto (C), in caso di C. Difficile usare il cartello (C\*).
- L'accesso dei visitatori deve essere regolato e tutti i visitatori, prima di accedere alla stanza, devono essere informati sulle norme igieniche da osservare durante la visita al degente e nella gestione dei suoi effetti personali (es. trasporto e lavaggio a domicilio della biancheria personale).

ISTITUTO GEMELLI Ospedale Maggiore P.le Sordani - P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20152 Milano  
Aggiornamenti: settembre 2016. A cura di: Realdo Gobaloni del Comitato per la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni del Comitato di Assistenza

## IGIENE DELLE MANI

- Si ribadisce che l'igiene delle mani rappresenta una delle più importanti misure atte a ridurre il rischio di trasmissione delle infezioni correlate all'assistenza ed in particolare dei microrganismi multi-resistenti.
- In presenza di patogeni sporigeni (tra cui il C. Difficile) lavare le mani con acqua e detergente liquido/antisettico, è sempre controindicato l'utilizzo della soluzione idroalcolica inefficace contro le spore.

## DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

### SOVRACAMICE

- Indossare il sovracamice quando è probabile che gli indumenti vengano a diretto contatto con il paziente o con le superfici o gli oggetti potenzialmente contaminati nelle strette vicinanza del paziente.
- Indossare il sovracamice prima di entrare nella stanza o nel box in cui si trova il paziente, rimuoverlo prima di lasciare la stanza ponendo la massima attenzione affinché la divisa non venga a contatto con superfici ambientali contaminate.

### GUANTI

- Indossare i guanti ogni volta che si viene a contatto con il paziente o con superfici ed oggetti in prossimità del paziente (es. apparecchiature e ancazioni del letto).
- Indossare i guanti prima di entrare nella stanza o nel box in cui si trova il paziente e rimuoverli prima di lasciare la stanza o allontanarsi dallo spazio intorno al letto.

## GESTIRE ATTREZZATURE, STRUMENTI E DISPOSITIVI

- Manipolare le attrezzature, strumenti e dispositivi secondo le precauzioni standard (S).
- Utilizzare attrezzature non critiche (es. sfigmomanometro) minuso o dedicate per il singolo paziente colonizzato/infetto. Se ciò non è possibile, pulire e disinfettare gli strumenti fra un paziente e l'altro.

## TRASPORTARE IL PAZIENTE

- Gli spostamenti del paziente dalla stanza di degenza vanno evitati; se assolutamente necessari, è necessario garantire il contenimento/copertura delle aree infette/colonizzate.
- Informare il personale della struttura presso la quale il degente viene trasferito e l'addetto al trasporto.
- Assicurarsi che vengano mantenute le precauzioni volte a prevenire la trasmissione ad altre persone e la contaminazione di ambiente e delle attrezzature.
- Procedere alla sanificazione dei materiali utilizzati (biancheria e barella) una volta terminato il trasporto.

## GESTIRE L'AMBIENTE

- Assicurarsi che le stanze dei pazienti che richiedono precauzioni da contatto siano pulite e disinfettate come da Documento disciplinare di gestione delle pulizie e sanificazioni ambientali.
- Le precauzioni di contenimento devono essere specificate sull'agenda di reparto destinata agli operatori esterni, ad esempio gli addetti alle pulizie o consegna vitto ecc.

## BIANCHERIA/TELERIA

- Massima attenzione va posta alla manipolazione della biancheria/telex che deve avvenire dopo aver indossato guanti e camice a maniche lunghe; la sua eliminazione va fatta con gli appositi sacchi per biancheria infetta.

INTERROMPERE LE PRECAUZIONI PER CONTATTO (C) DOPO LA RISOLUZIONE DI SEGNI E SINTOMI O IN CONFORMITÀ ALLE RACCOMANDAZIONI PER SPECIFICI MICRORGANISMI  
Vedere anche la tabella riassuntiva TAG\_MAL\_INF allegata al documento "Policy aziendale sull'isolamento del paziente in Ospedale"

## STOP PRECAUZIONI (C)

ATTENZIONE. I visitatori devono rivolgersi al personale sanitario di reparto prima di accedere alla stanza  
*ATTENTION: Visitors must report to the healthcare staff before entering the room*

PERSONALE STAFF	TUTTI EVERYONE
 <b>SOVRACAMICE</b> Indossare il camice di protezione prima di entrare nella stanza.	 <b>GUANTI</b> Indossare i guanti prima di entrare nella stanza.
 <b>IGIENE DELLE MANI</b> Hand hygiene Praticare l'igiene delle mani all'entrata e all'uscita della stanza. Perform hand hygiene before entering and after leaving the room.	

## STOP PRECAUZIONI (C\*)

ATTENZIONE. I visitatori devono rivolgersi al personale sanitario di reparto prima di accedere alla stanza  
*ATTENTION: Visitors must report to the healthcare staff before entering the room*

PERSONALE STAFF	TUTTI EVERYONE
 <b>SOVRACAMICE</b> Indossare il camice di protezione prima di entrare nella stanza.	 <b>GUANTI</b> Indossare i guanti prima di entrare nella stanza.
 <b>IGIENE DELLE MANI</b> Hand hygiene Lavare le mani con acqua e sapone liquido all'entrata e all'uscita della stanza. Wash your hands with liquid soap before entering and after leaving the room.	

## STOP PRECAUZIONI (D)

ATTENZIONE. I visitatori devono rivolgersi al personale sanitario di reparto prima di accedere alla stanza  
*ATTENTION: Visitors must report to the healthcare staff before entering the room*

PERSONALE STAFF	TUTTI EVERYONE
 <b>SOVRACAMICE</b> Indossare il camice di protezione prima di entrare nella stanza.	 <b>GUANTI</b> Indossare i guanti prima di entrare nella stanza.
 <b>FACCIALE FILTRANTE</b> Respirator Indossare un facciale filtrante prima di entrare nella stanza. Wear a respirator before entering the room.	 <b>IGIENE DELLE MANI</b> Hand hygiene Praticare l'igiene delle mani all'entrata e all'uscita della stanza. Perform hand hygiene before entering and after leaving the room.

## STOP PRECAUZIONI (A)

ATTENZIONE. I visitatori devono rivolgersi al personale sanitario di reparto prima di accedere alla stanza  
*ATTENTION: Visitors must report to the healthcare staff before entering the room*

PERSONALE STAFF	TUTTI EVERYONE
 <b>SOVRACAMICE</b> Indossare il camice di protezione prima di entrare nella stanza.	 <b>GUANTI</b> Indossare i guanti prima di entrare nella stanza.
 <b>FACCIALE FILTRANTE</b> Respirator Indossare un facciale filtrante prima di entrare nella stanza. Wear a respirator before entering the room.	 <b>IGIENE DELLE MANI</b> Hand hygiene Praticare l'igiene delle mani all'entrata e all'uscita della stanza. Perform hand hygiene before entering and after leaving the room.
 <b>PORTA</b> Door Tenere chiusa la porta. Keep the door closed.	

Figura 2 – Lista di controllo per precauzioni da contatto e cartellonistica di avvertenza

### Dispositivi di protezione individuale (DPI) Sequenza per la vestizione

Il tipo di DPI da indossare cambia a seconda del livello di precauzione raccomandato (precauzioni standard, per contatto, per droplet o per via aerea), pertanto, la modalità di vestizione deve essere adattata ai DPI in uso. In generale, tutti i DPI devono essere correttamente indossati prima di entrare nella stanza del paziente.

- ESEGUIRE LA CORRETTA IGIENE DELLE MANI**
  - 60 sec. oppure 30 sec.
- SOVRACAMICE MONOUSO**
  - Aprire il camice afferrando i lembi in cui sono inseriti i lacci e lasciare cadere il nastro per gravità. Tenere l'apertura del camice nella parte posteriore e le cinture all'esterno (A).
  - Coprire interamente il dorso, dal collo alle ginocchia e le braccia fino al polso; allacciare il camice posteriormente, con nodo a fiocco, sia a livello del collo che della cintola (B).
- FACCIALE FILTRANTE**
  - Posizionare gli elastici del facciale filtrante dietro la testa, uno alla volta: prima quello superiore e poi quello inferiore, posizionandoli rispettivamente sopra e sotto le orecchie (C).
  - Far aderire perfettamente il dispositivo al volto, al mento inferiore, coprire tutto il naso e adattare lo stinging-naso con entrambe le mani.
  - Eseguire la prova di tenuta (se facciale filtrante).
- OCCHIALI O SCHERMO FACCIALE**
  - Con l'aiuto di entrambe le mani calzare gli occhiali (E) oppure lo schermo facciale (F) dietro la testa.
  - Per garantire la tenuta, adattare bene la posizione del dispositivo al proprio volto.
- GUANTI MONOUSO**
  - Lavare le mani con acqua e detergente liquido/antisettico o frizionare le mani con prodotto a base alcolica.
  - Calzare il guanto a livello dell'apertore e farlo scivolare fino a coprire interamente la mano e il polso (G).

**ESEGUIRE SOLO PRATICHE PROFESSIONALI SICURE PER GARANTIRE LA SICUREZZA DELL'OPERATORE E PER LIMITARE LA DIFFUSIONE DI PATOGENI INFETTIVI**  
Limitare allo stretto necessario il contatto con il paziente e con l'ambiente a lui circostante. Non toccare il volto e le mucose con le mani. Non riutilizzare i guanti e cambiarsi se lesionati o contaminati.

Immagine e testi tratti da: "Protecting Healthcare Personnel" del Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta. Aggiornamenti settembre 2016. A cura di: Nicola Caporaso del Comitato per la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

### Dispositivi di protezione individuale (DPI) Sequenza per la rimozione

Di seguito viene presentata una tra le tecniche per la rimozione in sicurezza dei DPI al fine di ridurre il rischio di contaminazione biologica di vestiti, cute e mucose. In generale, i DPI devono essere rimossi prima di uscire dalla stanza, sulla porta di ingresso oppure nella zona filtro laddove presente, ad eccezione del facciale che deve essere rimosso dopo essere usciti dal locale e aver chiuso la porta.

- GUANTI MONOUSO**
  - Sfilare il primo guanto afferrandolo dal polsino con la mano opposta quindi tenerlo nel palmo della mano ancora guantata (A).
  - Non toccare a mani nude la superficie esterna dei guanti.
  - Rimuovere il secondo guanto afferrandolo dall'interno a livello del polso e riversarlo compatto, avendo cura di infilare il primo guanto rimosso nel secondo (B).
  - Smaltire nel contenitore dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo (C).
- ESEGUIRE LA CORRETTA IGIENE DELLE MANI**
  - 60 sec. oppure 30 sec.
- OCCHIALI O SCHERMO FACCIALE**
  - Non toccare la superficie anteriore della protezione oculare.
  - Rimuovere il dispositivo afferrandolo a livello della fascia girevole oppure delle aste laterali (D).
  - Smaltire nel contenitore dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo o riporlo in luogo utile alla successiva sterilizzazione.
- SOVRACAMICE MONOUSO**
  - Non toccare la superficie anteriore e le maniche dell'indumento.
  - Sciogliere le allacciature posteriori (E).
  - Sfilare il camice dal collo e dalle spalle, toccando soltanto la superficie interna dell'indumento. Non ad aver completamente risolto le maniche su loro stesse (F).
  - Piegare o ammantare su sé stesso il sovracamice (G) e smaltirlo nel contenitore dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo.
- FACCIALE FILTRANTE**
  - Non toccare la superficie anteriore della mascherina facciale.
  - Inclinare leggermente la testa in avanti. Slacciare, oppure sfilare da sopra la testa, prima l'elastico inferiore e poi l'elastico superiore facendo quindi cadere il dispositivo in avanti (H).
  - Smaltire nel contenitore dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo (I).
- CONCLUDERE LA SVESTIZIONE IGIENIZZANDO ACCURATAMENTE LE MANI**

Immagine e testi tratti da: "Protecting Healthcare Personnel" del Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta. Aggiornamenti settembre 2016. A cura di: Nicola Caporaso del Comitato per la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

Figura 3 – Sequenza di vestizione e rimozione DPI

trasmissione diretta (es. broncoscopia, aerosol, autopsia) effettuate sul paziente e loro durata tramite la Scheda di autovalutazione della esposizione;

■ compilare l'elenco dei "contatti stretti", ovvero quelli intercorsi tra il personale e il paziente a seguito di assistenza continuativa, a seguito di effettuazione di manovre particolarmente a rischio o a seguito di permanenza in uno stesso ambiente confinato (ad esempio durante la degenza ospedaliera).

### 2.1. La scheda per l'indagine epidemiologica del paziente fonte

La Scheda è strutturata sulle seguenti categorie informative:

- anagrafica del paziente;
- numero nosologico;
- malattie infettive a trasmissione aerea o per droplet (secondo liste predefinite per le principali patologie infettive a carattere diffusivo);
- risultati di laboratorio;
- trasferimenti interni: descrizione del luogo, data e ora e uso della mascherina da parte del paziente fonte.

I determinati sopradescritti sono adottati per

stabilire la priorità dell'intervento di sorveglianza secondo il modello dei cerchi concentrici applicato anche alla gestione degli esposti a rischio biologico.

### 2.2. La scheda di autovalutazione degli esposti

In seguito alla definizione di un caso a rischio biologico, il direttore di struttura complessa, in qualità di dirigente per la sicurezza ed il coordinatore sanitario, in qualità di preposto della struttura interessata (o i rispettivi facenti funzione o sostituti, in caso di assenza), somministreranno la Scheda di autovalutazione dell'esposizione al personale coinvolto nell'assistenza del paziente (soggetti esposti per motivi professionali o di formazione: dipendenti, medici ed infermieri in formazione, tirocinanti, volontari). Essa è strutturata nelle seguenti categorie informative, utili alla determinazione del rischio e delle priorità di intervento secondo il metodo dei cerchi concentrici:

- Anagrafica dell'operatore;
- Qualifica o ruolo;
- Anagrafica del paziente fonte;
- Giorni di esposizione;

- Turno di lavoro;
- Attività a rischio: alto, intermedio, basso;
- manovre a rischio di contaminazione diretta: contatto stretto o occasionale;
- Utilizzo di DPI e presidi sanitari;
- Profilassi;
- Recapito telefonico.

Sulla base delle Schede raccolte si provvederà inoltre a stilare l'elenco dei contatti da comunicare alla Azienda per la Tutela della Salute competente per le misure di igiene pubblica.

### 2.3. La prevenzione secondaria con il metodo dei cerchi concentrici

Verificando gli elementi di seguito indicati è possibile suddividere i contatti sulla base del rischio di avvenuto contagio e, in caso positivo, di suscettibilità a sviluppare l'infezione (4). Sulla base della rilevazione effettuata, devono dunque essere definiti i livelli di priorità di intervento.

I fattori integranti la valutazione del rischio di contagio in ambito nosocomiale sono:

#### Suscettibilità del contatto:

- Età avanzata
- Immunodepressione
- Iponutrizione/debilitazione
- Insufficienza epatica o renale
- Obesità
- Diabete
- Neoplasia
- Trapianto d'organo
- Trattamento immunosoppressivo o steroideo
- Dialisi

#### Fonte contagio:

- carica microbica nell'espettorato del paziente fonte: alta, bassa;
- espettorazione produttiva del paziente fonte.

#### Contatto:

- corretto isolamento del paziente fonte: sì (stanza singola, reparto di Malattie infettive con stanze a pressione negativa), no (stanza condivisa, permanenza sala di attesa);
- adozione della mascherina negli spazi condivisi da parte del paziente fonte: sì, no;
- professione;
- manovre ad alto rischio;
- adozione del facciale filtrante da parte del contatto: sì, no.

La ricerca dei contatti, pertanto, andrà iniziata in primo luogo tra quelli stretti e quelli occasionali ad alta suscettibilità, collocati nella porzione più centrale.

In seguito sarà eseguito uno screening in base alla combinazione dei fattori di rischio sopra enunciati (figura 4).

## RISULTATI

Gli strumenti e i metodi qui descritti hanno trovato recentemente applicazione in occasione dell'accettazione di pazienti affetti da meningite e da malattia tubercolare in Pronto Soccorso ai fini del precoce avvio della sorveglianza dei contatti, della profilassi e della messa in sicurezza della Struttura rispetto alla possibilità di una propagazione incontrollata.

Si sono dimostrati validi alla prova dei fatti, anche per spezzare la catena di trasmissione di un cluster di *Acinetobacter baumannii* in una rianimazione aperta attraverso un rafforzamento delle precauzioni da contatto e delle misure di isolamento.

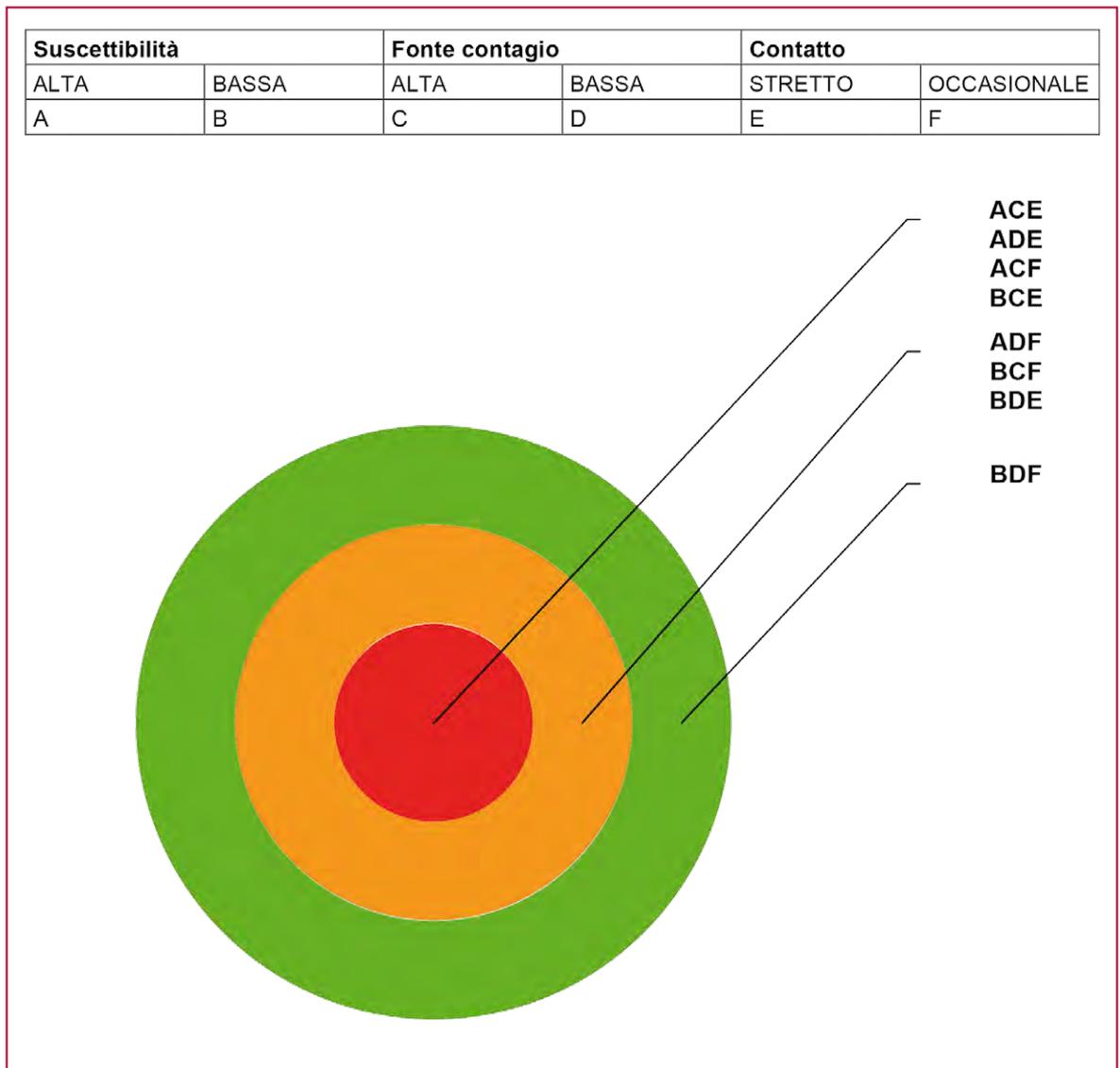
Si è rivelata fondamentale la costruzione di supporti informativi innovativi che possano costituire anche la base di dati empirici per poter indirizzare gli interventi.

L'individuazione tempestiva degli eventi infettivi e a potenziale diffusivo e l'indagine epidemiologica per identificare le cause sono azioni essenziali per prevenire ulteriori casi secondari, eventi sentinella o epidemie e imparare dall'errore.

Tali strumenti sostengono sia i cambiamenti di sistema, sia i cambiamenti dei comportamenti individuali, rafforzando gli standard per la sicurezza ed i processi di comunicazione, contrastandone i possibili fattori di fallimento.

Ad oggi le check list sono impiegate come strumenti di lavoro e non costituiscono ancora una base informativa strutturata a fondamento di una banca dati utile alla costruzione di un set di indicatori per misurare e monitorare i determinanti della qualità e dell'economia della cura e della assistenza.

L'informatizzazione sarà l'obiettivo della seconda fase progettuale e dovrà servire a integrare sistemi non ancora parlanti fra loro per



**Figura 4** – Metodo di sorveglianza dei cerchi concentrici

derivare informazioni relative alla corretta gestione del processo di cura e delle risorse, al controllo del rischio clinico e biologico per la definizione di strategie di contenimento. In un’ottica di prevenzione primaria e secondaria sarà essenziale analizzare unitariamente i dati relativi ai seguenti aspetti:

- appropriatezza prescrittiva della terapia antibiotica,
- andamento dell’antibioticoresistenza,
- corretta e tempestiva presa in carico dei pazienti con patologie infettive e idonea destinazione nei reparti di degenza,
- consumi di DPI e soluzione alcolica per reparto e paziente,
- impiego di risorse umane (in termini di ore dedicate all’isolamento),

■ epidemiologia delle malattie infettive per reparto e per Ospedale.

## DISCUSSIONE

La traslazione a portale delle checklist è già operativa e costituisce il primo passo per la creazione di una banca dati aziendale sui casi di isolamento ponendo le basi per una gestione globale delle ICA di tipo realmente proattivo e preventivo rispetto all’appropriatezza e alla sicurezza nell’uso delle risorse e dei percorsi; ciò nella prospettiva progettuale di una progressiva integrazione nei sistemi informativi aziendali già esistenti sui risultati di laboratorio e sui consumi di antibiotici.

In futuro si prevede infatti di incrociare i dati delle SDO con quelli relativi alla scheda di isolamento del paziente, al consumo individuale di antibiotici, nonché al sistema di refertazione del laboratorio di microbiologia per avere una visione globale sia delle misure attuate nell'immediato e della appropriatezza prescrittiva, sia sull'epidemiologia interna con ricadute prevedibilmente positive sull'andamento delle infezioni.

In una contingenza di tagli lineari alla spesa pubblica, tali supporti sono indispensabili alla adozione di politiche di contenimento mirate attraverso la stesura di nuovi PDTA, linee guida, segnatamente sulla appropriatezza d'uso degli antibiotici e la formazione del personale (5).

Le ICA hanno una origine multifattoriale e non sempre sono in rapporto di correlazione causa effetto. Ciò limita la possibilità di valutare l'efficacia degli interventi nel breve periodo. Tuttavia, la sorveglianza così impostata è in grado di rilevare precocemente i casi di infezione e consente la messa in pratica tempestiva di interventi finalizzati a rompere la catena di trasmissione; è una componente essenziale di programmi mirati a promuovere la qualità dell'assistenza riducendo il rischio di infezioni per i pazienti e per gli operatori sanitari.

## CONCLUSIONI

Nello svolgimento di attività che richiedono molti passaggi di mani e particolare attenzione, la spunta di elementi di controllo si rivela il metodo più sicuro per ridurre il rischio di errore, di sviste o di sottovalutazione ed un valido strumento di gestione del rischio infettivo e di risk management particolarmente in un frangente che vede una recrudescenza di patologie infettive ad alto potenziale diffusivo e clamore mediatico (es. tubercolosi, morbillo, meningite) e che pone l'Italia tra i paesi endemici rispetto al fenomeno della antibiotico resistenza (6). Le checklist hanno inoltre un elevato contenuto educativo e di responsabilizzazione e migliorano la comunicazione e la collaborazione tra gli operatori abituandoli a parlare la stessa lingua e a lavorare nel-

lo stesso modo. Tra gli obiettivi futuri, è prevista anche un'importante attività formativa basata su simulazioni e role play in grado di sviluppare automatismi basati sulla pratica e di ottimizzare i tempi e i metodi di apprendimento allargandoli al lavoro di squadra. Si intende in questo modo implementare strumenti e tecniche orientati all'innovazione e al superamento della visione classica della formazione come azione temporalmente e spazialmente separata dalla quotidianità del lavoro nell'ottica dell'imparare o del ripassare facendo.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Gawande A. *Checklist. Come fare andare meglio le cose*. Einaudi 2013.
2. *Raccomandazioni del Consiglio del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, compresa la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria*. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea. 03/07/2009.
3. CDC. *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. 2007. Accessibile da: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines.pdf> Deliberazione di
4. Giunta Regionale 12.07.2017, n. 6855 *Revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo della tubercolosi in Regione Lombardia*
5. Ministero della Salute. *Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza*. Accessibile da: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=1039&area=Malattie%20infettive&menu=ica](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1039&area=Malattie%20infettive&menu=ica)
6. *Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Piano nazionale di contrasto dell'antibiotico-resistenza 2017 - 2020. Documento approvato il 2 novembre 2017*. Accessibile da: [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2660](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2660)



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

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

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

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

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

### INTRODUZIONE

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



### CONTENUTI

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

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

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



### CONCLUSIONI

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



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

## IL PASSAGGIO ALLA GESTIONE IN OUTSOURCING DEL SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI BUSTO ARSIZIO

D. Rocca\*, A. Carducci\*, M. Caruggi\*\*, M. Mastroianni\*\*\*, G. Olgiate\*\*\*\*, A. Bocchieri\*\*\*\*\*,  
P. Lualdi°, L. Mariani°, M. Turri°, L. Mancino°, A. Triarico°

\*Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia; \*\*Dirigente Amministrativo, P.O. di Busto Arsizio; \*\*\*Responsabile S.A. Tecnico, ASST Valle Olona; \*\*\*\*Coordinatore Ufficio Tecnico, P.O. di Busto Arsizio; \*\*\*\*\*Responsabile S.P.P.M.L.; °Responsabile S.S. Ingegneria Clinica; °°IP Direzione Medica, P.O. di Busto Arsizio; °°°IP/AFD Direzione Medica, P.O. di Busto Arsizio; °°°°Responsabile S.I.T.R.A., P.O. di Busto Arsizio; °°°°°Direttore Medico, P.O. di Busto Arsizio

### INTRODUZIONE

Il Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio dispone di 13 sale operatorie, dislocate all'interno di 3 Padiglioni, nel cui contesto operano 9 Specialità Chirurgiche. Nel corso dell'2016 sono stati eseguiti complessivamente 11836 interventi chirurgici, di cui 1690 in urgenza. A partire dal 2015, la Direzione Aziendale dell'allora Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio" (confluita nella Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valle Olona), secondo una politica di contenimento dei costi e di ricerca dell'efficienza del servizio, ha avviato un percorso di affidamento, per un periodo di 96 mesi, del servizio di sterilizzazione, manutenzione e fornitura in noleggio dello strumentario chirurgico, comprensivo della ristrutturazione della Centrale di Sterilizzazione.

### CONTENUTI



L'affidamento in outsourcing del processo di sterilizzazione ha richiesto il coinvolgimento strategico del fornitore nei piani operativi e gestionali, in un rapporto di collaborazione ed alleanza strategica, attraverso fasi opportunamente pianificate e tutt'oggi in corso d'opera. A tale scopo, si sono avvicinati 4 Tavoli Tecnici di confronto, ciascuno dei quali ha visto la partecipazione di rappresentanti della Ditta appaltatrice e di personale dell'ASST Valle Olona, e che hanno permesso di affrontare i temi specifici di seguito riportati.

#### □ **TAVOLO TECNICO 1** (Direzione Medica di Presidio, SITRA, Ingegneria Clinica, S.P.P):

- ✓ inventario, sostituzione e fornitura dello strumentario chirurgico (e dei relativi contenitori), procedure di decontaminazione, lavaggio e disinfezione di tutto lo strumentario chirurgico e non (compresi i carrelli dedicati al trasporto), prodotti chimici per la decontaminazione ed il lavaggio dello strumentario, preparazione e sterilizzazione dello strumentario, gestione del materiale di medicazione, gestione dei carichi urgenti;

#### □ **TAVOLO TECNICO 2** (Direzione Medica di Presidio, SITRA Ingegneria Clinica, S.P.P):

- ✓ gestione della **fase transitoria** in attesa della realizzazione della nuova Centrale di Sterilizzazione, organizzazione in fase transitoria e in fase a regime definitivo del servizio di logistica (materiale sterile, strumentario chirurgico sporco, dispositivi medici "sporechi" termolabili);

#### □ **TAVOLO TECNICO 3** (Direzione Medica di Presidio, Ufficio Tecnico, S.P.P):

- ✓ lavori di realizzazione della nuova Centrale di Sterilizzazione, attività connesse alla predisposizione dell'area cantiere e del DUVRI;

#### □ **TAVOLO TECNICO 4** (Direzione Medica di Presidio, SITRA, Servizi Informativi):

- ✓ linee di interfaccia hardware, software e formazione del personale.



### CONCLUSIONI

Mediante il graduale inserimento delle Unità Operative nel percorso di conferimento dello strumentario chirurgico verso la Centrale di Sterilizzazione esterna (sita presso l'Ospedale di Varese, a circa 30 Km di distanza), è stato possibile ad oggi avviare con successo la fase transitoria e dare inizio ai lavori di ristrutturazione della Centrale di Sterilizzazione del P.O. di Busto Arsizio. Al termine dei lavori di ristrutturazione (Marzo 2018), cesserà il ricorso alla Centrale esterna e verrà avviata l'attività della nuova Centrale di Sterilizzazione.





## CUSTOMER SATISFACTION: INDAGINE DEL SERVIZIO RISTORAZIONE NEL PRESIDIO OSPEDALIERO BONOMO DI ANDRIA



Nardella P.\*, Porziotta S.\*, Caruso G.\*, Pantaleo L.<sup>o</sup>, Campanile V.<sup>^</sup>, Narracci O.<sup>§</sup>

\*Dirigente Medico Direzione Medica Presidio Bonomo Andria - ASL BT

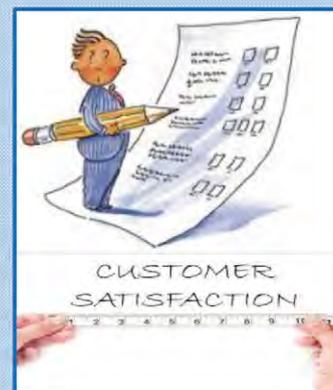
<sup>o</sup>CPS Infermiera Direzione Medica Presidio Bonomo Andria - ASL BT

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

<sup>§</sup>Direttore Generale ASL BT

### INTRODUZIONE

La Customer satisfaction rappresenta uno strumento fondamentale per analizzare la Qualità dei Servizi Sanitari. Essa esprime il grado di soddisfazione del paziente/utente ed è orientata al miglioramento della soddisfazione stessa. La misurazione della qualità dei servizi risulta una funzione ormai fondamentale e strategica, poiché consente di verificare il livello di efficienza ed efficacia di un servizio percepito dagli utenti, in un'ottica di riprogettazione e di miglioramento delle performance. Tale studio si pone l'obiettivo di valutare l'efficacia del Servizio di Ristorazione nel Presidio Ospedaliero "Lorenzo Bonomo" di Andria - ASL BT, al fine di orientare le attività verso opportune strategie di miglioramento dei servizi offerti.



### CONTENUTI

Nel Presidio Ospedaliero di Andria, la preparazione e la distribuzione dei pasti è affidata in appalto ad una ditta esterna. La Direzione Medica del Presidio ha effettuato uno studio finalizzato all'analisi della qualità percepita dai pazienti in merito all'erogazione di tale servizio. La misurazione del grado di soddisfazione dei pazienti, è avvenuta attraverso l'utilizzo di un questionario ad hoc, elaborato sulla base della ricerca di letteratura e caratterizzato da una sezione anagrafica generica e da una specifica, costituita da domande con risposte a carattere chiuso inerenti la ristorazione.

Lo studio è stato condotto tra Febbraio e Maggio 2017 da personale sanitario adeguatamente formato. Sono stati intervistati 120 pazienti. I dati raccolti sono stati analizzati con il software SPSS versione 16. Il campione risulta costituito da 64 donne e 56 uomini con il 45% dei pazienti ultra 65enni. Il giudizio espresso sulla cortesia nella distribuzione del vitto è ottimo per il 26,7% dei pazienti, buono per il 70%, cattivo per 3 pazienti e pessimo per 1 paziente. La quantità del vitto è ottima per il 6,7% dei pazienti, buona per il 91,7% e pessima per l'1,7%. La scelta del menu è ottima per il 6,7% degli intervistati, buona per l'83,3%, cattiva per l'8,3% e pessima per l'1,7%. Il 2,5% degli intervistati sostiene che il gusto del vitto sia ottimo, il 67,5% che sia buono, il 26,7% che sia cattivo e il 3,3% che sia pessimo. La temperatura del vitto è ottima per il 6,7% dei pazienti, buona per il 77,5% e cattiva per il 15,8% dei pazienti. Infine, l'igiene delle stoviglie è ottima per il 45% dei pazienti, buona per il 50,8%, cattiva per il 3,3% e pessima per 1 paziente.

	OTTIMA	BUONA	CATTIVA	PESSIMA
Cortesía vitto	26,7%	70%	2,5%	0,8%
Sceita menu	6,7%	83,3%	8,3%	1,7%
Quantità vitto	6,7%	91,6%	0%	1,7%
Gusto vitto	2,5%	67,5%	26,7%	3,3%
Temperatura vitto	6,7%	77,5%	15,8%	0%
Igiene stoviglie	45,1%	50,8%	3,3%	0,8%



### CONCLUSIONI

Dall'analisi effettuata è emerso che per oltre i 2/3 dei pazienti intervistati la qualità percepita del Servizio Ristorazione è buona; l'unico dato meritevole di approfondimenti è quello relativo alla temperatura del vitto. La rilevazione della soddisfazione del paziente/utente dovrebbe diventare attività costante, pianificata e integrata nella pratica ospedaliera. La customer satisfaction deve avere, inoltre, una ricaduta concreta sui servizi offerti in un'ottica di miglioramento della qualità, avviando processi di cambiamento e rimodulazione dei servizi sulla base del feedback raccolto. Creare aspettative nell'utenza può essere un boomerang che si ritorce contro chi fornisce il servizio, se questi non è in grado di soddisfare le aspettative che sono state espresse. Affinché tale indagine di Customer Satisfaction sia efficace, è necessario ripeterla nel tempo, in modo da poter confrontare i risultati delle diverse rilevazioni effettuate e valutare l'efficacia di eventuali azioni correttive intraprese.

## Implementazione di un percorso ospedaliero per intercettare i pazienti che necessitano di continuit  assistenziale



Papalia R\*, Pesenti Campagnoni M\*\*, Colliard L\*\*\*, Lale Demoz P\*\*\*, Dam  R , Roux L  , Galotto C    

\*Dirigente Medico, SC Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Aosta, Azienda USL della Valle d'Aosta; \*\* Direttore Area Territoriale, Azienda USL della Valle d'Aosta; \*\*\*Assistente Sociale Ospedaliero, Ospedale di Aosta, Azienda USL della Valle d'Aosta;   Fisioterapista, Area Territoriale, Azienda USL della Valle d'Aosta;    Infermiera, Area Territoriale, Azienda USL della Valle d'Aosta;     Direttore Medico di Presidio, Ospedale di Aosta, Azienda USL della Valle d'Aosta

### INTRODUZIONE

L'Azienda USL della Valle d'Aosta ha implementato nel giugno del 2015 un percorso interno all'ospedale per individuare precocemente i pazienti che necessitano di continuit  assistenziale ospedale-territorio, al cui interno   stata istituita un' " quipe di Prosecuzione del Percorso Assistenziale" che prende in carico precocemente i pazienti fragili segnalati dai reparti ospedalieri o dai Servizi socio-sanitari territoriali o dai familiari/rete sociale e definisce un percorso di presa in carico del paziente quando dimissibile. La DMP ha quindi monitorato l'attivit  dell'équipe.



### CONTENUTI

Sono state definite la composizione, la sede, e l'orario di servizio dell'attivit  dell'équipe, coordinata da un medico di DMP) e composta da:

- n 1 Medico della DMP
- n 2 Assistenti Sociali ospedalieri
- n 1 Infermiere e n 1 Fisioterapista di territorio

Il progetto ha individuato la Scala di valutazione dell'Indice di BRASS come strumento per i reparti per segnalare precocemente all'équipe i pazienti fragili.

Per la raccolta dei dati dei bisogni sociali, assistenziali e riabilitativi dei casi, l'équipe ha utilizzato strumenti cartacei e informatici.

La DMP, ha raccolto ed inserito su Excel i dati di attivit  (luglio-dicembre 2015) dell'équipe, che ha svolto attivit  di:

1. valutazione multiprofessionale e multidisciplinare dei casi segnalati dai reparti, dall'utente, dai familiari o dai servizi socio-sanitari territoriali;
2. verifica della completezza e analisi del contenuto della scheda di BRASS pervenuta dai reparti;
3. valutazione dei bisogni contingenti sociali, assistenziali e riabilitativi dei casi;
4. monitoraggio del decorso clinico-assistenziale e degli aggiornamenti dei casi segnalati;
5. definizione del percorso di dimissione del paziente, in accordo coi reparti e tenendo conto dell'autodeterminazione del paziente e delle risorse della rete familiare;
6. invio della documentazione necessaria all'eventuale attivazione dell'UVMD o dei servizi sociali e di invio di una e-mail agli operatori ospedalieri e territoriali e ai servizi interessati contenente i dati del paziente, il progetto condiviso e i bisogni sociali, infermieristici e riabilitativi per attivare i servizi territoriali alla dimissione.

I dati di attivit  dell'équipe hanno mostrato che:

- 1) il 66,9% del totale delle segnalazioni dei casi sono provenute dai reparti con un trend in leggero miglioramento rispetto all'inizio dell'attivit  dell'équipe;
- 2) il numero delle UVMD ha mantenuto un trend sostanzialmente stabile nel periodo;
- 3) Sono pervenuti 505 casi all'équipe, pari al 7% del totale dei pazienti dimessi dall'ospedale, con un trend sostanzialmente stabile nel periodo;
- 4) Nell'intero semestre, la maggior parte delle segnalazioni dei casi ai servizi territoriali hanno coinvolto il Servizio Sociale;
- 5) La maggior parte dei pazienti presi in carico dall'équipe nel post-ricovero hanno ricevuto un'assistenza domiciliare con o senza assistenza familiare/privata (26,8% del totale), con un trend sinusoidale nel periodo, mentre si rileva un brusco calo del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) nei mesi di novembre e dicembre 2015;

L'Area Ospedaliera e l'Area Territoriale hanno monitorato il percorso mediante incontri tra i responsabili di progetto e relazioni bimestrali.

### CONCLUSIONI

  stato avviato un processo di integrazione ospedale-territorio, ma occorre una formazione/informazione ai medici, infermieri e coordinatori infermieristici dei reparti, per valutare il bisogno di continuit  assistenziale a partire da una situazione di stabilizzazione clinica, per ottimizzare i tempi di attivazione e le risorse disponibili.



## IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA NELL'ISTITUZIONE DELL'UNITÀ FARMACI ANTIBLASTICI (UFA)

Pelusi L.<sup>1</sup>, Piani R.<sup>1</sup>, Gregoretto B.<sup>1</sup>, Cerchi R.<sup>1</sup>, Perulli A.<sup>1</sup>, Monteverdi D.<sup>1</sup>, Mesesnel E.<sup>1</sup>, Conti C.<sup>2</sup>, Virginio V.<sup>2</sup>, Troncon D.<sup>3</sup>, Schincariol P.<sup>4</sup>, Cebulec I.<sup>4</sup>, Palmieri C.<sup>4</sup>, Provasi R.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Direzione Medica di Presidio; <sup>2</sup>Servizio Vigilanza Sanitaria e Prevenzione - Direzione Medica di Presidio; <sup>3</sup>S.C. Gestione Stabilimenti; <sup>4</sup>S.C. Farmacia

### INTRODUZIONE

L'istituzione di un'apposita UFA aziendale è richiesto da specifica normativa (G.U. 7 ottobre 99, n. 236 / Prov. 5 Ago 99) a tutela del personale professionalmente esposto ai chemioterapici antiblastici in ambiente sanitario. Tale riferimento è un documento di linee guida generale che pone nella centralizzazione dell'allestimento di farmaci antiblastici il soddisfacimento dei requisiti di sicurezza e qualità al fine di ridurre il rischio di errore nella terapia farmacologica. Di rilevanza appare inoltre la concentrazione in un unico laboratorio della preparazione di dosaggi personalizzati di Farmaci che ne ottimizzi l'uso limitando al massimo la dispersione derivante dall'uso parziale dei singoli flaconi, consentendo il recupero del 15-18% della spesa totale di farmaci antiblastici. Fondamentale nella realizzazione la collaborazione di più professionisti con differenti competenze e esperienze nelle varie fasi del progetto. Scopo del lavoro è descrivere come l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste abbia istituito l'UFA di Trieste come centro HUB regionale nell'allestimento oncologico, oltre che come centro di formazione e ricerca.

### MATERIALI E METODI

Sono stati definiti gli obiettivi sulla base di un'indagine preliminare sulle esigenze clinico-assistenziali afferenti alla futura UFA. È stato costituito un team multidisciplinare composto dalle Strutture di Direzione Medica, Farmacia, Oncologia, Ematologia, Ingegneria Clinica, Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, Servizio tecnico, Economato, Formazione e Aggiornamento, Microbiologia, Informatica, Direzione infermieristica. È stato nominato in qualità di Project Manager il direttore del Servizio di Farmacia. Sono state attuate le 4 fasi: progettuale, edil-impiantistica, organizzativa e procedurale secondo uno specifico cronoprogramma. Sono stati pianificati incontri periodici del team di progetto e la Direzione Medica ha monitorato lo stato di avanzamento dei lavori.

### Obiettivi U.F.A.

#### MIGLIOR UTILIZZO DELLA "RISORSA" FARMACO:

1. MAGGIOR APPROPRIATEZZA
2. DRUG-DAY
3. MAGGIOR STABILITÀ
4. MINORI SCARTI
5. RIDUZIONE DEGLI ERRORI E DEI TEMPI (CALCOLI e TRASCRIZIONI INFORMATIZZATI)

#### RIDUZIONE DEI RISCHI :

1. MINORI DANNI A PAZIENTI PER ERRORI E CONSEGUENTI CONTENZIOSI LEGALI
2. MINORI RISCHI LAVORATIVI E RIDUZIONE DI POTENZIALI RICHIESTE DI DANNO LAVORO-CORRELATO
3. RIDUZIONE DEI PREMI ASSICURATIVI



### PROCESSO GRADUALE



### CONCLUSIONI

Accanto all'auspicato obiettivo di aumentare la qualità dei medicinali prodotti e la sicurezza di operatori e pazienti, è stato consolidato l'obiettivo di razionalizzare i costi dei farmaci oncologici attraverso una maggior appropriatezza prescrittiva (prescrizione telematica), produzione secondo *drug-day* e l'adozione di procedure di lavoro e controllo che consentono l'estensione della stabilità chimico-fisica dei farmaci (riduzione scarti di produzione). L'UFA attivata nel dicembre 2016, aperta 5gg a settimana dalle 7:00 alle 15:30 ha iniziato gradualmente la messa a regime delle varie Unità Operative Aziendali, realizzando in media 35 preparazioni / die, e complessivamente 9.000 all'anno (a regime se ne stimano 130/die e 35.000/anno). In Italia sono presenti circa 1265 ospedali o assimilati che ospitano circa 566 farmacie ospedaliere e 424 oncologie mediche. 121 farmacie hanno istituito un'UFA (21%). Da questo dato si evince come la diffusione dei laboratori di preparazione degli antiblastici sia ancora limitata per garantire gli standard di qualità, sicurezza e sostenibilità richiesti in ambito oncologico. I vantaggi conseguenti alla realizzazione dell'UFA di TS rappresentano un modello di gestione del rischio clinico e di buon utilizzo delle risorse

#### Bibliografia:

1. Provvedimento 5 agosto 1999, Gazzetta Ufficiale 7 ottobre 1999 n. 236.
2. N.B.P. - Norme di Buona Preparazione, Istituto Superiore di Sanità "Farmacopea della Repubblica Italiana XII ed." Istituto Poligrafico dello Stato (collana "Sanità"), 2008.
3. "GMP - Good Manufacturing Practice revision to annex 1" European Commission, Enterprise Directorate General, 2003.
4. "Le indicazioni per la tutela dell'operatore sanitario per il rischio di esposizione ad antiblastici", Linea guida ISPESL (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro), vers. Maggio 2010.
5. D.Lgs 9 Aprile 2008 n.81 (T.U.L.S.) "Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro".
6. Raccomandazione n. 14, Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema Ufficio III, ottobre 2012.
7. D.G.R. n. 1335 del 28/07/2014 Regione Veneto
8. <http://www.oncofarma.it/index.php/documenti/situazione-italiana-ufa>

## Percorso di accertamento sull'uso di alcol e sostanze stupefacenti, ai sensi della recente normativa del Codice della Strada

Romina Perossa\*, Claudia Giuliani\*, Ulrike Karneth\*, Daniele Pittioni\*

\* Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana, Isontina"

### Introduzione

Nel corso di servizi di controllo, gli organi di Polizia Stradale sono tenuti a verificare le condizioni di guida dei conducenti di veicoli che presentano uno stato di alterazione dovuto all'assunzione di alcool o di sostanze stupefacenti e psicotrope, da cui possono derivare le contestazioni amministrative o penali come previste dagli artt. 186 e 187 del Codice della Strada.

La complessità delle attività di accertamento dello stato di alterazione e le tempistiche da garantire nei casi di omicidio stradale e lesioni personali stradali gravi o gravissime ha reso necessaria la definizione di percorsi condivisi e concordati tra le Forze dell'ordine e l'Azienda Sanitaria, nel rispetto dei diritti delle persone coinvolte in un incidente stradale.

### Obiettivo

Assicurare una corretta gestione degli accertamenti relativi all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'ingerimento di bevande alcoliche, ai sensi del Codice della Strada.

### Contenuti

Ai fini di garantire il raggiungimento dell'obiettivo è stato elaborato un protocollo operativo che ha riguardato i seguenti aspetti:

- analisi della normativa e delle linee guida esistenti sull'argomento
- valutazione delle modifiche organizzative da implementare (acquisto apparecchiatura di laboratorio, frigo dedicato con apertura con badge, formazione del personale del laboratorio e del pronto soccorso)
- gestione della documentazione (richiesta dell'Autorità Giudiziaria, identificazione del paziente, consenso informato, certificato descrittivo dello stato psico-fisico, verbale di prelievo e custodia e relativo registro)
- raccolta, trasporto e analisi dei campioni biologici (acquisizione di tre campioni biologici per test di screening, analisi di conferma e controanalisi, verifica dell'idoneità dei campioni, accettazione, analisi, validazione, refertazione, conservazione)
- catena di custodia dei campioni biologici
- trasmissione della documentazione all'autorità richiedente.

### Conclusioni

Il protocollo operativo è stato formalizzato, condiviso con le autorità competenti e adottato con un protocollo di intesa tra la Prefettura di Gorizia e l'Azienda Sanitaria.

Questo ha permesso di standardizzare il percorso e di rispettare la tempistica per gli accertamenti previsti in caso di omicidio stradale e lesioni personali stradali gravi o gravissime.

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 Matrice del rischio applicata agli strumenti di Governo

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

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

### Introduzione ed inquadramento

L'analisi dei rischi presenti in una entità complessa come un ospedale può diventare molto difficoltosa senza una corretta quantificazione della gravità e frequenza dei fenomeni. Il rischio di sottovalutazione o sopravvalutazione di singoli episodi può portare a una non corretta allocazione delle risorse in ambiti che, ad una valutazione oggettiva e metodologicamente corretta, richiederebbero impegni differenziati. L'integrazione in aree uniformi delle informazioni disponibili dagli indicatori normalmente raccolti nelle Aziende Sanitarie e nelle Aziende Ospedaliere in un unico quadro di riferimento permette di avere una visione di insieme delle aree prioritarie. I modelli disponibili prendono il nome di "matrici dei rischi", hanno la caratteristica comune di essere sviluppati secondo una logica di tipo pro-attivo sulla base dei dati di gravità e frequenza presenti nei comuni database di indicatori utilizzati correntemente.

### Materiali e metodi

Le informazioni provenienti dagli indicatori aziendali (oltre 300 indicatori su flussi economico contabili, organizzativi, istituzionali obbligatori, di monitoraggio del rischio clinico) vengono aggregate ed analizzate in macroaree per dare evidenza dei rischi presenti. Le macroaree identificate in ASUITS sono:

- Danno a pazienti, personale, visitatori
- Livelli di qualità percepiti, reclami
- Compliance con standard di qualità (previsti da norme e regolamenti, clinici, professionali)
- Gestione delle risorse umane
- Cattiva reputazione a mezzo stampa
- Rispetto budget
- Impatto ambientale

La priorità assegnata al rischio specifico avviene utilizzando una metodologia di valutazione semi-quantitativa che prende in considerazione la severità del rischio (S) e la sua frequenza (F). L'indice R viene ricavato secondo la formula  $R = S \times F$ . I dati aggregati vengono quindi presentati alla governance per le decisioni strategiche di competenza.

La scala di frequenza del rischio viene convenzionalmente stabilita in cinque categorie, secondo la tabella sotto riportata:

Punteggio	1	2	3	4	5
Descrizione	Raro	Improbabile	Possibile	Probabile	Quasi certo
Frequenza	Frequenza attesa pluri-annuale	Frequenza attesa annuale	Frequenza attesa triennale	Frequenza attesa biennale	Frequenza attesa 6-12 mesi
Probabilità	< 0,1%	0,1-1%	1-10%	10-50%	> 50%

Matrice del rischio		Frequenza / Probabilità				
		1 - Raro	2 - Improbabile	3 - Possibile	4 - Probabile	5 - Quasi certo
Severità	5 - Catastrofico	5	10	15	20	25
	4 - Maggiore	4	8	12	16	20
	3 - Moderato	3	6	9	12	15
	2 - Minore	2	4	6	8	10
	1 - Trascurabile	1	2	3	4	5

Il punteggio risultante nella matrice indica i seguenti livelli di gravità stimati:

- 1-3 Rischio basso
- 4-6 Rischio moderato
- 8-12 Rischio elevato
- 15-25 Rischio molto elevato

### Obiettivi dello studio

Le matrici dei rischi (risk matrix) sono strumenti abitualmente utilizzati in molti ambiti professionali, ma ancora poco conosciuti ed applicati nel contesto sanitario italiano. In periodi di forte contrazione dei finanziamenti in ambito sanitario, la ricerca dell'appropriatezza deve essere estesa anche ad ambiti in cui l'allocatione delle risorse deve prevedere una forma di prioritizzazione basata sulla quantificazione dei rischi. L'analisi delle esperienze estere, in particolare quelle sviluppate nel NHS inglese ("A risk matrix for risk manager"), ci ha convinti ad implementare nella nostra Azienda un sistema di analisi dei rischi con matrice su 7 macroaree.

Punteggio	1	2	3	4	5
Descrizione Categorie	Trascurabile	Minore	Moderato	Maggiore	Catastrofico
Danno a pazienti, personale, visitatori	Danno minimo che richiede un intervento minimo o nullo Nessuna assenza lavorativa	Lesioni lievi o malattie che richiedono un intervento minore Aumento della durata della degenza in ospedale per 1-3 gg Assenza lavorativa fino a 3 gg	Lesioni moderate o malattie che richiedono l'intervento di professionista Aumento della durata della degenza in ospedale per 4-15 gg Evento che coinvolge un piccolo n° di pazienti Assenza lavorativa 4-14 gg	Lesioni gravi o malattie che comportano una sostanziale incapacità di lunga durata Aumento della durata della degenza in ospedale superiore a 15 gg Cattiva gestione delle cure nel paziente coinvolto di lunga durata Assenza lavorativa >15 gg	Evento con gravi danni Fenomeno di massa Pericolo di morte Eventi che coinvolgono il personale
Livelli di qualità percepiti, reclami	Livello di qualità percepito non soddisfacente rispetto alle attese per carenze di informazioni Reclamo informale	Livello di qualità percepito non soddisfacente rispetto alle attese per carenze di informazioni, per responsabilità a parità con qualcuno, per essere stato trattato in modo non equo e rispettoso Facilmente mobilizzabile Reclamo formale (1 livello)	Livello di qualità percepito non soddisfacente rispetto alle attese con conseguenze di breve durata (meno di una settimana) Reclamo formale (2 livello)	Livello di qualità percepito di basso livello rispetto alle attese con conseguenze di lunga durata Reclami multipli	Livello di qualità percepito non soddisfacente rispetto alle attese per conseguenze di lunga durata Assenza di azioni
Compliance con standard di qualità (previsti da norme e regolamenti, clinici professionali)	Presenza di non conformità minori su standard interni. Piccolo numero di azioni correttive necessarie	Presenza di sostituti non conformità su standard o protocolli interni. Singole raccomandazioni che possono essere eseguite facilmente in atto dai professionisti	Presenza di plurime non conformità su standard o protocolli interni. Raccomandazioni rilevanti che possono essere messe abitando un piano appropriato	Presenza di plurime non conformità su standard interni. Carenze rilevanti rispetto a norme e raccomandazioni regionali e nazionali. Presenza di report molto colti	Presenza di ripetute non conformità su norme e regolamenti. Carenze rilevanti rispetto a norme e raccomandazioni regionali e nazionali. Presenza di report molto colti
Gestione delle risorse umane	Organico ridotto per breve periodo di tempo che riduce la qualità del servizio erogato per meno di 1 gg	Livello di organico basso che riduce la qualità del servizio	Ritardo di raggiungimento di obiettivi chiave o servizi di cassa della carriera di personale Inadeguato livello di personale o di adeguata competenza (> 1 gg) Morale del personale basso	Inadeguato livello di personale o di adeguata competenza (> 15 giorni) Presenza di alcune professionalità chiave Morale del personale molto basso	Interruzione di servizi chiave o servizi di cassa della carriera di personale Eccessivo raggiungimento di obiettivi chiave o servizi di cassa della carriera di personale Cattiva gestione delle risorse umane Necessità di un personale supplementare
Cattiva reputazione a mezzo stampa	Indirezioni Potenziale preoccupazione dell'opinione pubblica	Attenzione dei media locali Riduzione della fiducia del pubblico a breve durata Alcune aspettative dell'opinione pubblica non vengono rispettate	Attenzione dei media locali del pubblico a lunga durata Riduzione della fiducia del pubblico a lunga durata	Copertura mediatica nazionale. I casi per servizi (ivi al di sotto di una ragionevole aspettativa)	Loggamento mediatico nazionale. I casi per servizi (ivi al di sotto di una ragionevole aspettativa) Tracce persistenti e difficili da cancellare
Rispetto budget	Storamento sul budget <1%	Storamento sul budget 1-2%	Storamento sul budget 2-5%	Storamento sul budget 5-10%	Storamento sul budget >10%
Impatto ambientale	Minimo o nullo impatto sull'ambiente	Minore impatto sull'ambiente	Moderato impatto sull'ambiente	Storato impatto sull'ambiente	Alto impatto sull'ambiente

### Bibliografia

1. <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/improvingpatientsafety/patient-safety-tools-and-guidance/risk-assessment-guides/risk-matrix-for-risk-managers/>

### Risultati

L'applicazione della matrice del rischio ha permesso di inquadrare una imponente massa di dati sulla base della loro frequenza di accadimento e della severità dei potenziali danni. La categorizzazione in macroaree dei risultati consente inoltre la stesura di report sintetici ma precisi, destinati alla direzione strategica, riportanti le aree critiche su cui focalizzare l'impegno delle risorse e l'attività di monitoraggio.

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



**DOCUMENT FLOW DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PRESSO L'AOU "OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA" SECONDO LA METODOLOGIA DI ANALISI PER PROCESSI**



**L. Polenta\*, L. Incicchitti\*, R. Papa\*, V. Aurelio°, N. Romandini°, F. Luzi\*, C. Martini\*, M. Sebastiani\*, G. Serafini\***

**Direzione Medica Ospedaliera - AOU Ospedali Riuniti di Ancona: \* Dirigenti Medici, °Collaboratore Professionale Sanitario, °°Coordinatore**

**INTRODUZIONE:** Il diritto di accesso alla documentazione sanitaria riveste finalità di interesse pubblico e deve essere garantito nei limiti ed alle condizioni stabilite dalla normativa vigente. L'obiettivo del presente lavoro è quello di dimostrare l'efficacia dell'utilizzo della metodologia di analisi per processi, applicata alla gestione documentale finalizzata alla consegna delle copie delle cartelle cliniche entro i tempi stabiliti dalla Legge n.24 del 8/03/2017.

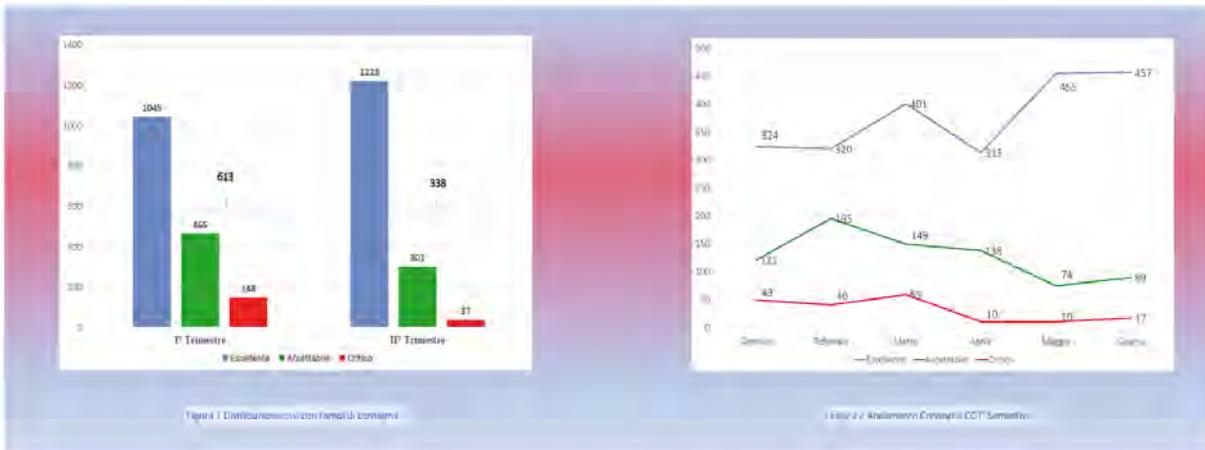
**CONTENUTI:** Nel mese di marzo 2017 la Direzione Medica Ospedaliera dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona ha costituito un Gruppo di Lavoro - coordinato dal Responsabile dell'Ufficio Riproduzione Atti e composto da Operatori di vari uffici della DMO - finalizzato alla valutazione e all'individuazione di strumenti organizzativi volti al superamento delle criticità che possono determinare ritardi nei tempi di consegna delle cartelle cliniche richieste dall'utenza.

E' stato rilevato il numero totale di richieste del 1° trimestre 2017, il numero di casi in cui i tempi di consegna si sono dimostrati eccellenti, i casi in cui i tempi sono stati accettabili e quelli che sono risultati critici.

Analizzando le motivazioni alla base dei ritardi di consegna, oltre alla necessità di migliorare la sistematizzazione delle varie fasi che compongono il document flow si è riscontrato, come maggior punto di debolezza, la scarsa consapevolezza degli operatori di reparto in merito all'importanza degli adempimenti a loro richiesti per garantire il rilascio della documentazione sanitaria entro i tempi stabiliti.

A partire dal 01/04/2017, sono state avviate ed implementate attività che hanno portato alla formalizzazione di dettagliate procedure volte a garantire il rilascio della documentazione entro 7 gg o 30 gg ed è stata altresì individuata una specifica figura afferente alla DMO che ha reso operativo l'intero processo, guidando sistematicamente i reparti nello svolgimento delle attività di loro competenza e verificando il rispetto delle misure organizzative individuate ed assegnate ai vari uffici coinvolti nel suddetto flusso documentale.

I risultati dell'applicazione del nuovo processo organizzativo vengono riportati nella Figura 1. e 2.



**CONCLUSIONI:** Anche se sussiste ancora qualche elemento di criticità dovuto al disallineamento tra le necessità dei coordinatori delle aree di degenza - che rappresentano i principali gestori dell'intero processo nell'ambito dei reparti - e gli adempimenti da questi richiesti alla componente medica, dall'analisi dei risultati è emerso che sia l'applicazione delle nuove procedure, sia il ruolo di facilitazione svolto dal Collaboratore Professionale Sanitario della DMO nel supportare i processi che coinvolgono le diverse strutture (Front Office Cartelle Cliniche, Reparti, Ufficio Riproduzione), hanno determinato uno scostamento positivo dei parametri analizzati.

Nel 2° trimestre 2017 si è infatti riscontrata, rispetto al 1° trimestre 2017, una considerevole riduzione (- 44,8%) dei casi con tempi di consegna accettabili e critici ed un aumento (+ 14,5%) dei casi con tempi di consegna eccellenti.

Questo risultato, oltre ad evidenziare la validità della metodologia di analisi per processi nella gestione di problematiche organizzative che coinvolgono molteplici strutture, ha consentito di migliorare la qualità del servizio offerto dall'organizzazione sanitaria, rinforzando il rapporto di fiducia con l'utenza.



## IMPLEMENTAZIONE DELLA COPERTURA VACCINALE NEGLI OPERATORI SANITARI

Sansonì D.\* , Draghi E.\*\* , Di Tondo E. \*\*, Brighenti A. \*\*\*, Benigni V.\*\*\*, Sacchi G. ° , Fiacchini D.\*\* , Mazzocanti M.R. \*\*, Bevilacqua G.\*°, Storti N.^

\*Medico di Direzione Medica Ospedaliera ASUR AV5, ^Direttore Sanitario ASUR, \*\*Dirigente Medico Igienista ASUR, \*\*\*Medico in formazione Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche, °Dirigente Servizio Prevenzione e Protezione ASUR AV2, \*°Medico competente ASUR AV2

PAROLE CHIAVE : Sicurezza in Ospedale , Vaccinazioni, Operatori sanitari

### INTRODUZIONE

Nel PNPV 2017-2019 è esplicitato come obiettivo il sostegno del senso di responsabilità degli operatori sanitari e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva che si realizzano attraverso i programmi vaccinali. In particolare ribadisce quanto per gli operatori sanitari un adeguato intervento di immunizzazione è fondamentale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni, nello specifico: anti-epatite B, anti-influenzale, anti-morbillo, parotite, rosolia (MPR), anti-varicella, anti-pertosse. Lo stesso documento rimarca inoltre quanto l'immunizzazione attiva rivesta un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore ma anche di garanzia nei confronti dei pazienti. D'altro canto, con predilezione all'ambito di tutela del lavoratore, il testo unico D.L. n. 81/2008 all'art. 279 riporta come necessaria la sorveglianza sanitaria qualora l'esito della valutazione del rischio ne rilevi la necessità, e come il datore di lavoro debba adottare misure protettive particolari, su conforme parere del medico competente, fra cui la disposizione di vaccini efficaci per coloro che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione.

### CONTENUTI

L'ASUR Marche ha convocato lo scorso agosto un team multidisciplinare di esperti composto da medici igienisti, farmacisti, tecnici della prevenzione, e medici competenti. Sono stati individuati quindi tre sottogruppi in accordo alle specifiche competenze.

Le Direzioni Mediche di Presidio si sono focalizzate sulla facilitazione dei percorsi di offerta delle vaccinazioni raccomandate agli operatori sanitari nell'ottica di implementare la sinergia con il medico competente e i Servizi di Sanità Pubblica.

I medici competenti e i tecnici della prevenzione si sono occupati della redazione di un documento di valutazione del rischio, in ottemperanza del D.L. n.81/2008 art. 28, e i cui contenuti principali sono derivati uniformando ed aggiornando quelli presenti nelle 5 Aree Vaste. La valutazione è stata redatta con particolare riguardo alla valutazione del rischio biologico con la finalità di migliorare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori e promuovere il ricorso alle vaccinazioni in tutti i casi raccomandati. In base ai risultati di tale valutazione è stato introdotto il criterio di non idoneità alla mansione per gli operatori dedicati all'assistenza in Unità Operative che presentano soglie di rischio molto elevate, relativamente alla non immunizzazione, da comprovare con adeguata certificazione o dosaggio anticorpale, per le profilassi raccomandate alla categoria nel PNPV.

Un gruppo infine composto da professionalità esperte di formazione e comunicazione ha prodotto un core di strategie e di obiettivi sia formativi che informativi relativamente alle pratiche di immunizzazione da estendere a tutti i dipendenti aziendali.

### CONCLUSIONI

La Direzione ASUR ha adottato formalmente il documento prodotto dal gruppo di lavoro implementandone l'applicazione anche attraverso l'introduzione degli obiettivi prefissati tra gli obiettivi di budget delle Direzioni di Area Vasta e degli operatori coinvolti: Direzioni Mediche di Presidio, Servizio Prevenzione e Protezione, Medici Competenti e Servizio Professioni Sanitarie. Con tale documento si introduce a tutti gli effetti l'obbligatorietà all'immunizzazione per le profilassi raccomandate dal PNPV agli operatori sanitari che prestano assistenza presso Unità Operative ad alto rischio in un'ottica di tutela del lavoratore ma soprattutto degli assistiti.

43° Congresso Nazionale  
Firenze 25-27 ottobre





# IL METODO RAND-DELPHI COME STRUMENTO DI EVIDENCE BASED MEDICINE (EBM) PER LA CONDIVISIONE E L'IMPLEMENTAZIONE DELLE BEST PRACTICE NEI PDTA



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

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

<sup>2</sup> SO Direzione Medica Ospedaliera - Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona

<sup>3</sup> Dipartimento di Scienze Radiologiche - Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona

## INTRODUZIONE

I PDTA rappresentano uno strumento fondamentale per la gestione di patologie complesse all'interno dei vari setting sanitari. Essi essenzialmente traducono le evidenze scientifiche contenute nelle Linee Guida e calibrate in base all'esperienza dei professionisti in percorsi standardizzati e contestualizzati.

Un punto critico ma cruciale delle fasi iniziali di implementazione di un PDTA è l'individuazione e la selezione delle raccomandazioni condivise dal gruppo multidisciplinare, come fondamenta su cui strutturare le attività alla base del percorso.

L'obiettivo di questo lavoro è pertanto quello di descrivere la metodologia utilizzata nella fase di raccolta e sintesi delle evidenze scientifiche durante la realizzazione del PDTA del paziente affetto da tumore della prostata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, secondo il metodo RAND/Delphi (UCLA).

## CONTENUTI

Il panel multidisciplinare e multi professionale ha proceduto all'individuazione delle linee guida da cui sono state estratte 314 best practice: 166 da *EAU GLs on Prostate Cancer*, 36 da *LG AIOM Carcinoma della Prostatae* 113 da *NICE - Prostate Cancer: diagnosis and management*, classificate poi in 15 categorie. Poiché i PDTA sono uno strumento di miglioramento dei servizi assistenziali e monitoraggio delle performance, è necessario che la loro implementazione sia basata su modalità di condivisione standardizzate e rigorose da parte degli esperti e quindi il metodo Rand-Delphi è stato anche utilizzato per definire la concordanza di opinione (sia essa positiva o negativa) tra i professionisti coinvolti nella selezione delle raccomandazioni rilevanti. Queste sono state 219 (70%); delle 95 incerte, 50 (52%) sono risultate rilevanti dopo un'ulteriore valutazione e quindi inserite nel documento portando il numero delle raccomandazioni totali individuate a 269.

## CONCLUSIONI

I risultati raggiunti, sia in termini di efficienza che di contenuti condivisi, dimostrano la piena applicabilità, nel percorso di realizzazione dei PDTA, del metodo RAND/Delphi, come efficace strumento della concreta integrazione tra i professionisti.

In particolare, tale metodo risulta indispensabile per la selezione e condivisione delle buone pratiche costituenti la base di un approccio evidence based oriented.

Categorie di Raccomandazioni	Rilevanti			Incerte	
	n	n	%	n	%
<b>Prevenzione</b>	1	0	0	1	100
<b>Informazioni e supporto decisionale</b>	28	24	86	4	14
<b>Diagnosi</b>	57	43	75	14	25
<b>Trattamento - Sorveglianza attiva</b>	21	19	90	2	10
<b>Trattamento - Prostatectomia radicale</b>	36	29	81	7	19
<b>Trattamento - Radioterapia</b>	19	12	63	7	37
<b>Trattamento - Terapia ormonale</b>	30	11	37	19	63
<b>Trattamento - Chemioterapia</b>	10	1	10	9	90
<b>Trattamento - Crioterapia</b>	2	1	50	1	50
<b>Trattamento - Castrazione</b>	6	5	83	1	17
<b>Trattamento - Terapie integrate</b>	16	10	62	6	38
<b>Trattamento - Escissione linfonodale</b>	8	7	87	1	13
<b>Effetti collaterali</b>	38	26	68	12	32
<b>Follow Up</b>	33	24	73	9	27
<b>Altro</b>	9	7	78	2	22
<b>Totale</b>	314	219	70	95	30

Tabella 1. Suddivisione delle raccomandazioni per categorie





## La riorganizzazione della specialistica ambulatoriale nell'Azienda USL Toscana Centro



Sinisgalli E<sup>1</sup>, Bellagambi G<sup>2</sup>, Indiani L<sup>3</sup>, Guarducci S<sup>4</sup>, Capanni C<sup>5</sup>, Gori E<sup>6</sup>

1 Medico specializzando Staff della Direzione Sanitaria Aziendale, AUSL Toscana Centro, 2 Direttore SOS Gestione privato accreditato e liste di attesa, AUSL Toscana Centro  
3 MedicoSoc Continuità Ospedale Territorio e pianificazione post acuzie AUSL Toscana Centro, 4 Medico Staff della Direzione Sanitaria Aziendale, AUSL Toscana Centro  
5 Direttore area Programmazione e controllo attività sanitarie, AUSL Toscana Centro, 6 Commissario AUSL Toscana Centro

### Introduzione

La delibera della Regione Toscana 1080/2016 ha stabilito nuove modalità di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: l'offerta complessiva, pubblica e convenzionata, deve essere distinta tra primo accesso e controlli successivi, la prenotazione dei controlli deve avvenire al momento della prescrizione, i tempi di attesa massimi per le prestazioni di primo accesso e esami strumentali in base vengono ridefiniti in base a criteri di priorità prescrittivi e per alcune devono essere garantiti a livello di zona distretto.

L'Azienda USL Toscana Centro ha iniziato una riorganizzazione dell'erogazione e della prescrizione della specialistica ambulatoriale che ha coinvolto la Direzione Sanitaria e i principali dipartimenti clinici eroganti e prescriventi.



TIPOLOGIA PROGETTO	DESCRIZIONE	GEN 2017	FEB 2017	MAR 2017	APR 2017	MAG 2017	TOTALE
<b>Progetto Fast Track Cardiologico Totale</b>		92	158	198	135	164	747
Progetto Fast Track Cardiologico	CONSULENZA CARDIOLOGICA	92	158	198	135	164	747
<b>Progetto Fast Track Vascolare Totale</b>		113	105	138	92	158	606
Progetto Fast Track Vascolare	ECO(COLOR)DOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI	95	89	106	81	134	505
Progetto Fast Track Vascolare	ECO(COLOR)DOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI	12	9	18	4	14	57
Progetto Fast Track Vascolare	ECO(COLOR)DOPPLER TRONCHI SOVRAARTERIALI	6	5	10	5	8	34
Progetto Fast Track Vascolare	ECO(COLOR)DOPPLER VENOSO ARTI SUPERIORI (A RIPOSO)		2	4	2	2	10
<b>Progetto Fast Track Reumatologico Totale</b>		20	20	25	24	34	123
Progetto Fast Track Reumatologico	VISITA REUMATOLOGICA	20	20	25	24	34	123
<b>Progetto Fast Track Odontoiatrico Totale</b>		0	0	2	0	2	4
Progetto Fast Track Odontoiatrico	TRATT. IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE			2		2	4
<b>Progetto Fast Track Otorino Totale</b>		0	4	14	6	13	37
Progetto Fast Track Otorino	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA		4	14	6	13	37

Tab. 1 Monitoraggio utilizzo di percorsi di "Fast Track"

### Risultati

Sono state individuate azioni rapide da attivare in caso di eccessive attese e una presa in carico al CUP che propone la prestazione in tempi brevi in altra sede, se accettata dall'utente. Sono attivi vari percorsi di fast track, il cui monitoraggio serve a calibrare l'offerta sulle varie sedi zonali, e a valutare l'appropriatezza di invio. A livello zonale è in atto un progressivo livellamento dell'offerta con il bisogno, quantificato dalla prescrizione elettronica della medicina generale e non solo dalla domanda espressa, coinvolgendo gli erogatori convenzionati. L'offerta del privato accreditato si integra nella programmazione aziendale, i nuovi contratti prevedono criteri di flessibilità del mix di prestazioni offerte in base alle attese rilevate nel corso della durata del contratto. Il piano è stato condiviso dalla Medicina Generale, che sta definendo i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni con gli specialisti di riferimento. L'elenco delle prestazioni richiedibili in urgenza dai mmg è stato progressivamente esteso ed è ora attivo su tutta l'Azienda. Il lavoro è complesso e ancora in fase preliminare, la prossima unificazione dei sistemi CUP faciliterà il lavoro di riorganizzazione delle agende e monitoraggio delle attese.

### Materiali e metodi

**Materiali e metodi:** L'Azienda ha presentato alla regione un piano operativo che comprende una serie di azioni tra cui: rimodulazione dell'offerta, revisione delle agende, monitoraggio, azioni correttive. È stato istituito un triplice monitoraggio dei tempi di attesa per valutare le attese da molteplici punti di vista e a livello di zona. È in corso la riorganizzazione delle agende CUP secondo i nuovi criteri: apertura annuale a scorrimento giornaliero. D'accordo con i dipartimenti, si è suddiviso le prestazioni di primo accesso in urgenze e fast track (percorso prioritari per rispondere a quadri patologici specifici) e di secondo accesso (PDTA e pacchetti per la Sanità d'Iniziativa). Anche la Medicina Generale, che rappresenta circa il 98% della prescrizione, ha aderito al piano operativo integrando le sue proposte (day service, criteri di priorità).

### Azioni correttive rapide individuate

- Produttività aggiuntiva
- Aumento orario spec. Ambulatoriali
- Acquisto dal privato
- Contratti LP

43° Congresso nazionale ANMDO 25-27 ottobre 2017 Firenze

**METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO “LEGIONELLOSI” NEL PO DI PIACENZA, SPERIMENTAZIONE AUSL PC**

V.Trabacchi<sup>1</sup>, F.Federici<sup>2</sup>, G.Delfanti<sup>3</sup>, G.Pedrazzini<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dirigente Medico, UO Direzione Medica di Presidio Unico Ospedaliero AUSL Piacenza

<sup>2</sup>Direttore UO Igiene Ospedaliere AUSL Piacenza

<sup>3</sup>Direttore Medico Dipartimento di Presidio Unico AUSL Piacenza

<sup>4</sup>Direttore Sanitario Aziendale AUSL Piacenza



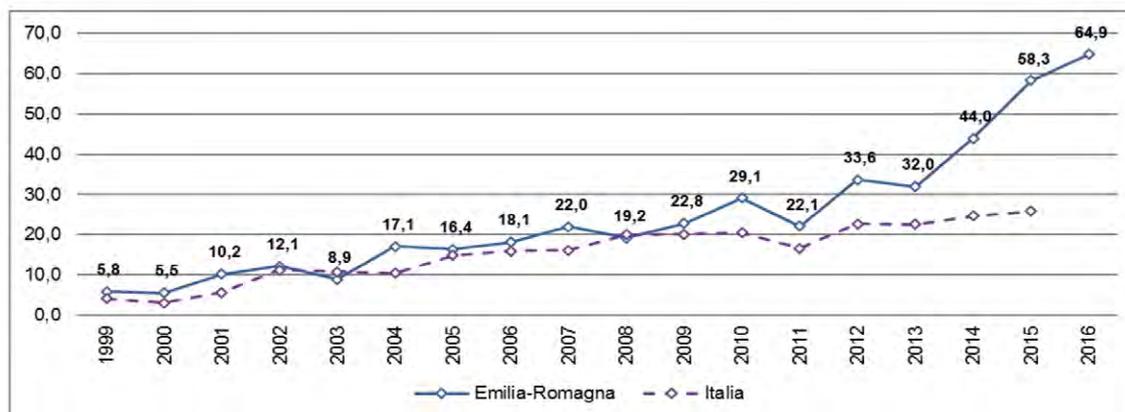
PAROLE CHIAVE: Legionella, Rischio, Assessment

**INTRODUZIONE**

La “Legionellosi” ha avuto un incremento del numero dei casi, particolarmente evidente nella Regione Emilia-Romagna da un’incidenza di circa 6 casi nel 1999 a un valore superiore a 64 casi nel 2016 per 1.000.000 abitanti.

Tale Incremento dovuto a una maggior: sensibilità diagnostica; suscettibilità della popolazione; diffusione di *Legionella* nell’ambiente; utilizzo di pratiche sanitarie a rischio; combinazione dei fattori citati ha fatto sì che le LG Nazionali e Regionali indicassero l’obiettivo di: contenimento del rischio, riduzione del numero di casi, evidenza preventiva di situazioni critiche attraverso l’analisi periodica dei fattori di rischio clinici, ambientali e strutturali.

Il Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (Direzione Medica di Presidio,U.O. Rischio Infettivo, SPP Aziendale, DSP e Area Tecnica) dell’AUSL di Piacenza ha elaborato, coerentemente con la DGR 1115/08, il “Programma di controllo della legionellosi” e sperimentato dal 2014 al 2016 una metodologia di valutazione del rischio.



**CONTENUTI**

La Metodologia adottata è il sistema a matrice di valutazione dei rischi, per la quantificazione del rischio residuo, utile per stabilire una priorità rispetto al piano di adeguamento degli interventi da realizzare. Il principio:  $R = (P \times D)/K$ ; I, P, D e K sono declinati ognuno in 4 livelli. In base alla relazione  $R = (P \times D)/K$  è possibile ottenere il valore della stima del Rischio R. Il livello di Rischio R identifica una priorità nelle azioni atte a ridurne il valore.

I Fattori di rischio ed i pesi considerati sono stati desunti, seppur in parte adattati alla realtà dell’AUSL PC, dal documento del Gruppo di Lavoro Regionale Legionellosi (prot. n. PG/2013/304501). Questi riguardano fattori impiantistici-ambientali e sanitari. I valori sanitari sono stati riparametrizzati trasformandoli in valori percentuali ed utilizzati per incrementare il livello di probabilità P legato ad aspetti impiantistici. In base alla relazione a matrice si è ottenuto per ogni struttura e reparto il valore della stima del Rischio R ed il relativo livello di rischio, con la suddivisione delle aree assistenziali in Reparti A RISCHIO MOLTO ELEVATO, A RISCHIO AUMENTATO, ALTRI REPARTI. In base alla tipologia di pazienti l’AUSL PC ha definito i seguenti obiettivi:

Tabella 1. Tipologia pazienti\_Obiettivi

TIPOLOGIA DI PAZIENTI	OBIETTIVI
Pazienti a rischio molto elevato	Assenza di colonizzazione da Legionella negli impianti di trattamento dell’aria e assenza di Legionella (non rilevabile in relazione al metodo analitico utilizzato e comunque sempre <100 UFC/L) negli impianti idrici
Pazienti a rischio aumentato	Concentrazione di Legionella negli impianti idrici e aeraulici ≤ 1.000 UFC/L
Parto in acqua	Assenza di Legionella (non rilevabile in relazione al metodo analitico utilizzato e comunque sempre <100 UFC/L) negli impianti idrici
Altri reparti	Concentrazione di Legionella negli impianti idrici e aeraulici ≤ 1.000 UFC/L

**CONCLUSIONI**

La stima del Rischio, aggiornata annualmente e ad ogni modifica strutturale/impiantistica e/o variazioni epidemiologiche, ha aumentato la consapevolezza degli operatori coinvolti.



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

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

## LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SOCIALE: UNA PROPOSTA PER DELINEARE MODALITÀ OMOGENEE DI ASSESSMENT

A. Triarico\*, S. Galetta\*\*, S. Fusco\*\*\*, P. Zambon\*\*\*\*, D. Rocca\*\*\*\*\*, A. Carducci\*\*\*\*\*, V. Frontuto\*\*\*\*\*

\*Direttore Medico, P.O. di Busto Arsizio; \*\*Assistente Sociale, P.O. di Busto Arsizio; \*\*\*Assistente Sociale, P.O. di Gallarate; \*\*\*\*Assistente Sociale, P.O. di Saronno; \*\*\*\*\*Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia; \*\*\*\*\* Direttore SITRA A.S.S.T. Valle Olona

### INTRODUZIONE

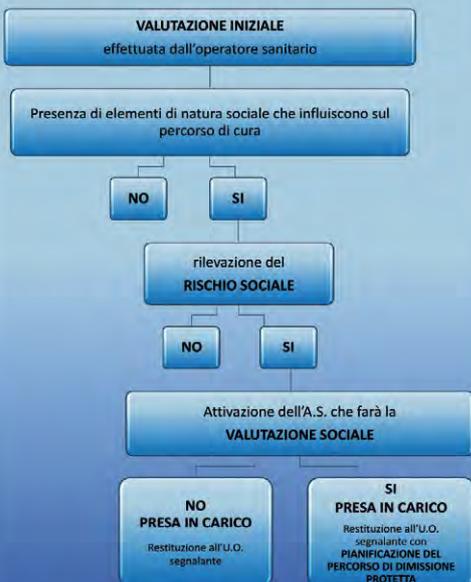
Negli ultimi anni, con l'emergere di bisogni sempre più complessi, l'assessment del paziente fragile e a rischio sociale, per il personale ospedaliero risulta essere di difficile gestione. Si è osservato, infatti, che all'interno dello stesso Presidio Ospedaliero (P.O.) emerge un'eterogeneità di valutazione del paziente tra le diverse Unità Operative (U.U.O.). Si è riscontrato altresì che spesso vengono effettuate segnalazioni di rischio sociale inappropriate o, al contrario, altre situazioni, benché meritevoli, non vengono segnalate. Tutto ciò comporta ricoveri impropri, prolungamento dei tempi di degenza e mancato rispetto delle procedure di dimissione protetta. In risposta a tale problematica ed in linea con le Direttive Regionali, i P.P.OO. dell'ASST Valle Olona hanno elaborato 2 strumenti di assessment: la Griglia di Rilevazione del Rischio Sociale e la scheda di Valutazione Sociale.

### CONTENUTI

Nel mese di aprile 2017 è stato costituito un gruppo di lavoro composto dalle Assistenti Sociali dei P.P.OO. dell'ASST Valle Olona finalizzato alla rielaborazione della Griglia di Rilevazione del Rischio Sociale (sulla base del modello proposto da Regione Lombardia) e alla creazione della scheda di Valutazione Sociale.

Si prevede che il primo strumento venga compilato dall'Operatore Sanitario (O.S.) che effettua la valutazione iniziale del paziente. Se dalla Griglia di Rilevazione del Rischio Sociale risultassero positivi almeno 2 item (rispettivamente 1 nell'area "Grado di Autonomia" e 1 nell'area "Sostegno Familiare"), o si verificasse una delle condizioni tutelate da "Obbligo di Legge", l'O.S. dovrà richiedere l'attivazione da parte dell'Assistente Sociale (A.S.) entro 72h.

L'A.S., ricevuta la segnalazione, effettuerà la valutazione sociale e compilerà la seconda scheda. All'interno di questa saranno riportate tutte le informazioni utili a comprendere il reale stato di bisogno del paziente al fine ulteriore di valutarne l'eventuale presa in carico. Il passaggio conclusivo prevede la restituzione all'U.O. segnalante di quanto rilevato affinché venga pianificato un percorso di dimissione condiviso, ragionato e tutelante.



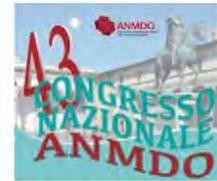
### CONCLUSIONI

Nel mese di ottobre 2017 verrà avviata una fase di sperimentazione, della durata di 2 mesi, con lo scopo di verificare l'efficacia del progetto e di valutarne eventuali modifiche.

Tale modalità operativa proposta, grazie all'omogenea valutazione del paziente, favorirà una maggiore integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, una continuità assistenziale basata sulle reali necessità del paziente e una riduzione dei tempi di dimissione del soggetto ad alto rischio sociale.



# Direzione Sanitaria e Dipartimento Diagnostico al Mauriziano 2016-2017: un'armoniosa sinfonia



Arianna Vitale\*, Stefano Cirillo\*\*, Alberto Casella°, Andrea Bo^, Daniela Teodori°°, Roberto Arione^^, Silvio Falco\*\*\*

Dirigente Medico SC Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero\*, Direttore di Dipartimento Diagnostico\*\*  
 Direttore SC GORU°, Responsabile SS Controllo di Gestione^, Referente Obiettivi aziendali, SC GORU°°  
 Direttore Sanitario^^, Direttore Generale\*\*\*  
 A.O. Ordine Mauriziano di Torino

## Parole chiave

Obiettivi aziendali, dipartimento diagnostico, sostenibilità

## Introduzione

Nel biennio 2016-2017 la Direzione Generale dell'AO Ordine Mauriziano ha incaricato la Direzione Sanitaria (DS) di monitorare il raggiungimento degli obiettivi aziendali da parte dei 4 Dipartimenti dell'ospedale: il Dipartimento Diagnostico (DD) (SSCC Radiodiagnostica, Farmacia, Radioterapia, Medicina Nucleare, Laboratorio Analisi, Fisica Sanitaria, Anatomia Patologica), rappresenta l'insieme dei servizi trasversali dell'ospedale. Gli obiettivi del DD sono:  
 1) clinico organizzativo  
 1 a - obiettivi clinici derivanti da disposizioni regionali (DGR n.30-3307 del 16/05/2016 "Assegnazione obiettivi economico gestionali di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali della AASSRR"), come riorganizzazione della rete dei laboratori analisi, elaborazione e implementazione del POTA di Rete Oncologica, appropriatezza prescrittiva farmaceutica, rientro in azienda dell'attività libero professionale allargata  
 1 b - obiettivi clinici organizzativi proposti dalle SSCC, quale ottimizzazione Turn Around Time  
 2) obiettivi economici (costi-produzione/pareggio di bilancio).



## Contenuti

Nell'ambito della gestione del DD il Dirigente Medico di DS referente per il dipartimento e il Direttore dello stesso hanno concordato un cronoprogramma di incontri dipartimentali trimestrali, per monitorare il cruscotto aziendale di produzione (dati inseriti e validati dal controllo di gestione CG) e per valutare gli obiettivi assegnati alle SSCC del DD.  
 Nelle riunioni sono state evidenziate eventuali criticità sul raggiungimento degli obiettivi e sviluppate strategie di miglioramento/possibili soluzioni. La DS ha provveduto a:  
 - facilitare il superamento degli ostacoli organizzativi (integrazione/ottimizzazione risorse umane)  
 - supportare il DD nella scelta delle azioni prioritarie da implementare per raggiungere gli obiettivi (progetto dipartimentale di rientro ALPI allargata)  
 - elaborare il report di monitoraggio/valutazione degli obiettivi clinico organizzativi 2016, concordandolo con il Direttore del DD  
 - trasmettere -al referente aziendale obiettivi SC GORU- il report, per sottoporlo all'approvazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione  
 - contribuire al sviluppo ed elaborazione di obiettivi sostenibili proposti dal DD per il 2017, misurabili (dati effettivamente disponibili sul cruscotto aziendale nel database gestiti dal CG) e rilevanti (nel rispetto della mission aziendale, degli obiettivi del DG, recepiti da delibera aziendale).

## Conclusioni

La DS ha implementato un'idea innovativa: promuovere la sinergia tra DD e strutture che elaborano i dati di produzione (CG) e che valutano e assegnano gli obiettivi (GORU), portandoli ad un tavolo unico di discussione e di operatività.  
 E' stato avviato il dialogo e l'integrazione del DD con CG e GORU e -dopo questa esperienza- è stato dimostrato che, per definire obiettivi sostenibili, è necessario che tutte le SSCC coinvolte nel processo di definizione degli obiettivi dialoghino tra di loro, con il coordinamento della DS.  
 Dopo la lettura condivisa dei dati della reportistica aziendale, sono state introdotte nel cruscotto alcune modifiche che ne hanno facilitato l'interpretabilità e ne hanno aumentato la completezza.  
 L'armoniosa sinfonia che è scaturita da questa sinergia ha portato il DD al raggiungimento degli obiettivi, sotto la direzione del Direttore del DD. Il ruolo della DS è stato invece quello di diapason con il quale si sono "accordati" i diversi "strumenti", cioè le Strutture complesse, dell'orchestra dipartimentale.

## Report Obiettivi 2016 e 2017

Obiettivo	Indicatore	Attuale	Attività propedeutica al raggiungimento dell'obiettivo	SC capofila	Report SC (S/N/O)	Valutazione DS 2016	Note DS	PROSPETTIVE 2017
Optimizzazione del tempo intercorrente tra il momento del prelievo e l'installazione del risultato da parte del richiedente (turn around time - TAT)	Risposta fra TAT anno precedente e anno in corso	Diminuzione del TAT	Monitoraggio TAT e raccolta dati in formati CC, Laboratorio Analisi e SC Anatomia Patologica) e da tempo (CG), con relativo confronto	SC Anatomia patologica e SC Laboratorio Analisi	SI	Obiettivo raggiunto		Per il 2016 si considerano dati estivi da Lab Analisi e da tempo per il 2017 si sono proposti la stessa obiettivo con stesso miglioramento del valore TAT e l'implementazione software di monitoraggio della risposta
DGR n.3-2485 del 26/11/2015 "Riduzione della carenza di personale del centro diagnostico del servizio di diagnostica oncologica (servizio) e regione ASL - Centro Hub Rete Oncologica Piemonte e VDA"	Presenza di POTA per le singole patologie tumorali e in POTA delimitati firmati da tutti i componenti del DIC della rete POTA da elaborare	Presenza di un POTA approvato per DIC (Gruppo Interdisciplinare di cura) e per ogni patologia di riferimento	Classifica SC partecipa per la parte di competenza alla Rete Oncologica e partecipa il proprio apporto per la corretta applicazione di quanto previsto nella DGR La DGR concordata l'elaborazione del POTA e relativo bilancio	Tutte SSCC del DD	SI	SSCC hanno partecipato alla stesura e alla implementazione del POTA interdisciplinare e sostenibili come previsto dalla Rete Oncologica 2016		Per il 2017 le SSCC del DD proseguiranno nell'elaborazione/aggiornamento degli altri POTA oncologici interdisciplinari
Progetto di riorganizzazione delle aree ambulatoriali finalizzato al rientro della ALPI allargata a post fisore strutturati, coordinati dalla DSPO	Esistenza documentale del progetto	Verifica e approvazione del progetto da parte della Commissione paritetica LP	Questo Dipartimento propone un progetto di riorganizzazione delle aree ambulatoriali finalizzato al rientro della ALPI allargata a post fisore strutturati	SC Radiodiagnostica	NO	Il DD ha inviato alla DS Progetto di rientro ALPI allargata in data 20/09/2016, a cura del Dirigente Medico DSPO referenziato per SO-Obiettivo raggiunto		Nel 2017 si monitorerà l'andamento della attività prevista nel progetto
Obiettivi Generali dell'azienda farmaceutica territoriale ed ospedaliera - appropriatezza prescrizione e riduzione della variabilità - DGR 30-3307 16/05/2016 "Farmacia CC"	1) Fattori simulazione colonie ISSAAC/forale ISSAA 2) Strati preventivi antimicrobici-SPD 303000/Torino, ISSAA 3) indicatori Therapi IMAB2/forale IMAB 3) esami specializzati reperibili nel laboratorio di riferimento hub (esami specializzati da consegnare nei laboratori di riferimento)	1) ISSAAC/forale ISSAA-95% 2) ISSAAC/forale ISSAA-90% 3) 303000/Torino ISSAA-95%	Monitoraggio consumi aziendali da parte di FO	SC Farmacia Ospedaliera	SI	Obiettivo raggiunto		Prosegue nel 2017
DGR n.3-2485 del 26/11/2015 "Riorganizzazione e razionalizzazione della Rete dei Laboratori analisi, come indicazione della AASSRR per il consolidamento delle analisi ad elevata automazione" - DGR 30-3307 16/05/2016 Obiettivo DS	1) esami specializzati reperibili nel laboratorio di riferimento 2) Pubblicazione bando di gara di area sovrascale per sistemi di automazione	1)DSI esami specializzati concentrati nella hub di riferimento 2) Bando di gara avvisata	Avvio del processo di concentrazione degli esami per come progettati e finanziati da AASSRR di area Torino Ovest	SC Laboratorio Analisi	SI	Obiettivo raggiunto		Prosegue nel 2017, secondo le indicazioni regionali
			Elaborazione capitolato di gara e delibera gara	SC Laboratorio Analisi	SI	Obiettivo raggiunto		Prosegue nel 2017, secondo le indicazioni regionali





## SUPER S.HO.W.: La Sicurezza prima di tutto

IN.CAS. S.r.l., dopo il grande successo di S.HO.W., presenta la seconda generazione dell'aspiratore a circuito chiuso per grandi volumi di liquidi biologici: SUPER S.HO.W. pensato specificamente per: Sale operatorie di Urologia, Ortopedia e per tutte le Terapie Intensive.

SUPER S.HO.W. è protetto in tutte le sue parti esposte con un innovativa pellicola antibatterica in PVC agli ioni d'argento per la riduzione delle cross-contamination che riduce il livello di contaminazione batterica del 99,9%.

SUPER S.HO.W. porta i seguenti benefici alla struttura sanitaria:

- 1) Riduzione delle cross-contamination - Con l'abbattimento della carica batterica sulla superficie esterna
- 2) Maggiore sicurezza per gli operatori - Con il sistema a circuito chiuso
- 2) Riduzione dei costi per le strutture sanitarie - Con la riduzione dei rifiuti speciali
- 3) Migliore qualità del lavoro per il personale - Con l'eliminazione delle manovre a rischio e il sollevamento dei carichi
- 4) Ottimizzazione gestione delle risorse umane - Con il tempo risparmiato durante le procedure

[www.incas-show.com](http://www.incas-show.com)



## Le sale operatorie in ISO 7 presentano cariche batteriche fino a 100 volte più alte



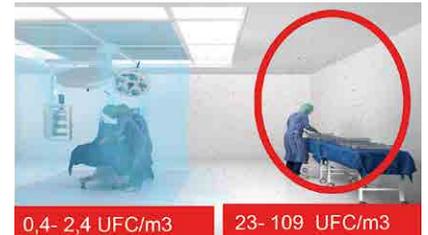
63,5 - 381 UFC/m<sup>3</sup>

Sala operatoria ISO 7 tradizionale



0,2- 0,52 UFC/m<sup>3</sup>

Sala operatoria ISO 5 con flusso laminare focalizzato



0,4- 2,4 UFC/m<sup>3</sup>

23- 109 UFC/m<sup>3</sup>

Sala operatoria con flusso laminare focalizzato

La resistenza agli antibiotici è un problema allarmante, potenzialmente drammatico, perché cominciamo ad avere situazioni in cui i pazienti sono resistenti a quasi tutti gli antibiotici e questo vuol dire non avere più strumenti per curarli. Ciò rende sempre più difficile e costoso trattare con successo le infezioni batteriche. La resistenza contro gli antibiotici rende ancora più importante l'igiene in ambito chirurgico. Minimizzare il numero di batteri nella ferita e sugli strumenti chirurgici potrebbe essere uno dei pochi strumenti che rimangono nella lotta contro i batteri. L'aria filtrata tramite i sistemi di aerazione tradizionali viene dapprima spinta verso il pavimento e dopo distribuita in modo omogeneo in tutta la sala operatoria. Il pavimento della sala operatoria è sempre contaminato. In questo modo i batteri possono essere trasmessi al paziente tramite gli strumenti e la ferita chirurgica. La carica batterica è fino a 100 volte più alta di una sala operatoria in classe ISO 5. Le sale operatorie in ISO 7 sono permesse solo per interventi chirurgici senza impianto di protesi e per la chirurgia a bassa invasività. Con il sistema del flusso laminare focalizzato l'aria, filtrata attraverso filtri Hepa privi di organismi, è indirizzata innanzitutto verso gli strumenti chirurgici. Successivamente viene distribuita

in tutta la sala operatoria, in questo modo si protegge proprio la zona critica della sala operatoria, cioè gli strumenti e il campo operatorio. Grazie a questo sistema la carica batterica sugli strumenti ed il campo operatorio viene abbattuta del 95% rispetto ai sistemi di aerazione tradizionali. Problema: la maggior parte degli strumenti, anche in una sala operatoria più moderna ISO 5, è già contaminata prima dell'intervento perché la preparazione degli strumenti avviene quasi sempre fuori della zona sterile. In questo modo gli strumenti hanno già perso la sterilità prima del loro utilizzo. Quando un paziente viene operato si suppone la sterilità assoluta degli strumenti e del materiale di sala operatoria per evitare complicanze e infezioni. Diversi studi tedeschi hanno esaminato la carica batterica sugli strumenti durante interventi di protesi in diverse sale operatorie (1,2). La carica batterica è stata misurata con oltre 300 piastre di sedimentazione sugli strumenti, posizionate sotto e al di fuori delle zone di protezione, in sale operatorie ISO 5, in sale operatorie ISO 7 e con un tavolo portaferreri Toul predisposto con un flusso laminare a filtri Hepa incorporati. La carica batterica è stata misurata dopo 60 minuti dall'intervento.

[www.normeditec.com](http://www.normeditec.com)

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



**Bologna**  
Fiere

[www.exposanita.it](http://www.exposanita.it)

Progetto e direzione

**senaf**  
MESTIERE FIERE

Gruppo **tecniche nuove**

**VI ASPETTIAMO!**  
**SIAMO AL PADIGLIONE 20 - STAND B54**



# SUPER S.HO.W.

**SAFETY HOSPITAL WORK**

**Aspiratore a circuito chiuso  
per grandi volumi di liquidi biologici**

**LA SICUREZZA PRIMA DI TUTTO**  
**SUPER S.HO.W. è protetto con  
la pellicola antibatterica agli ioni d'argento**

**Sale Operatorie  
per interventi in**

- **Urologia** - T.U.R.P., T.U.R.V., P.C.N.L.
- **Ortopedia** - Artroscopia spalla, anca, ginocchio

**Reparti**

- **Terapie Intensive** - C.V.V.H. per svuotamento sacche



**RIDUZIONE CROSS-CONTAMINATION**

**MAGGIORE SICUREZZA**

**RIDUZIONE DEI COSTI**

**MINORE CARICO DI LAVORO**

**OTTIMIZZAZIONE DEL PERSONALE**



**IN.CAS. S.r.l. - INNOVAZIONI CASAMICHELE**  
Via Staffali, 40/A - 37062 Dossobuono (VR) - Italy  
Tel. +39 045.8601267 - Fax +39 045.8601090  
[www.incas-srl.com](http://www.incas-srl.com) - [www.incas-show.com](http://www.incas-show.com) - [info@incas-srl.com](mailto:info@incas-srl.com)