

2 Aprile-Giugno 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**

**Il technology transfer bio-
medico negli istituti di ricovero
e cura a carattere scientifico**

**Il trasferimento nel nuovo
Ospedale di Biella e prima
valutazione di impatto
gestionale a 3 anni
dall'apertura**

**Istituto Scientifico Romagnolo
per lo Studio e la Cura dei
Tumori (IRST) Istituto di
ricovero e cura a carattere
scientifico (Ircs)**

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

ORIZZONTI





ISTITUTO DI
VIGILANZA

SOLUZIONI PER LA SICUREZZA

Con oltre 40 anni d'esperienza, noi di Coopservice offriamo soluzioni avanzate per la sicurezza a tutela dei beni e delle attività dei nostri clienti dai rischi di intrusione, furto, rapina, incendio e guasti agli impianti tecnologici.

Un'elevata qualità dei servizi che nasce dall'integrazione delle più moderne e raffinate tecnologie con la professionalità e l'esperienza delle oltre 2000 guardie giurate dei nostri Istituti di Vigilanza.



vigilanza con presidio, antirapina, anticaccheggio • vigilanza ispettiva, gestione allarmi e pronto intervento • televigilanza, videosorveglianza, telecontrollo impianti tecnologici • trasporto, scorta e custodia valori • sicurezza complementare aeroportuale, portuale, bordo treno

VIGILANZA E SICUREZZA IN TUTTA ITALIA

**COOPSERVICE È PRESENTE CON SEDI OPERATIVE IN 21 PROVINCE
E IN TUTTA ITALIA ATTRAVERSO IL PROPRIO NETWORK**

Reggio Emilia • Parma • Modena • Bologna • Ferrara • Ravenna • Forlì-Cesena • Rimini • Mantova • Genova
La Spezia • Savona • Firenze • Prato • Roma • Latina • Frosinone • Chieti • Sassari • Oristano • Cagliari

10
Centrali
operative



21
Sedi
operative

Sede centrale:

Via Rochdale, 5 - Reggio Emilia
0522.94011

info@coopservice.it
www.coopservice.it

- 4** **44° Congresso Nazionale ANMDO**
Governare l'Ospedale del futuro
L'Innovazione: sfida e opportunità
- 13** **Il technology transfer bio-medico negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico**
 Davide Golinelli, Mattia Altini, Luca Battistelli, Paolo Mariotti, Gianni Pieroni
- 20** **Il trasferimento nel nuovo Ospedale di Biella e prima valutazione di impatto gestionale a 3 anni dall'apertura**
 Angelo Penna, Francesco D'Aloia, Carla Becchi, Susanna Miola, Alberto Petti, Antonella Croso, Margherita Borello, Maurizio Zettel
- 27** **Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs)**
 Mattia Altini
- 30** **Poster - 43° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.**
- 45** **ORIZZONTI**

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 71 - Numero 2 - aprile-giugno 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

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. Brusafèro, 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

PROGRAMMA SCIENTIFICO

LUNEDÌ 19 NOVEMBRE

**SEMINARIO
PRECONGRESSUALE
DALLE 9.30 ALLE 11.00**

**09.30 SEMINARIO PRECONGRESSUALE LE DIREZIONI
11.30 SANITARIE: PROSPETTIVE DI UNA PROFESSIONE**

Moderatori: *Vincenzo Baldo, Gaetano Maria Fara,
Daniela Pedà*

09.30 Formazione accademica e competenze manageriali
Paola Anello e Mirco Claus

**09.50 L'aspettativa dell'igienista in formazione nell'ambito
della gestione del rischio**
Benedetto Arru

10.10 Discussione
*Francesco Vitale, Gabriele Romano, Angelo Pellicanò,
Gianluca Voglino*

11.00 Conclusione

**CERIMONIA
DI APERTURA
DALLE 11.30 ALLE 12.30
NON INSERITA NEL
PROGRAMMA
FORMATIVO ACCREDITATO
ECM**

11.30 CERIMONIA DI APERTURA DEL CONGRESSO

12.30 *Massimo Castoro*
Presidente Regionale ANMDO Veneto
Gianfranco Finzi
Presidente Nazionale ANMDO
Ida Iolanda Mura
Segretario Scientifico Nazionale ANMDO
Domenico Mantoan
Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione Veneto
Rosario Rizzuto
 Rettore Università di Padova
Vincenzo Baldo
Direttore Scuola Specializzazione Igiene di Padova

**SESSIONE ACCREDITATA
ECM
DALLE 12.30 ALLE 13.00
DALLE 14.00 ALLE 16.00**

12.30 LETTURA MAGISTRALE

13.00 I 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale
Walter Ricciardi
Presidente Istituto Superiore di Sanità

13.00 Buffet di Benvenuto

**14.00 I SESSIONE - L'OSPEDALE DI FRONTE ALLE GRANDI
16.00 TRANSIZIONI EPIDEMIOLOGICO - DEMOGRAFICHE,
CULTURALI ED ECONOMICHE**

Moderatori: *Valerio Fabio Alberti, Silvio Brusaferrò,
Giovanni Pieroni*

14.00 L'ospedale alla luce delle grandi transizioni
Gabriele Pelissero

14.20 Come integrare cure e ricerca
Giovanni Leonardi

14.40 L'innovazione e sostenibilità economica
Cristian Ferraris

**SESSIONE ACCREDITATA
ECM**
dalle 12.30 alle 13.00
dalle 14.00 alle 16.00

- 15.00 **La sicurezza delle cure come spinta all'innovazione del sistema**
Ottavio Nicastro
- 15.20 **Medicina creativa per affrontare i grandi cambiamenti**
Bruno Zamparelli
- 15.40 **Discussione**

**SESSIONE
DALLE 16.00 ALLE 17.30
NON INSERITA
NEL PROGRAMMA
FORMATIVO ACCREDITATO
ECM**

16.00 SEMINARIO
17.30 PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO
Moderatori: *Maria Teresa Cuppone, Gaetano Privitera*
Le infezioni nell'organizzazione sanitaria e le linee guida internazionali
L'impatto economico delle infezioni del sito chirurgico nelle operazioni sanitarie
Nuove tecnologie per la prevenzione delle infezioni in chirurgia
HEMA linee guida e politica sanitaria
Tavola Rotonda

17.30 ASSEMBLEA DEI SOCI
18.30 ANMDO

MARTEDÌ 20 NOVEMBRE

**SESSIONE ACCREDITATA
ECM**
dalle 09.00 alle 13.00
dalle 14.00 alle 15.00
dalle 17.00 alle 18.30

- 09.00 II SESSIONE**
11.00 INNOVAZIONE TECNOLOGICA
PARTE I
Moderatori: *Alberto Appicciafuoco, Luciano Flor, Michele Loiudice*
- 09.00 **Innovazioni in ambito tecnologico**
Marina Cerbo
- 09.20 **La direzione medica e il governo dell'innovazione tecnologica**
Massimo Castoro
Gruppo di lavoro ANMDO:
Francesco Bisetto, Claudia Giuliani, Flavio Girardi
- PARTE II**
Moderatori: *Francesca Ciraolo, Karl Kob, Domenico Scibetta*
- 09.40 **Innovazione nella tecnologia robotica chirurgico - ortopedica**
Massimo Laus
- 10.00 **Innovazione in scienze cardiovascolare**
Gino Gerosa
- 10.20 **Innovazioni in scienze neurovascolari**
Giuseppe Lembo
- 10.40 **Innovazioni in scienze riabilitative**
Placido Bramanti

**SESSIONE ACCREDITATA
ECM**

dalle 09.00 alle 13.00
dalle 14.00 alle 15.00
dalle 17.00 alle 18.30

11.00 SEMINARIO DI APPROFONDIMENTO

13.00 L'evoluzione della ricerca scientifica nelle pratiche di sanificazione per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (sanica): dai risultati della ricerca alla sua evoluzione

Moderatori: Gianni Giovannini, Claudio Martini,
Franco Ripa

13:00 Pausa pranzo

**Sala SPAZIO 35
SESSIONE PARALLELA
DALLE 10.00 ALLE 11.00
NON INSERITA NEL
PROGRAMMA FORMATIVO
ACCREDITATO ECM**

10.00 L'ECOLABEL DEI SERVIZI DI PULIZIA:

11.00 LA NUOVA CERTIFICAZIONE IN AMBITO AMBIENTALE

Moderatori: Gaetano Annese, Renato Li Donni,
Rosario Lanzetta

Relatore: Andrea Tezzele

**SESSIONE ACCREDITATA
ECM**

dalle 09.00 alle 13.00
dalle 14.00 alle 15.00
dalle 17.00 alle 18.30

14.00 III SESSIONE

15.00 INNOVAZIONE FARMACOLOGICA

**PARTE I: LO SCENARIO ATTUALE E FUTURO TRA
NUOVI STRUMENTI E VINCOLI ECONOMICO-
GESTIONALE**

Moderatori: Tiziana Frittelli, Giorgio Mazzi,
Michele Orlando

14.00 Percorsi gestionali dei farmaci innovativi ad alto costo
Giovanna Scroccaro

14.20 L'apocalisse dei batteri resistenti agli antibiotici
Stefania Iannazzo

14.40 Le esigenze del paziente
Tonino Aceti

**SESSIONE
DALLE 15.00 ALLE 17.00
NON INSERITA NEL
PROGRAMMA FORMATIVO
ACCREDITATO ECM**

15.00 PARTE II: NUOVE SFIDE NELLA TERAPIA

17.00 FARMACOLOGICA

Moderatori: Antonella Agodi, Giuliano Mariotti,
Nicola Orrù

15.00 Una nuova governance dell'innovazione farmaceutica
Nicoletta Luppi

**15.30 L'innovazione farmacologica: dai nuovi metodi
di valutazione e diagnosi delle malattie rare
alle nuove opzioni terapeutiche**
Carlo Agostini

16.00 Come misurare l'innovazione: performance e KPI
Mattia Altini

**16.20 Value based medicine e modelli
di partnership innovativi per la gestione integrata
del paziente cronico**
Lorenzo Mantovani

MARTEDÌ 20 NOVEMBRE**SESSIONE ACCREDITATA****ECM**

dalle 09.00 alle 13.00

dalle 14.00 alle 15.00

dalle 17.00 alle 18.30

17.00 SESSIONE DI APPROFONDIMENTO ANMDO:**18.30 LINEE GUIDA COME STRUMENTO DELLA GESTIONE DEL PAZIENTE***Moderatori: Elide Azzan, Lucia Pelusi, Laura Tattini***17.00 La metodologia***Cristina Sideli***17.20 Standard manageriali ed organizzativi per il percorso del paziente con retinopatia diabetica***Francesco Bisetto***17.40 Linea guida sull'organizzazione del processo di sanificazione ambientale nelle strutture assistenziali ospedaliere e territoriali***Gianfranco Finzi***18.00 Linea guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle strutture assistenziali ospedaliere e territoriali***Luca Lanzoni***18.20 Discussione****18.30 CERIMONIA DI PREMIAZIONE****19.00 POSTER E COMUNICAZIONI****MERCOLEDÌ 21 NOVEMBRE****SESSIONE ACCREDITATA****ECM**

dalle 09.00 alle 13.00

09.00 IV SESSIONE**11.20 INNOVAZIONE INFORMATICA***Moderatori: Antonio Battista, Luigi Bertinato, Maria Grazia Zuccaro***09.00 Il ruolo del Ministero della Salute nel Sistema Informatico Sanitario Nazionale***Lidia Di Minco***09.20 Il ruolo della direzione sanitaria nel sistema informatico***Claudio Dario***Reti informatiche per la gestione del paziente: esperienze a confronto:****09.40 Ruolo nazionale***Lorenzo Gubian***10.00 Esperienze Regionali:****Veneto***Claudio Saccavini***Emilia Romagna***Gandolfo Miserendino***10.40 Intelligenza artificiale e sistemi esperti in medicina***Giovanni Sparacino***11.00 Il digital badge per la rappresentazione delle competenze e conoscenze in ambito sanitario***Rodolfo Trippodo*

**SESSIONE ACCREDITATA
ECM**
dalle 09.00 alle 13.00

11.20 V SESSIONE

13.20 INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E DEI SERVIZI DI SUPPORTO

Moderatori: *Fausto Francia, Clemente Ponzetti, Roberto Predonzani*

11.20 Innovazione nei modelli organizzativi ospedalieri

Franco Ripa

11.40 Ruolo della direzione sanitaria

Michele Tessarin

12.00 Ruolo della direzione medica nella vaccinazione del personale sanitario

Elisabeth Montel

12.20 Esperienze innovative:

Logistica centralizzata

Michele Chittaro

Esperienza di razionalizzazione organizzativa dell'Azienda Ospedaliera dei Colli

Giuseppe Matarazzo

13.00 Chiusura congresso

Gianfranco Finzi, Ida Iolanda Mura

POSTER E COMUNICAZIONI

LUNEDÌ 19 NOVEMBRE
DALLE 14.00 ALLE 18.00

Sala SPAZIO 35

SESSIONE POSTER E COMUNICAZIONI

Sessione Comunicazione 1

Moderatori: *Pasquale Amendola, Luigi Aprea, Gianluca Serafini*

Sessione Poster 1

Moderatori: *Lorenzo Cammelli, Carlo Di Falco, Maria Addolorata Vantaggiato*

MARTEDÌ 20 NOVEMBRE
DALLE 11.00 ALLE 13.00
DALLE 14.00 ALLE 16.00

Sala SPAZIO 35

Sessione Comunicazione 2

Moderatori: *Antonella Benvenuto, Giovanni Messori Ioli, Stefano Reggiani*

Sessione Poster 2

Moderatori: *Giuseppe Schirripa, Domenico Stalteri, Giuseppe Zuccarello*



PRESIDENTE

Gianfranco Finzi

COMITATO SCIENTIFICO

Ida Iolanda Mura
 Gabriele Pelissero
 Francesco Bisetto
 Karl Kob
 Pasquale Francesco Amendola
 Paola Anello
 Alberto Appicciafuoco
 Vincenzo Baldo
 Antonio Battista
 Antonella Benvenuto
 Luigi Bertinato
 Silvio Brusafferro
 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

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.anmdo@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 della durata massima di 10 minuti e partecipazione al concorso. Ai primi cinque classificati verrà consegnata, in occasione della Cerimonia di Premiazione che si terrà martedì 20 novembre alle ore 18,30, una targa e verrà offerta l'iscrizione gratuita al Congresso Nazionale ANMDO del 2019. 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 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 atterranno 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 con un contributo della durata massima di 10 minuti e verrà rilasciato un attestato di merito da parte di ANMDO che certifica il superamento della selezione. Ai primi cinque classificati verrà consegnata, in occasione della Cerimonia di Premiazione che si terrà martedì 20 novembre alle ore 18,30, una targa e verrà offerta l'iscrizione gratuita al Congresso Nazionale ANMDO del 2019. 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;

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

CANCELLAZIONE

Le cancellazioni delle iscrizioni dovranno essere comunicate per iscritto alla Segreteria Organizzativa, che rimborserà il 50% dell'importo versato per le rinunce pervenute entro il 30 ottobre 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 o telefonare al numero 051/230385.

CENA SOCIALE

È prevista la cena sociale per martedì 20 novembre 2018, per la quale saranno fornite quanto prima informazioni sulle modalità di partecipazione.

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
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 - www.noemacongressi.it

Il technology transfer bio-medico negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

Riassunto

Il Technology Transfer (TT) può essere inteso come il processo che consente di rendere accessibile una tecnologia, dal luogo o dal gruppo di ricerca che in origine ne ha generato lo sviluppo, verso un numero più ampio di persone/utenti, attraverso una sua distribuzione/diffusione su larga scala. Questo articolo descrive sinteticamente le caratteristiche del TT in ambito bio-medico, e in particolare nel contesto della Rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), evidenziandone potenzialità e limiti. Negli anni il TT ha reso disponibili agli attori dei servizi sanitari, e ai pazienti, numerose innovazioni e scoperte in ambito farmacologico e bio-tecnologico. Gli IRCCS possono avere un ruolo importante in questo processo, assumendo una funzione di volano dell'applicazione delle conoscenze alla pratica clinica attraverso il passaggio da un concetto generico di evidenza scientifica ad un modello di ricerca di trasferimento, per valutare sul campo come i risultati scientifici funzionino quando sono applicati nella pratica clinica corrente. In questo contesto, l'Ufficio di Trasferimento Tecnologico negli IRCCS può rappresentare un elemento di forza e un valido riferimento per la tutela e la massima valorizzazione dei risultati della ricerca clinica. E' tuttavia evidente che tale presupposto non rappresenti che una delle tante azioni necessarie per qualificare ulteriormente il sistema della ricerca italiana e che molto lavoro resti ancora da fare per mantenere il nostro sistema in linea con gli standard internazionali più elevati.

INTRODUZIONE

I cambiamenti operati dall'uomo derivano dalla sua intrinseca tendenza a ricercare il nuovo, il diverso: il desiderio di sperimentare è infatti una caratteristica umana fondamentale. La produzione di idee nuove è praticamente infinita, ma è solo quando esse creano valore che si trasformano in innovazione: le storie insegnano che le buone idee non sono sufficienti se non trovano concreta applicazione. Appare chiaro, quindi, come l'innovazione risulti uno degli elementi determinanti per la crescita economica e sociale. La prima, e forse più importante, precisazione da fare è che innovazione e invenzione non sono sinonimi: la prima è infatti estensione della seconda. Se un inventore realizza una "grande scoperta", ma non trova qualcuno disposto a produrla, essa rimane nascosta (ad esempio, negli archivi brevettuali) e non disponibile a potenziali fruitori. Per essere in grado di trasformare un'invenzione in innovazione, generalmente si devono combinare diversi tipi di conoscenze, capacità/competenze e risorse,

Davide Golinelli¹, Mattia Altini², Luca Battistelli³, Paolo Mariotti⁴, Gianni Pieroni⁵

1(Medico in Formazione Specialistica, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna)

2(Direttore Sanitario, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori, Meldola)

3(Dirigente dell'Ufficio Ricerca Trasferimento Tecnologico e Formazione, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori, Meldola)

4(Dirigente dell'Ufficio Ricerca Trasferimento Tecnologico e Formazione, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori, Meldola)

5(Direttore Operativo, Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, Bologna)

PAROLE CHIAVE:

Trasferimento Tecnologico; Innovazioni Biomediche; Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

sviluppando una strategia d'innovazione, che ha nel Technology Transfer (TT) il suo punto focale. Il TT è un concetto relativamente recente ma ampiamente dibattuto nell'ultimo decennio. Esso viene definito in maniera diversa a seconda dei contesti specifici nei quali può trovare applicazione. In generale, il TT può essere inteso come il processo che consente di rendere accessibile/disseminare una tecnologia, dal luogo o dal gruppo di ricerca che in origine ne ha generato lo sviluppo, verso un numero più ampio di persone/utenti, attraverso una sua distribuzione/diffusione su larga scala (commercializzazione). (1,2). Si verifica attraverso un lavoro programmato volto alla condivisione di conoscenze, competenze, tecnologie, processi, metodi di produzione e strategie di servizi tra enti e istituzioni pubblici e privati, quali università, centri di ricerca e aziende o società sia private che pubbliche. Tutto ciò col fine ultimo di assicurare che gli sviluppi e le innovazioni scientifico-tecnologiche vengano rese accessibili, nel minor tempo possibile, a gruppi sempre più ampi di potenziali utenti, che possano poi svilupparle e sfruttarle per farle diventare nuovi prodotti, processi, applicazioni, materiali e servizi. Per la maggior parte dei centri di ricerca e delle università il TT avviene, in ultimo passaggio, attraverso contratti e accordi di "licensing" e di gestione della proprietà intellettuale (intellectual property, IP) tra i centri stessi e compagnie private (3-6). Il termine "licensing" fa riferimento all'opzione di portare un tecnologia a mercato, trasferendo i diritti di proprietà della stessa dall'"innovatore"(centro di ricerca o singolo ricercatore) ad un "licenziatario" (azienda o società privata) in cambio di royalties o di altre forme di pagamento (7). Il termine "valorizzazione tecnologica" viene dunque spesso usato come sinonimo di trasferimento tecnologico.

La maggior parte degli storici è concorde sul fatto che le prime leggi sui brevetti e sulla proprietà intellettuale risalgano alla Repubblica Veneziana nel 1474. Per molti secoli, tuttavia, le università in Europa e nel nord America non sono state direttamente coinvolte nel portare nuove invenzioni verso la società (8). Dal momento che molte università sono da sempre state finanziate dal sistema

pubblico, le scoperte venivano pubblicate nella letteratura scientifica, ma non venivano protette da brevetto. Industria e ambiente accademico operavano in sfere di attività decisamente differenti e lontane. Facendo un balzo di diversi secoli, nel 1980 il Bayh-Dole Act, negli Stati Uniti, ha catalizzato la nascita di un crescente interesse nei confronti della commercializzazione della ricerca accademica. Nel Regno Unito, il più grande cambiamento avvenne invece nel 1985, quando il governo eliminò il monopolio che il British Technology Group, un ente pubblico, aveva sulla commercializzazione delle innovazioni finanziate pubblicamente. Ciò ha permesso di incrementare le capacità imprenditoriali delle università e degli ambienti accademici (8). Diversi altri paesi europei, tra cui Germania, Danimarca e Belgio, hanno negli anni prodotto una specifica legislazione sul technology transfer, ma le leggi che governano questo processo appaiono molto diverse. Alcune sono più restrittive nei confronti dei singoli individui, permettendo alle università e ai centri di ricerca pubblici di mantenere la proprietà sulle invenzioni dei propri ricercatori. Altre permettono agli inventori di risultare proprietari dei brevetti derivanti da ricerche finanziate anche con fondi pubblici (9).

In un contesto di ristrettezza economica che influenza direttamente e/o indirettamente anche i budget della ricerca, le Università e i centri di ricerca, in tutti i settori, possono essere incentivati allo sfruttamento della proprietà intellettuale e alla promozione attiva di contratti di licensing, come meccanismo alternativo/integrativo di finanziamento (9). I periodi storici caratterizzati da pressioni economiche possono decisamente fornire una spinta per accelerare la presenza del pubblico nel processo di innovazione, spingendo verso cambiamenti nelle strategie per lo sfruttamento delle leggi sulla proprietà intellettuale. In questo contesto, il trasferimento tecnologico risulta un driver per l'evoluzione del sistema della ricerca. Molte compagnie, università, centri di ricerca e organizzazioni profit e no-profit, anche in ambito bio-sanitario, hanno perciò da alcuni anni creato e attivato Uffici di Trasferimento Tecnologico (Technology Transfer Office) dedicati da un

lato all'identificazione delle linee di ricerca e delle derivanti invenzioni che abbiano un potenziale interesse commerciale, e dall'altro alla definizione delle strategie più appropriate per sfruttarle al meglio.

Obiettivo di questo articolo è introdurre la discussione sul tema del Technology Transfer all'interno del sistema ospedaliero del Servizio Sanitario Italiano, in particolare nel contesto della Rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), descrivendo sinteticamente il TT in ambito bio-medico ed evidenziandone potenzialità e limiti.

IL TECHNOLOGY TRANSFER BIO-MEDICO

Quanto detto in precedenza vale per centri di ricerca in diversi campi, compresa la sanità e il settore bio-medico. Le nuove tecnologie rappresentano infatti da un lato una grande opportunità per i sistemi sanitari di tutto il mondo, dall'altro una minaccia alla loro stessa sostenibilità economico-finanziaria, a causa dei costi elevati che spesso le accompagnano. L'abilità, la velocità e la capacità di gestire il processo che dai laboratori trasferisce i risultati della ricerca biomedica in "prodotti" utili a pazienti, medici, e professionisti sanitari sono caratteristiche fondamentali e necessarie per la sostenibilità e la resilienza del sistema stesso. Il trasferimento tecnologico può e deve rappresentare il perno di questo processo. Negli anni il TT ha reso disponibili agli attori dei servizi sanitari e ai pazienti innovazioni e scoperte in ambito farmacologico, biologico e tecnologico – dai farmaci oncologici alle tecniche di DNA ricombinante, alle nuove frontiere della diagnostica per immagini, delle nanotecnologie, e delle innovazioni nel campo dell'immunologia terapeutica solo per citarne alcune (8,10).

La letteratura (1,3,7,8,10,11) identifica diversi percorsi che possono portare ad un trasferimento di tecnologie sanitarie efficienti per il sistema ed efficaci per pazienti e stakeholders. Il punto di partenza comune è comunque sempre l'individuazione di un bisogno clinico, di una necessità medica (medical need) a cui le risposte cliniche, terapeuti-

che e/o organizzative, non abbiano ancora trovato soluzioni, o ne abbiano trovate ma di non totalmente soddisfacenti. Il processo ideale di innovazione e di TT viene distinto, secondo il modello e la tassonomia proposti da Zenios e coll.(7), in 3 step consecutivi (Figura 1):

■ **Identificazione:** fase volta ad identificare un bisogno clinico non soddisfatto quando non sono ancora presenti buone conoscenze cliniche/scientifiche e di mercato che ne suggeriscano a priori la fattibilità clinica e commerciale.

■ **Invenzione:** fase volta a definire lo sviluppo della soluzione al succitato bisogno clinico, utilizzando i processi creativi del gruppo di ricercatori e le opportunità della prototipizzazione e dei test preliminari.

■ **Implementazione:** fase volta a trasformare l'idea ed il prototipo in un prodotto che possa essere utilizzato al letto del paziente. Come già accennato, nell'ambito delle innovazioni cliniche è fondamentale valutare e stabilire non soltanto l'utilità dell'invenzione, ma anche l'efficacia, l'efficienza e la sostenibilità economica del "prodotto" per far sì che la tecnologia venga adottata come pratica medica innovativa; sono perciò necessarie analisi sulle implicazioni medicocliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali della tecnologia innovativa in questione per valutare i suoi effetti nella pratica clinica corrente. Questo deve avvenire necessariamente attraverso analisi di Health Technology Assessment, metodologia che deve affiancare e supportare l'intero processo di technology transfer. Il settore dell'innovazione clinica è un settore di investimenti importanti, ma anche un settore ad altissimo valore aggiunto che genera risultati di rilievo sia in termini economici che sociali. Quando parliamo di innovazione clinica facciamo riferimento all'introduzione e/o allo sviluppo di nuovi farmaci, nuovi composti biologici e/o chimici attivi, dispositivi medicali per uso diagnostico e terapeutico, ma anche innovazioni intangibili come protocolli, strategie diagnostiche o terapeutiche e innovazioni medico-gestionali come modelli di organizzazione assistenziale. Possiamo infatti considerare come "innovazione clinica" tutte le innovazioni

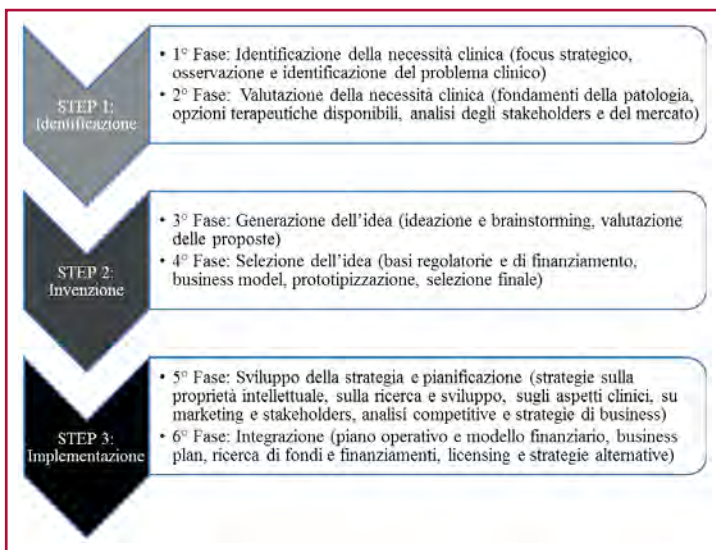


Figura 1. Il processo di trasferimento tecnologico dell'innovazione bio-medica

che impattano sull'ambito della prevenzione, diagnostica, terapia, assistenza e più in generale sul benessere dei cittadini, perché la specificità di questo settore, a differenza di altri, è data dal fatto che la ricerca in quest'ambito, oltre a generare progresso e lavoro, genera soprattutto salute, anche oltre i confini nazionali. Poiché le innovazioni cliniche vengono utilizzate nella cura dei pazienti, la sicurezza e la validazione della tecnologia - intesa come verifica dell'efficacia e confronto con il protocollo di cura in uso - sono un passaggio imprescindibile nel processo innovativo. A differenza delle innovazioni tecnologiche in altri settori di ricerca, nell'ambito bio-sanitario, prima di essere introdotta sul mercato e adottata nella pratica quotidiana, l'innovazione clinica, a seconda della sua natura, deve spesso essere validata e certificata, attraverso sperimentazione clinica e valutazione regionale, nazionale ed europea (Comitati etici, Commissioni terapeutiche regionali, EMA e AIFA). Pertanto, il processo è caratterizzato da un "time to market" molto lungo che vede la necessità di importanti investimenti e competenze. Spesso perciò, chi identifica e crea la soluzione innovativa normalmente non è in grado di svilupparla in modo autonomo per trasformarla in un prodotto da portare sul mercato e necessita quasi obbligatoriamente di partnership con aziende o società private.

IL TECHNOLOGY TRANSFER NEGLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

In questo processo, il Servizio Sanitario Nazionale italiano (SSN) può rappresentare, e già rappresenta, una fucina per lo sviluppo di tecnologie sanitarie, mentre gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ne costituiscono l'habitat specifico ideale. Da qui, il Ministero della Salute, nei Programmi Nazionali della Ricerca Sanitaria (PNRS) 2014-2016 e in quello 2017-2019 (12,13), ha definito le priorità della ricerca scientifica sanitaria all'interno del SSN e degli IRCCS, sottolineando il ruolo strategico del Trasferimento Tecnologico anche nel contesto italiano.

I PNRS evidenziano infatti la rilevanza sociale ed economica della ricerca di base, di quella applicata, del trasferimento tecnologico e della valorizzazione della proprietà intellettuale. Gli IRCCS possono in questo avere un ruolo importante, assumendo una funzione di volano dell'applicazione delle conoscenze alla pratica clinica attraverso il passaggio da un concetto generico di evidenza scientifica e da un modello di ricerca di trasferimento di fase 1 (quella comunemente definita "bench to bedside") ad una ricerca di trasferimento di fase 2 per valutare come i risultati scientifici funzionino quando sono applicati nella pratica clinica corrente. Tale approccio dovrebbe diventare un modello culturale di riferimento per tutto il SSN. In tal modo è possibile affrontare i problemi sanitari partendo da principi di medicina basata sulle evidenze, attraverso una strategia di trasferimento. La valorizzazione della contemporanea presenza di competenze di ricerca e cliniche non potrà prescindere da un ruolo degli IRCCS come promotori e valutatori della innovazione e standardizzazione di percorsi diagnostici, assistenziali ed organizzativi realmente trasferibili ad altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale. I PNRS enfatizzano inoltre lo sviluppo e il sostegno di percorsi virtuosi per il cofinanziamento con l'industria privata anche attraverso il coinvolgimento di società di venture capital

per il trasferimento al comparto produttivo dei risultati della ricerca. Questo, oltre a benefici economici per gli IRCCS depositari di brevetto (royalties), comporta anche la possibilità di una produzione su larga scala dell'innovazione tecnologica creata nell'IRCCS, rendendola così disponibile per eventuali altre strutture del SSN interessate ad adottarla.

Come noto e definito dal Ministero della Salute, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza di cui all'art. 13, comma 3, lett. d) del Decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i., il quale ha disposto il riordino degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Attualmente gli IRCCS sono 49 e in essi lavorano circa 10.000 ricercatori. Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico si occupano di ricerca clinica e traslazionale. Essi effettuano una ricerca che deve trovare necessariamente sbocco in applicazioni terapeutiche negli ospedali. La loro attività ha per oggetto aree di ricerca ben definite sia che abbiano ricevuto il riconoscimento per una singola materia (IRCCS monotematici) sia che l'abbiano ricevuto per più aree biomediche integrate (IRCCS politematici). Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico possono avere natura giuridica diversa, pubblica o privata. Gli IRCCS pubblici sono 21, mentre i privati 28 (14).

Il network Netval(15)(11), da diversi anni si occupa di analizzare le dinamiche del Trasferimento Tecnologico in ambito accademico, e recentemente ha focalizzato la propria attenzione sugli IRCCS. Netval riporta (11) come, al 2017, "dei 49 IRCCS, 14, pari al 29%, dichiarano di svolgere attività di trasferimento tecnologico avvalendosi di uno specifico Ufficio di Trasferimento Tecnologico (UTT). In questi casi l'UTT rappresenta l'unità organizzativa che quotidianamente si occupa della valorizzazione dei risultati della ricerca. In un altro 29% dei casi, gli

IRCCS svolgono sì attività di trasferimento tecnologico, senza però disporre di un ufficio apposito, avvalendosi pertanto di altri uffici non specializzati. Nel 22% dei casi, infine, gli IRCCS non svolgono attività di trasferimento tecnologico, pur prevedendo di iniziare a farlo a breve. Solo nel 20% dei casi gli IRCCS non svolgono attività di trasferimento tecnologico né pensano di farlo in un futuro prossimo. L'anno di costituzione del primo UTT degli IRCCS è il 1992, ma è solo dal 2009 che sempre più IRCCS hanno iniziato a svolgere attività di trasferimento di conoscenze e a dotarsi di un ufficio dedicato".

Questi dati dimostrano come la tematica del TT sia già presa in considerazione da tempo da alcuni IRCCS, mentre la maggior parte risulta ancora indietro, e dovrà in questo senso mettere in atto strategie per allinearsi alle strutture più virtuose. Questo rappresenta necessariamente un aspetto al quale prestare molta attenzione nei piani strategici dei singoli IRCCS, da un lato per perseguire la propria mission preservando il ruolo di volano dell'innovazione bio-medica a vantaggio del sistema e dei pazienti, e dall'altro per mantenersi in linea con gli obiettivi e gli indicatori di valutazione ministeriali. Non ultimo, deve essere tenuta in considerazione la stessa sostenibilità economico-finanziaria, considerando come nel settore bio-medico gli IRCCS posseggano un doppio ruolo privilegiato di creatori e fruitori dell'innovazione stessa; questo può permettere di sviluppare per primi tecnologie mediche, chirurgiche e organizzative davvero utili a migliorare le aspettative del paziente, ma anche a ridurre costi delle prestazioni, tempi chirurgici, ospedalizzazioni, liste d'attesa, solo per citare alcuni ambiti nei quali l'innovazione può avere un forte impatto.

Il modello di TT descritto da Zelios e coll. rappresenta una proposta teorica che difficilmente può trovare applicabilità completa nel contesto italiano. Il modello va quindi necessariamente adattato alle dinamiche e alle criticità del sistema italiano e alle realtà dei singoli IRCCS. Sottolineiamo come le Direzioni Scientifiche degli IRCCS, in sinergia con gli organi strategici delle

strutture stesse (Direzione Generale e Sanitaria), possano sfruttare le potenzialità del TT, ad esempio dotandosi di, strumenti e di personale specificamente formato, o implementando quello già presente, con l'obiettivo di supportare tutti gli aspetti della ricerca in sanità (dall'identificazione dei quesiti clinici alla conduzione di studi traslazionali), che, come evidenziato, differisce enormemente da quella in altri settori. Il change management da introdurre per facilitare questo processo in un IRCCS è quello di un assetto organizzativo nuovo che tenga conto delle potenzialità del processo inventivo attraverso l'inserimento di strumenti di cooperazione, condivisione e progettazione congiunta nelle diverse strutture che all'interno di un IRCCS si occupano di ricerca e cioè:

Grant office che si occupa di individuare opportunità di finanziamento nazionali e internazionali, di prestare assistenza tecnica in fase di ideazione e progettazione e della fattiva gestione dei progetti vinti.

Ufficio brevetti e trasferimento tecnologico che raccoglie le proposte inventive dei ricercatori, ne identifica la sostenibilità e ne promuove la tutela e il trasferimento tecnologico alle imprese.

Biblioteca che offre consulenza ai ricercatori per tutta l'attività di pubblicazione scientifica ed effettua ricerche e analisi bibliometriche tramite le banche dati PubMed, Web of Science, Scopus e i progetti Scimago e InCites.

Clinical Trials Unit che mette a disposizione competenze tecniche, metodologiche e strumenti operativi per tutte le fasi dello sviluppo dei protocolli di ricerca clinica e di data-management in accordo ai dettami delle GCP nazionali e internazionali.

Criticità e potenzialità

Il sistema della ricerca sanitaria in Italia, nel confronto con realtà analoghe in Europa e Nord America, presenta alcune peculiarità. L'assenza di normative specifiche per il settore, unita al sistema di valutazione dei docenti/ricercatori ed al sistema dei finanziamenti degli IRCCS, ancora più attenti al tema della pubblicazione piuttosto che a quello dell'applicabilità e alla trasferibilità dei risultati della ricerca, ne limitano deci-

samente le potenzialità. Come sottolineato anche dal rapporto Netval, un'altra criticità è relativa alla formazione dei ricercatori, i quali spesso non hanno una chiara visione di come il proprio lavoro di ricerca possa essere valorizzato attraverso uno strutturato processo di trasferimento tecnologico. I ricercatori, così come i clinici, dovrebbero essere messi nella condizione di contribuire attivamente alle diverse fasi di questo processo, il quale deve però essere governato in maniera competente e trasparente. A questo si aggiunge la difficoltà, ad esempio per il personale medico, di svolgere unitamente alla mansione assistenziale anche quella di ricercatore e di sperimentatore. In questo scenario, l'Ufficio di Trasferimento Tecnologico può rappresentare un elemento di forza e un valido riferimento per il supporto, la tutela e la massima valorizzazione dei risultati della ricerca clinica, ma sarebbe auspicabile individuare e formare anche figure specifiche di "Innovation Manager"(11), che svolgano un ruolo di manager della ricerca in tutte le sue fasi. Come già sottolineato, la sicurezza, la validazione e certificazione, nonché gli aspetti etici delle tecnologie innovative in ambito sanitario, sono questioni da prendere in grande considerazione. Questo può ulteriormente rallentare il processo di trasferimento tecnologico nel settore bio-medico.

I punti di forza sono invece sicuramente rappresentati dalla qualità della ricerca biomedica e clinica italiana, dalla presenza di un sistema sanitario ancora universalistico, con più di 60.000.000 di potenziali utenti/stakeholders, dalla presenza di centri di ricerca all'avanguardia e dalla connessione in rete dei centri ospedalieri e degli IRCCS. Questo garantisce la possibilità di fare massa critica in quasi tutti gli aspetti sia della ricerca che dell'assistenza sanitaria.

Conclusioni

La capacità di supportare lo sviluppo e l'adozione di nuove tecnologie, e quindi di innovare, caratterizza, a livello internazionale, i paesi più competitivi, sia dal punto di vista dello sviluppo economico che sociale. Questo sembra ancora più importante in ambito sanitario, dove la storia ci mostra come le invenzioni e le innovazioni clini-

che, terapeutiche, chirurgiche e organizzative, abbiano consentito di fare enormi balzi evolutivi, garantendo all'umanità una crescente aspettativa di vita. La presenza di una popolazione in buona salute innesca inoltre un circolo virtuoso, caratterizzato da benefici economici e sociali. Il servizio sanitario italiano, universalistico e pubblico, rappresenta un punto di forza del sistema Italia e può e deve essere considerato il perno dell'innovazione tecnologica in ambito bio-medico.

Il technology transfer si inserisce in questo contesto, e può catalizzare lo sviluppo di un sistema di ricerca bio-medica moderno e sempre più orientato alla centralità del paziente e all'efficacia/efficienza delle cure. Va però tenuto bene a mente che le nuove tecnologie si sviluppano ad una velocità a cui la sanità non sempre riesce a tenere il passo.

Vanno quindi investite risorse volte ad incrementare le competenze dei medici, dei ricercatori e dei manager del sistema sanitario in generale, e della rete degli IRCCS in particolare, con il fine ultimo di rendere più efficace ed efficiente sia il sistema della ricerca che quello delle cure in Italia. In questo scenario, allargando le prospettive e la governance della valorizzazione dei risultati della ricerca clinica anche alle altre strutture che si occupano di ricerca e coordinando le attività di progettazione dei "proof of concept", si può garantire la valorizzazione della ricerca - a partire dalle pubblicazioni scientifiche -, delle tecnologie innovative che emergono, e la gestione e protezione dei clinical trial per la validazione dei risultati.

Nell'ambito specifico del Technology Transfer e della valorizzazione dei risultati della ricerca sanitaria italiana, molto lavoro resta ancora da fare per garantire uno sviluppo adeguato di questo settore. E' infine evidente che tale presupposto, meritevole di specifica attenzione e investimenti, non rappresenti che una delle tante azioni necessarie per qualificare ulteriormente il sistema della ricerca italiana e che molto lavoro resti ancora da fare per mantenere il nostro sistema in linea con gli standard internazionali più elevati.

BIBLIOGRAFIA

1. Bozeman B. *Technology transfer and public policy: a review of research and theory*. *Res Policy*. 2000;29(4-5):627-55.
2. De Castro LD. *Transporting values by technology transfer*. *Bioethics*. 1997;11(3-4):193-205.
3. Pennovation D, River S, Schuylkill L, Plan M, Commission P. *Reinventing tech transfer*. 2007;32(12).
4. Harris E, Tanner M. *Health technology transfer*. *Bmj*. 2000;321(7264):817-20.
5. Phillips SJ. *The role of federal programs in the transfer of biomedical technology*. *Artif Organs*. 2004;28(5):432-6.
6. Meyers AD. *Biomedical entrepreneurship should be the fourth mission of all healthcare organizations*. *MedGenMed*. 2007;9(1):33.
7. Zenios, Stefanos, Makower, Josh, Yock P. *Bio-design. The process of Innovating Medical technologies*. Cambridge University Press, 2010.
8. Wapner J. *The leap to industry*. *Nature*. 2016;3-5.
9. Som A, Charanya T, Linderman SW, Siegel JS. *Bridging the gap between invention and commercialization in medical devices*. *Nat Biotechnol*. 2014;32(10):1063-5.
10. Check Hayden E. *Universities seek to boost industry partnerships*. *Nature*. 2014;509(7499):146.
11. Netval. *LA VALORIZZAZIONE DEI RISULTATI DELLA RICERCA E L ' INNOVAZIONE CLINICA*. Rapporto Netval IRCCS. 2017;
12. *Programma Nazionale Ricerca Sanitaria [Internet]*. 2017. Available from: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=Ricerca sanitaria](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=Ricerca%20sanitaria)
13. *Programma Nazionale Ricerca Sanitaria [Internet]*. 2014. Available from: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=Ricerca sanitaria](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=Ricerca%20sanitaria)
14. *Ministero della Salute. IRCCS [Internet]*. Available from: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=794&area=Ricerca sanitaria&menu=ss](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ss).
15. Netval. *sito web [Internet]*. 2018. Available from: <http://netval.it/>

Il trasferimento nel nuovo Ospedale di Biella e prima valutazione di impatto gestionale a 3 anni dall'apertura

Riassunto

L'articolo presenta l'esperienza condotta alla fine del 2014 di trasferimento dell'Ospedale di Biella. In particolare viene presentato il processo di programmazione attenta del trasferimento e la realizzazione dello stesso. Il metodo seguito per la realizzazione del trasferimento ha utilizzato una metodologia (relazione funzionale) già testata per altri ospedali europei e italiani. Gli elementi caratterizzanti dell'intervento sono stati: l'unicità del presidio nell'ambito del contesto territoriale, la brevità del processo che si è realizzato in 4 giorni, l'importanza del coinvolgimento degli operatori e del contesto territoriale, l'impatto dell'operazione sulla successiva attività ospedaliera che ha grandemente beneficiato della nuova struttura.

INTRODUZIONE

Il patrimonio edilizio ospedaliero italiano è mediamente vetusto, degli oltre 500 ospedali pubblici italiani un terzo circa risale ad un'epoca precedente il 900', un altro 30% risale al periodo tra gli inizi del secolo e gli anni 40', la restante quota risale al periodo tra il secondo dopoguerra e i nostri giorni. Secondo un recente studio dell'IRES¹⁰ in regione Piemonte, in cui insistono 54 ospedali pubblici, l'età convenzionale media dei presidi calcolata nell'anno 2016 è pari al 67,0%, tale valore colloca gli ospedali piemontesi in una condizione di obsolescenza medio alta, infatti un valore di 0% equivale ad una minima obsolescenza mentre un valore del 100% alla massima obsolescenza¹. L'Ospedale degli Infermi di Biella rientrava appieno in una categoria di elevata obsolescenza, con padiglioni ottocenteschi e il più "moderno" monoblocco inaugurato nel 1938.

Era quindi da tempo necessario disporre di una nuova struttura, tuttavia sarebbe stato un errore ritenere il trasferimento un semplice rinnovo di impianti, locali e tecnologie. Infatti il trasferimento di un ospedale rappresenta un'occasione unica soprattutto per la Direzione Sanitaria e i reparti ospedalieri per rivedere la propria organizzazione e gestione¹⁷⁻¹⁹. Carattere distintivo del trasloco di un ospedale è rappresentato ovviamente dalla necessità di trasferire non soltanto beni, ma anche pazienti, spesso in condizioni critiche. La criticità del trasloco di un ospedale è anche rappresentata dalla complessità tecnologica dei beni da trasferire, in particolare attrezzature, arredi e beni di consumo e dalla necessità di coordinare in un unico processo enti e istituzioni esterni all'Azienda. Da queste considerazioni discendeva la delicatezza, la straordinarietà e l'eccezionalità dell'evento che spesso si verifica una volta

Angelo Penna¹, Francesco D'Aloia², Carla Becchi³, Susanna Miola⁴, Alberto Petti⁵, Antonella Croso⁶, Margherita Borello⁷, Maurizio Zettel⁸

Azienda Sanitaria locale Biella

1) Direttore Sanitario, 2) Direttore Medico, 3) Direttore Servizio Personale, 4) Direzione Professioni Sanitarie, 5) Responsabile Ingegneria Clinica, 6) Direttore Professioni Sanitarie, 7) Responsabile Relazioni esterne, 8) Direttore Servizio Tecnico

PAROLE CHIAVE:

Trasferimento Ospedaliero, Nuovi Ospedali, Organizzazione Sanitaria

sola nella vita di un professionista sanitario e la necessità di un'adeguata programmazione e gestione.

MATERIALI E METODI

La Progettazione

Il progetto preliminare del nuovo ospedale di Biella risale al 1996, anche se il dibattito sulla costruzione di un nuovo ospedale ha interessato il territorio biellese sin dalla metà degli anni 60.

Nel 2000 l'ASL approvò il progetto esecutivo e l'anno successivo aggiudicò i lavori che furono avviati nel marzo del 2002. Negli anni 2002-06 si susseguirono alcune varianti al progetto originario che adeguarono il progetto a norme sopravvenute o ad eventi accidentali (alluvione biellese del 2002), Nello stesso periodo e negli anni successivi si verificarono anche difficoltà di cantiere che portarono gravi ritardi nella realizzazione rispetto all'iniziale cronoprogramma.

Negli stessi anni tuttavia la natura dell'ospedale era radicalmente mutata anche a seguito della pubblicazione nel 2003 dello studio promosso dall'allora Ministro della Sanità Umberto Veronesi e dell'architetto Renzo Piano¹⁴ per un modello di ospedale per acuti di "eccellenza", ad alta tecnologia e assistenza. La sintesi dei principi di progettazione è racchiusa nel così detto decalogo: umanizzazione, urbanità, socialità, organizzazione, interattività, appropriatezza, affidabilità, innovazione, ricerca, formazione.

Nel 2007 l'Azienda Sanitaria Locale di Biella, si inserì in questo movimento di ripensamento e di sviluppo delle strutture sanitarie, accogliendo nella variante V6, promossa dall'allora Direttore Generale P.O. Brusori le esperienze realizzate in altre parti di Italia ed Europa ed apportando il proprio contributo di innovazione, al fine di offrire al territorio una sanità più efficace, moderna ed economicamente vantaggiosa.

Questa verifica progettuale ha rappresentato la premessa alla programmazione del trasferimento, come occasione per un completo ripensamento dell'organizzazione del lavoro, che tenesse conto del layout e della potenzialità strutturali e tecnologiche del nuovo edificio^{9, 12-13}.



Figura 1 – Nuovo ospedale di Biella, veduta aerea

Il vecchio Ospedale degli Infermi di Biella

Elemento essenziale e propedeutico alla programmazione del trasloco è una conoscenza dettagliata delle strutture. Il vecchio Ospedale di Biella era composto da 9 edifici tra loro comunicanti situati nel centro storico della città di Biella in un'area a prevalente vocazione residenziale e di servizi. I padiglioni che lo costituivano erano di epoche diverse: dai primi del '800 agli anni 80 del XX secolo, il padiglione principale era il Monoblocco, inaugurato nel 1938, rappresenta un esempio di architettura razionalista e uno dei prototipi nazionali di ospedale a monoblocco con sviluppo prevalente verticale.

Il Nuovo Ospedale di Biella

L'area di competenza del Nuovo Polo Ospedaliero si colloca in una porzione della vasta pianura che si sviluppa a sud della città di Biella in gran parte compresa nel comune di Ponderano; dal punto di vista architettonico, il complesso ospedaliero occupa una superficie di 127.000 mq, tra le quote assolute 378 e 357 m s.l.m. e si articola in più corpi di fabbrica:

- Una piastra di base di 100x170m articolata su tre livelli, destinati a: servizi ambulatoriali e all'area critica, tecnologie diagnostiche e radioterapia e servizi generali ospedalieri, aree tecniche e di percorrenza.
- Due corpi di degenza paralleli e distinti di 32 x 170 m separati dal tetto giardino, disposti su 4 piani connessi da passerelle,
- Tre edifici "satellite" di circa 1500 mq e su



Figura 2 – Biella, 24 novembre 2014 ore 7.00 ambulanze in attesa presso il vecchio ospedale

più piani, di cui uno destinato alla logistica e farmacia, uno destinato al blocco operatorio e uno destinato ad attività cliniche per lo più diurne.

■ L'Isola tecnica di 1500 mq su due piani, separata dal complesso e collegata con esso unicamente da una galleria di servizio sotterranea

Gli elementi funzionali e organizzativi caratterizzanti la nuova struttura sono stati:

1. La distinzione del percorso del paziente ricoverato da quello ambulatoriale.
2. L'adozione di un progressivo modello di degenza per intensità di cura
3. La gestione dipartimentale delle risorse e delle tecnologie
4. L'integrazione delle funzioni dell'area critica in contiguità spaziale.
5. La centralizzazione dell'area ambulatoriale
6. La concentrazione delle sale in un unico blocco operatorio
7. La centralizzazione dei servizi (per es. sterilizzazione e unità farmaci antiblastici)
8. Il condizionamento e il controllo completo del microclima
9. Il confort alberghiero e la umanizzazione delle cure

Programmazione del trasferimento

L'ASL di Biella, che assiste circa 180.000 abi-

tanti, è collocata nella zona settentrionale del Piemonte e dispone di un unico presidio ospedaliero. Gli ospedali più vicini sono collocati a circa 30-40 Km (Ivrea, e Vercelli), l'ospedale Hub di Novara a 60 km. Nel territorio comunale è presente una casa di cura accreditata che opera in regime di elezione per alcune specialità chirurgiche e non dispone di un Pronto Soccorso.

La distanza degli altri presidi, la necessità di dover garantire la risposta locale all'urgenza anche durante il trasloco (nessun altro DEA presente), rappresentavano quindi i principali elementi critici del trasferimento. Al contrario la distanza tra il vecchio e il nuovo ospedale era di circa 4 km. percorribili in auto in circa 10 minuti.

La progettazione ed attuazione del trasferimento è stata caratterizzata da: 1) redazione di un *piano* di trasferimento dei reparti basato sulla loro relazione funzionale o dipendenza reciproca¹, 2) costituzione di una *cabina di regia*, presso la Direzione medica ospedaliera per monitorare la tabella di marcia e eventuali problemi. 3) necessità di realizzare il trasloco in pochi giorni allo scopo di ridurre al minimo il tempo di funzionamento contemporaneo di 2 ospedali

Durante la prima fase si è messo a punto un *piano generale*. Precedenti esperienze hanno documentato i vantaggi di iniziare un traslo-

co ospedaliero dalle funzioni più autonome (come i servizi di farmacia, cucina, magazzino o gli uffici amministrativi ecc.) che non gestiscono pazienti degenti^{2,4-5}. Gli ultimi reparti a essere trasferiti devono generalmente essere quelli che gestiscono pazienti critici (terapie intensive, cardiologie ecc.).

Tale piano generale delle interazioni e delle relative precedenze è stato discusso con le equipe ed è stato integrato con il piano tecnico di trasporto e logistica delle tecnologie sanitarie e delle forniture generali¹⁶.

Appariva quindi per le ragioni sovraespresse, di difficile realizzazione un programma che si basasse sul trasferimento di pazienti verso altre strutture o sulla chiusura del Pronto Soccorso o dei ricoveri durante i giorni del trasferimento. Al contrario nelle settimane del trasferimento, apparivano obiettivi “intermedi” raggiungibili: ridurre le presenze dei pazienti ricoverati, sospendere gli interventi chirurgici ed i ricoveri programmati e interrompere l'attività ambulatoriale²⁰.

Il numero di pazienti da trasferire risultava un'altra variabile critica. Obiettivo prioritario da realizzare era rappresentato da una riduzione significativa del numero dei ricoverati, dagli oltre 400 a circa 200, agendo sulla riduzione e poi interruzione delle attività di elezione in particolare chirurgiche, in considerazione del fatto che la complessità del trasferimento cresce esponenzialmente all'aumentare del numero dei pazienti.

Il trasporto delle attrezzature e dei macchinari rappresentava un'altra problematica di difficile gestione considerando l'alto livello tecnologico: era quindi necessario calcolare un periodo di tempo necessario per testare e collaudare tutte le apparecchiature.

Ulteriore elemento da considerare, durante il trasferimento, è stato quello di adottare soluzioni temporanee in grado di facilitare il processo, come per esempio tenere attive contemporaneamente alcune funzioni nel nuovo e nel vecchio ospedale (farmacia, laboratori, magazzini, radiologia, sala di emergenza chirurgica e di rianimazione ecc.). Chiaramente, queste soluzioni avrebbero dovuto avere soltanto carattere temporaneo, dal momento che l'apertura contestuale di due strutture poteva risultare davvero difficile da sostenere.

Infine, preme evidenziare l'importanza della



Figura 3 – Biella vecchio ospedale, 26 novembre 2014 partenza dei pazienti

formazione del personale, da attuare il più tardi possibile in modo che non venissero dimenticati gli automatismi acquisiti. È normale, infatti, che sorgano imprevisti all'interno di organizzazioni così complesse, ma il successo del trasferimento dipendeva proprio dalla capacità di gestione del non pianificato.

Matrice Funzionale

La matrice funzionale¹ mutuata da analoghe esperienze condotte dal gruppo VAMED è stata costruita elencando sugli assi delle ascisse e delle ordinate tutti i reparti da trasferire nel nuovo ospedale. Ad ogni reparto è stato poi attribuito un peso (da 1 a 5) rappresentativo della relazione funzionale crescente rispetto agli altri reparti.

Per relazione funzionale si intendeva la necessità per un reparto ospedaliero di disporre della presenza e del corretto funzionamento di altri reparti per il suo buon funzionamento. Per esempio il blocco operatorio necessita per svolgere le proprie funzioni della presenza e buon funzionamento della centrale di sterilizzazione ecc.. La somma dei pesi per ogni reparto rappresenta il totale vincolo del reparto stesso rispetto all'intera organizzazione, un valore maggiore esprime una maggiore complessità e dipendenza, mentre i valori più bassi sono segno di una bassa dipendenza del reparto rispetto all'organizzazione.

Giornata	Tipologia reparti	N° Pazienti
24 novembre 2014	area medica e semintensiva	71
25 novembre 2014	area chirurgica e completamento area medica	41
26 novembre 2014	area cardiologica, rianimazione e postacuzie	41
27 novembre 2014	area materno infantile e pronto soccorso	25
	pazienti totali	178

RISULTATI

Il trasferimento dei reparti ospedalieri è stato preceduto tra il 19 e 21 maggio 2014 dal trasferimento degli uffici amministrativi, in questo modo è stato possibile avviare la struttura testando in parte impianti e funzionamento, mentre tutti i servizi sanitari, la direzione medica ospedaliera sono rimaste nel vecchio ospedale sino al novembre quando è stato avviato il trasloco. A partire dal 10 novembre e sino al 5 dicembre successivo tutte le attività di ricovero, ambulatoriali e chirurgiche programmate sono state sospese, garantendo la sola urgenza. Contestualmente è stata diffusa una corretta informazione attraverso organi di stampa e media locali su tutto il territorio di competenza, allo scopo di informare la popolazione e le istituzioni dell'avvenimento, ma soprattutto dei possibili disagi a cui si sarebbe potuto andare incontro.

Tutto il personale medico, infermieristico e dei servizi è stato istruito ad utilizzare il nuovo edificio. Questa operazione di familiarizzazione ha avuto lo scopo di rendere agibile al personale il nuovo ospedale, conoscere i percorsi, conoscere le modalità di utilizzo di tutti i meccanismi che sicuramente saranno diversi da quelli lasciati nel vecchio ospedale, ma soprattutto di fare in modo che i nuovi locali, arredi, tecnologie e attrezzature fossero a loro familiari.

Nei fine settimana precedenti e successivi al trasferimento dei ricoverati sono stati trasferiti gli ambulatori, mantenendo nel vecchio ospedale tutte le attrezzature necessarie a garantire le urgenze. Il trasferimento dei reparti di degenza e dei ricoverati è avvenuto tra il 24 e il 27 novembre 2014.

Il trasferimento è stato realizzato in colla-

borazione con le associazioni di pubblica assistenza e il 118 di area sovrazonale con un numero di pazienti medi per giornata di 40-60 degenti. Complessivamente il trasloco ha coinvolto i seguenti enti:

- Prefettura ed organi di Governo locali
- Regione Piemonte Assessorato alla Sanità
- Forze di Polizia, Carabinieri Vigili del fuoco
- Comuni, Polizia locale
- Protezione Civile
- ASL limitrofe
- 118 a livello locale e regionale
- Ospedali, Case di Cura e strutture sanitarie circostanti
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta
- Associazioni di volontariato
- Organi di informazione

Complessivamente nei quattro giorni di trasferimento sono stati trasferiti senza alcuna criticità 178 pazienti^{11,15}. Il trasporto dei pazienti dal vecchio al nuovo ospedale è stato eseguito a mezzo di ambulanze e pulmini attrezzati. Ogni ambulanza ha percorso l'intero tragitto di circa 4 Km in strade urbane in circa 30 minuti, comprendendo in questo tempo anche le operazioni di carico e scarico dal mezzo, sono state sufficienti 6-8 ambulanze per il trasferimento di 10-12 pazienti ora, con una potenzialità di circa 90 pazienti nelle otto ore. Allo scopo di non stressare troppo la struttura ricevente e "dimettente" si è optato per un trasloco nelle quattro giornate così distribuite

Il pronto soccorso ha continuato ad essere operativo nel vecchio ospedale sino all'ultimo giorno del trasloco (27 novembre) i pazienti urgenti giunti in PS nei giorni del trasloco venivano trasferiti nel nuovo



Figura 4 – Biella nuovo ospedale, 27 novembre 2014 arrivo dei pazienti

o mantenuti nel vecchio a seconda della condizione clinica e della collocazione del reparto competente. Dopo quella data tutte le urgenze sono state inviate nel nuovo ospedale, un presidio di urgenza è rimasto attivo nel vecchio ospedale sino al 30 novembre. Nella settimana del trasloco entrambi gli ospedali sono rimasti operativi per far fronte all'emergenza in particolare sono rimaste attive, in ciascun presidio, 2 sale operatorie, la rianimazione, i servizi diagnostici come pure la continuità assistenziale diurna e notturna.

Particolare attenzione è stata posta nella relazione con i parenti dei ricoverati affinché non restassero senza informazioni sulla ubicazione dei loro congiunti e non si sovrapponessero o ostacolassero le operazioni di trasferimento dei propri congiunti, ovviamente i genitori dei neonati e dei bambini ricoverati hanno accompagnato i piccoli pazienti in ambulanza.

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

Il trasferimento dell'ospedale di Biella si è dimostrato un'esperienza di successo: in quattro giornate sono stati trasferiti in sicurezza, con efficienza ed efficacia circa 180 pazienti ricoverati. Emblematico il commento del sindaco di Biella, Avv. M. Cavicchioli

al Direttore Generale dell'epoca Dr. G.F. Zulian: “la città non si è accorta del trasloco dell'ospedale”. A meno di una settimana dall'avvio del trasloco il vecchio ospedale è stato chiuso senza necessità di un ulteriore utilizzo.

Tra i fattori determinanti la buona riuscita del trasloco sono stati 6-7:

- La programmazione attenta di tutte le fasi del trasferimento, con la pianificazione di un cronoprogramma basato sulle priorità cliniche ed organizzative delle attività da sospendere e dei reparti da trasferire.

- La decisione di svolgere il trasferimento in un tempo contenuto (4 giorni) che ha determinato un contenimento temporale dello stress dei dipendenti, dei pazienti e delle strutture

- La informazione e formazione dei dipendenti sul comportamento da tenere prima durante e dopo il trasferimento.

- La partecipazione della cittadinanza ed in particolare delle istituzioni locali, delle Forze dell'ordine, del 118, dei Vigili del fuoco, della Protezione civile e delle associazioni di volontariato che hanno svolto un ruolo attivo nel corso del trasferimento.

- La informazione della cittadinanza, dei pazienti e dei loro familiari per contenere ansie e stress connesse all'evento.

Una particolare attenzione è stata posta su

di una meticolosa programmazione, che deve inevitabilmente essere stabilita con anticipo e chiarezza, e deve essere orientata al migliore compromesso tra continuità del servizio sanitario, sostenibilità finanziaria, consenso della cittadinanza, dei pazienti e degli operatori. Se condotto con questa programmazione un trasferimento ospedaliero in una nuova sede, può diventare, come tutti i progetti sfidanti, la possibilità di innovazione della cultura organizzativa dell'ospedale e un'opportunità per razionalizzare e rendere più efficienti alcune prassi cristallizzate dal tempo. A più di tre anni dal trasferimento le premesse poste dal trasloco e dalla nuova struttura sono ampiamente soddisfacenti. I risultati gestionali che il nuovo ospedale ha realizzato in questi anni con un incremento produttivo di oltre 6 milioni di euro e un contestuale e rilevante recupero della mobilità passiva, dimostrano che l'investimento nell'innovazione delle strutture e delle tecnologie è sicuramente volano di sviluppo professionale, sanitario ed economico^{3,8}.

BIBLIOGRAFIA

1. Bacher M.(Vamed). *Risultati, benefici e punti di attenzione. Seminario SDA Bocconi Vamed 29 giugno 2011. La gestione del trasferimento ospedaliero: esperienze a confronto.*
2. Bosio M. *Trasferimento A.O. S. Matteo di Pavia. Seminario SDA Bocconi Vamed 29 giugno 2011. La gestione del trasferimento ospedaliero: esperienze a confronto*
3. Catananti C "L'ospedale tra passato e futuro. Esiste un modello ideale?" *Salute e Territorio* 2002 131:117-128
4. Chiappa L. *Trasferimento A.O. S. Anna di Como Seminario SDA Bocconi Vamed 29 giugno 2011. La gestione del trasferimento ospedaliero: esperienze a confronto.*
5. Clementi C. *Trasferimento A.O. Vimercate Seminario SDA Bocconi Vamed 29 giugno 2011. La gestione del trasferimento ospedaliero: esperienze a confronto.*
6. Duffy K, Pearson A., M. Waters. *Moving a hospital: a once in lifetime experience. Australian health review.* 2002; 25: 155-161.
7. Ecoff L., Thomason T. *Moving into a new hospital: strategies for success. Journal of nursing administration.* 2009; 39: 499-503
8. Guzzanti E., *I Dipartimenti XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia cardiaca e vascolare* 1985.
9. Johnston L. *From here to there: moving a hospital. Nursing management (online).* 2011; 42:42-45.
10. IRES Piemonte Tresalli G., Sileno L. *Nucleo Edilizia Sanitaria Qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri pubblici della Regione Piemonte Rapporto anno 2016 – analisi e risultati*
11. La Franca G. Biella *Il nuovo Ospedale. Tecnica Ospedaliera* 2015; 3: 24-29.
12. Lamanna O., Gavagnin R., Cevellin R et al. *Istruzioni per un trasloco Dall'Umberto I all'Ospedale dell'Angelo. Tecnica Ospedaliera* Novembre 2009: 48-54.
13. Manzi P. *L'organizzazione: Trasferire un ospedale. Tecnica Ospedaliera* Aprile 2007: 72-79
14. Ministero della Sanità *Progetto di Ricerca finalizzata (ex art. 12 Dlgs 502/92): "Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza. Monitor, 2003 supp. n°6"*
15. Penna A., D'Aloia, F. Bragante B., Tedesco A. Trevisan P. *Il trasferimento dell'ospedale di Biella: ruolo della Direzione Medica. 41° Congresso Nazionale ANMDO, governare e decidere in sanità. Parma 2015 30 settembre- 2 ottobre 2015*
16. Pigni P. *Trasferimento A.O. Legnano Seminario SDA Bocconi Vamed 29 giugno 2011. La gestione del trasferimento ospedaliero: esperienze a confronto.*
17. Repubblica Italiana. *Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: "Riordino della disciplina sanitaria a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421"*
18. Repubblica Italiana. *Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517: "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*
19. Repubblica Italiana. *Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997: "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" (accreditamento)*
20. Stagni M.G., Bianchi S., Vetri E., Bini C. *L'organizzazione del trasferimento di un ospedale. Atti 30° Congresso nazionale ANMDO Sessione Poster, settembre 2004, pag. 188-189*

Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST)

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs)

Riassunto

Operativo dal 2007, l'IRST - Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori promuove e realizza attività di ricerca traslazionale e partecipa a programmi interaziendali, progetti, collaborazioni e reti. Tra le attività e i campi di ricerca: nanotecnologie, diagnostica molecolare, sviluppo vaccini e staminali. Al primo posto, la centralità del paziente.

Mattia Altini

Direttore Sanitario - Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (I.R.S.T.) S.r.l.

PAROLE CHIAVE:

Cura, Ricerca, Centralità del paziente



Frutto dell'**alleanza tra soggetti pubblici e privato sociale** - Regione Emilia-Romagna, Azienda USL della Romagna, Università di Bologna e Comune di Meldola fanno parte della componente pubblica, fondazioni bancarie del territorio e Istituto Oncologico Romagnolo (IOR) Onlus di quella privata - l'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) è operativo dal 2007 all'interno delle strutture dell'ex Ospedale Civile di Meldola (Forlì-Cesena) ed è, dal 2012, tra i 12 importanti centri oncologici che possono qualificarsi con il **riconoscimento ministeriale di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)**. **Soggetto del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna e riferimento nazionale in campo oncologico**, la missione dell'IRST consiste nel **promuovere e realizzare attività di cura, studio e ricerca, in particolare ricerca traslazionale** ovvero quel tipo di ricerca che produce risultati rapidamente trasferibili dal laboratorio all'attività clinica per un diretto beneficio dei malati. IRST, oltre a perseguire i più

alti livelli nel trattamento delle patologie oncologiche, promuove e governa la ricerca oncologica quale strumento di conoscenza e motore di eccellenza, innovazione e progresso, promuove l'attività didattica assicurando ai professionisti in formazione lo sviluppo di conoscenze specialistiche di eccellenza in ambito oncologico. Attraverso l'integrazione tra le funzioni di ricerca, assistenza e formazione, IRST persegue la **continuità di cura e l'efficienza organizzativa** e fornisce il supporto scientifico con l'obiettivo di migliorare i percorsi organizzativi e offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute.

Nel 2015, a seguito dell'approvazione da parte della Conferenza Territoriale Socio Sanitaria IRST e Azienda USL della Romagna hanno avviato un **Programma interaziendale per la creazione del Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)** - un modello di rete oncologica capace di coordinare i percorsi di diagnosi, cura e ricerca - cui primo obiettivo è la creazione di un polo produttivo per farmaci antitumorali



e radiofarmaci per tutte le oncologie della Romagna. La nuova **Farmacia Oncologica** troverà spazio in una nuova palazzina di 3 piani per 900 metri quadri complessivi, in un'area distante poche centinaia di metri dal Centro oncologico di Meldola. Grazie ad un'intensa attività di produzione, sia aderenti a protocolli consolidati sia sperimentali, la Farmacia Oncologica servirà le sedi IRST IRCCS e le strutture oncologiche ed ematologiche dell'Azienda USL della Romagna. La sua prima funzione sarà, infatti, quella di **rispondere alle esigenze terapeutiche di tutta la Romagna**.

I dipendenti IRST sono circa 500. Si tratta in gran parte di dipendenti con contratto a tempo indeterminato (i due terzi) e comandati da azienda AUSL Romagna. La prevalenza di **genere è femminile** (70,9%), in particolare nelle qualifiche di Infermiere (89%), Biostatistico e Data Manager (95,5%), Amministrativo (76%) e Biologo (84%). L'età media del personale IRST è di 40,5 anni (39 anni per le femmine, 43,9 per i maschi). Il **personale dedicato in prevalenza a Cura e Assistenza** (medici, infermieri, tecnici di Radiologia etc.) è pari al 68% del totale; il 20% è, altresì, dedicato alla Ricerca (biologi, collaboratori di ricerca, biostatistici, data manager).

CURA

Organizzato secondo innovativi approcci che pongono il paziente al centro (percorsi assistenziali e gruppi di patologia) IRST gestisce attività clinico-scientifiche in quattro sedi: **Meldola** (sede operativa e legale), **Forlì** (Day Hospital), **Cesena** (Servizio di Oncoematologia, da gennaio 2011) e **Ravenna** (Servizio di Radioterapia, da gennaio 2014). La sede di Meldola, oltre ad assicurare prestazioni ambulatoriali e di Day Hospital, dispone di una **Degenza ordinaria con 30 posti letto e una Degenza radiometabolica (6 posti letto)**, oltre ad attività di maggior impegno tecnologico quali Radiologia, Radioterapia, Farmacia Oncologica, Medicina Nucleare Diagnostica, Radiologia, Laboratorio di Bioscienze. Nelle sue differenti sedi operative IRST prende in carico ogni anno **oltre 19mila pazienti, il 20% dei quali provenienti da fuori Regione**. Nella sede di Meldola, l'Istituto è operativo in una struttura di quasi 17.000 metri quadri. Nel corso degli anni sono stati effettuati due significativi ampliamenti strutturali: una palazzina dedicata alla Radiofarmacia e un edificio che ospita parte della Radioterapia, ala

del Laboratorio di Bioscienze, Centro Risorse Biologiche e Risonanza Magnetica 3 Tesla.

L'Istituto insiste su un **territorio di oltre 1 milione e centomila abitanti** ed è una realtà dotata di tutte le *facilities* necessarie per raggiungere gli obiettivi posti, le competenze per la gestione degli studi, per l'accesso ai più alti livelli del finanziamento, ai bandi nazionali e internazionali, per dialogare alla pari con i più qualificati centri ed enti. Tra le **strumentazioni** che sono a disposizione per attività di cura, diagnosi e ricerca si segnalano: Risonanza Magnetica 3 Tesla, Tomografo PET/TC di ultima generazione (cui si abbina la produzione in loco – presso Radiofarmacia IRST – di traccianti innovativi), sistemi per il sequenziamento genomico, Cell Factory accreditata AIFA per produzione di vaccini con cellule dendritiche, impianto per la crioconservazione di materiale biologico a fini di ricerca, la strumentazione per brachiterapia più avanzata (presso la sede di Ravenna), due robot per l'allestimento di farmaci antitumorali, strumentazioni per la diagnosi di tumori alla cute, una tomoterapia di ultima generazione.

RICERCA

IRST promuove attivamente la **collaborazione scientifica con Università, Irccs, Enti** e alcuni tra i più importanti centri nazionali e internazionali di ricerca e cura oncologica tra cui Università di Bologna, Istituto Nazionale Tumori “Regina Elena”, AGENAS, Princeton e YALE University, The Methodist Hospital (Houston, USA), Institute of Cancer Research (London, UK), Bugando Medical Centre (Mwanza, Tanzania).

Quattro le **linee di ricerca** che indirizzano le attività d'Istituto:

1. Appropriatazza, esiti, value del farmaco e modelli organizzativi funzionali alla continuità dei percorsi diagnostico-terapeutici in oncologia.
2. Terapie innovative, Trials di fase I-III e di strategia terapeutica basati su modelli preclinici, meccanismi onco-immunologici, nano vettori.
3. Medicina di precisione, genere, etnia e “geroscienze”: meccanismi genetico molecolari nello sviluppo, caratterizzazione e terapia dei tumori.

4. Genetica e ambiente nello sviluppo e progressione dei tumori e meccanismi inibitori. esposomica, prevenzione primaria e secondaria.

I principali campi di applicazione delle **attività di ricerca IRST** sono: Nanotecnologie in osteoncologia; Intraoperative Avidination for Radionuclide Treatment (IART); RMN 3 Tesla Hi-FU; Diagnostica molecolare e fattori predittivi per terapie target; Sviluppo vaccini per melanoma e altri tumori (Cell Factory accreditata AIFA); Centro Risorse Biologiche (Biobanca); Cellule staminali del cancro nei tumori solidi; Cellule Tumorali Circolanti, Esposoma. Cuore delle attività di ricerca è il **Laboratorio di Bioscienze**. Il Laboratorio, nel più recente assetto organizzativo, si articola in due strutture di Diagnostica molecolare avanzata e predittiva e Drug discovery unit e radiobiologia ed è funzionalmente organizzato per patologia. Tutti i settori sono tra di loro interdipendenti pur mantenendo l'autonomia organizzativa. I progetti di ricerca nascono e si sviluppano principalmente in modo intersettoriale in funzione delle competenze tecnico-scientifiche necessarie allo svolgimento dei programmi di ricerca stessi; ogni settore ha un proprio Responsabile (RdS). Le strumentazioni disponibili comprendono, oltre le attrezzature “di base” presenti normalmente in qualsiasi laboratorio di ricerca, attrezzature specialistiche all'avanguardia.

CENTRALITÀ DEL PAZIENTE

Insieme ai numerosi **progetti di umanizzazione delle cure** – dal Laboratorio di scrittura espressiva all'Angolo dell'armonia dove estetiste professioniste offrono gratuitamente ai pazienti semplici trattamenti di bellezza e benessere – dal 2016, grazie all'impegno della Fondazione Cassa di Risparmio di Forlì, IRST è in grado di rispondere alla crescente richiesta di alloggio temporaneo per pazienti e loro familiari attraverso la **Casa Accoglienza San Giuseppe – Antonio Branca**, moderna struttura ricettiva nata da una radicale ristrutturazione dell'ex orfanotrofio di Meldola. In IRST (sedi Meldola, Forlì, Cesena e Ravenna) operano, inoltre, anche circa 80 volontari aderenti al **Progetto Virgilio** per accompagnamento e informazione dei pazienti e utenti.

Un'esperienza di gestione clinica e socio assistenziale delle dimissioni difficili

Cipriani M.D*., De Luca A.., Del Borgo S.***, Lucarelli M.***, Trasatti L.°, Forte D.°, Villano M.A.°, Rocco M.°, Basso D.°, Luciani C.§, Sommella L.§§**

* Dirigente medico referente Bed Management–Direzione Sanitaria – Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea –Sapienza Università di Roma; ** Resp. UOS Clinical Governance e Gestione Percorsi Assistenziali –Direzione Sanitaria – Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea –Sapienza Università di Roma; *** Assistente Sociale – Servizio Sociale Ospedaliero; Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea –Sapienza Università di Roma; ° Dirigente medico Bed Management–Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea –Sapienza Università di Roma; °° Coordinatore Infermieristico Bed Management–Direzione Sanitaria -Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea –Sapienza Università di Roma; °°° Dirigente medico Bed Management referente clinico area internistica-Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea –Sapienza Università di Roma; § Referente Ufficio Qualità -Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea –Sapienza Università di Roma; §§ Direttore Sanitario Aziendale - Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea –Sapienza Università di Roma

Parole chiave: Bed Management, Servizio Sociale, Blaylock Risk Assessment Screening Scale

INTRODUZIONE

Presso l’Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea di Roma è attivo il servizio di Bed Management (BM) integrato con il Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) per la gestione di pazienti che fin dall’accesso in ospedale presentano un maggior rischio di difficoltà alla dimissione (Team BM-SSO). La scala di valutazione utilizzata per misurare tale rischio è la “Blaylock Risk Assessment Screening Scale” (BRASS). Nel primo semestre 2016 la BRASS eseguita in pazienti ricoverati in ospedale ha evidenziato che l’8% dei pazienti hanno un rischio alto, cui è corrisposta una degenza media di 22 giorni. Pertanto l’identificazione tempestiva delle dimissioni “difficili” da parte del Team BM-SSO per l’attivazione precoce di percorsi socio sanitari integrati con il territorio contribuisce alla riduzione dei tempi di degenza e di conseguenza limita il verificarsi di eventi negativi per la sicurezza del paziente (lesioni da pressione, cadute accidentali, infezioni nosocomiali, ecc).

METODI

Il servizio BM e il SSO si confronta quotidianamente con la rete di referenti individuati in ogni Unità Operativa (UO) di area medica e chirurgica, compreso il PS per rilevare la presenza di pazienti potenziali per dimissione “difficile” attraverso l’uso della BRASS. Per poter incidere sulla riduzione delle giornate di degenza, dal luglio 2016, è stata rafforzata la presenza attiva nei reparti e nel PS del Team . Inoltre, per l’area internistica, in cui si trovano più di frequente casi di dimissione “difficile”, è stato identificato il Bed Manager clinico che fa parte del Team BM-SSO. Periodicamente i reparti e i PS e il Team BM-SSO si riuniscono per la valutazione congiunta sia dell’attività mediante indicatori di processo che di even-

tuali azioni correttive da implementare.

RISULTATI

Tra il luglio 2016 e luglio 2017 il Team BM-SSO è stato attivato per n.414 pazienti di cui il 22% provenienti dal PS. Nel 31% dei casi ricoverati il Team è stato attivato dal 3° giorno di ricovero, mentre nel 69% dopo più di 3 giorni. Tra il contatto del team e la dimissione del paziente nel 45% è passato meno di 3 giorni e nel 19% meno di 6 giorni. Il Team è stato attivato per il 25% dal PS, dai reparti di area medica nel 36%, nel 5% dalle aree critiche. I motivi di attivazione del Team BM-SSO sono stati per il 47% l’avvio a strutture di lungodegenza/riabilitazione, 7% hospice, 11% assistenza domiciliare, 27% supporto sociale (senza fissa dimora, disagio adulti e minori). In tutti i casi in cui il team è stato coinvolto è stata somministrata la BRASS. I pazienti in cui il Team non è stato coinvolto le dimissioni sono state in media più lunghe di circa 5 giorni rispetto ai pazienti presi in carico dal Team a parità di punteggio BRASS.

CONCLUSIONI

L’introduzione di un processo organizzato e condiviso di gestione dei ricoveri e delle dimissioni ha consentito, attraverso la collaborazione tra i diversi attori coinvolti, una maggiore efficienza ed appropriatezza clinico assistenziale. In particolare, l’identificazione del BM di area internistica e l’intervento sociale da parte del SSO ha fornito un sostegno al Bed Management per facilitare le dimissioni, evitare l’effetto “porta girevole” (un paziente che esce oggi e rientra dopo tre giorni per mancanza di adeguati supporti), economizzare le risorse esistenti favorendo il mutuo aiuto tra pazienti, la solidarietà tra i cittadini e le risorse del territorio.

Stop alla Sepsis: un modello di riorganizzazione per la sicurezza del paziente

A. Cirrone Cipolla¹, P.M. Santino², C. Consiglio³, G. Ferrigno⁴, C. Iacono⁵.

1 Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale di Caltanissetta

2 Direttore Sanitario - ASP di Caltanissetta

3 Dirigente Psicologo - ASP di Caltanissetta

4 Specialista volontaria in Management Sanitario - ASP di Caltanissetta

5 Direttore Generale - ASP di Caltanissetta

Parole chiave: Sepsis, Emergenze, Shock Settico

INTRODUZIONE

La sepsi è una patologia frequente e grave, anche se poco conosciuta. Si stima che la sepsi possa colpire ogni anno nel mondo circa 20-30 milioni di persone, 6 milioni delle quali sono neonati o bambini piccoli. Saper individuare e gestire la sepsi è una delle sfide che i sistemi sanitari oggi sono chiamati a fronteggiare. Nel 2016 la Consensus Conference propone una definizione per lo shock settico: “è un sottinsieme della sepsi, in cui le sottostanti anomalie circolatorie e metaboliche cellulari sono tali da aumentare la mortalità in maniera significativa”. Questa nuova definizione si focalizza su due aspetti fisiopatologici dello shock molto importanti: l'insufficienza circolatoria, che si manifesta con l'ipotensione, e l'alterazione del metabolismo cellulare, che si esprime con l'incremento della concentrazione sierica di lattati. Laddove non sia disponibile il dosaggio dell'acido lattico, gli Autori danno come alternativa l'impiego del capillary refill time. In Italia, la dimensione del problema della sepsi non ha dati precisi. A livello locale occorre lanciare un messaggio chiaro: il problema non è confinato alle sole Terapie intensive. Spesso, infatti, quando viene rilevato dalle Terapie intensive è troppo tardi per agire. Serve quindi un'azione di informazione e divulgazione rivolta ai reparti di Medicina, di Chirurgia, ai Pronto soccorso e alla Medicina generale. Nel 2017 la sepsi rimane in testa alle attività di Risk Management previste dall'OMS e le recenti linee guida sulla prevenzione della Sepsis sono appositamente volte al tempestivo riconoscimento della prima sintomatologia. Il nostro studio è partito dall'analisi dei dati delle SDO. Sono stati presi in esame il numero dei pazienti dimessi con codice ICD-9 correlabili alla sepsi. Il nostro obiettivo è stato di aumentare dell'80% la POSSIBILITÀ DI SOPRAVVIVENZA con RICONO-

SCIMENTO/trattamento precoce della sepsi entro la prima ora. Su uno specifico target, quello delle U.O. di Terapia intens., Medicina, Chirurgia, PS e principalmente la Medicina Generale. I nostri obiettivi specifici riguardano l'intercettazione dei primi sintomi, per evitare la degenerazione in shock settico sin dall'ingresso del pazienti in PS e nei differenti setting assistenziali. Dosaggi e terapie antibiotiche da somministrare a seconda dell'origine dell'infezione con accorgimenti da adottare nel trattamento infermieristico del paziente. Formazione.

METODI E MATERIALI

Si è costituito un Gruppo di lavoro di esperti e professionisti per fornire agli operatori linee di indirizzo per rispondere alla sepsi e promuovere gli obiettivi per un SSI sul tema: Necessità di interventi organizzativi per favorire la gestione dei fattori di rischio individuali a livello di reparto e favorire una diagnosi e trattamento precoce. Favorire la costituzione di percorsi multi-specialistici e multi-professionali per la gestione di una patologia grave e complessa come la sepsi. Valutare periodicamente l'affidabilità degli indicatori disponibili e dei dati. Promuovere la sorveglianza attiva attraverso la corretta applicazione dei bundle per la prevenzione delle infezioni. Disporre di dati sulle sensibilità antibiotica e sul consumo di antibiotici

RISULTATI

Per ciascuno dei seguenti indicatori lo standard è la riduzione rispetto alla misurazione precedente e la fonte del dato è la revisione delle cartelle cliniche, ad eccezione della formazione del personale che si evince dai registri degli uffici formazione o dal curriculum degli operatori.

Quali indicatori di qualità per il controllo del servizio appaltato di ristorazione ospedaliera?

D'Angelo M.¹, Quattrin R.², Perri G.³, Peri M.⁴, Baldassa K.⁵, Vesca R.⁶, Grimaldi F.⁷, Brusaferrò S.⁸

1 Medico in formazione, Scuola di Igiene e Medicina Preventiva. SOC Accredimento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Dipartimento di Area Medica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud).

3 Dirigente Medico. SOC Accredimento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Dipartimento di Area Medica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud).

3 Medico in formazione, Scuola di Igiene e Medicina Preventiva. SOC Accredimento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Dipartimento di Area Medica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud).

4 Dietista. SOS di DPT Nutrizione Clinica, Dipartimento di Medicina Interna, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud).

5 Collaboratore Amministrativo. Area Alberghiera-SOC Approvvigionamenti e Logistica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud).

6 Dirigente Infermieristica, Staff Professioni Sanitarie. Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud).

7 Direttore Endocrinologia e Malattie del Metabolismo e Responsabile SOS di DPT Nutrizione Clinica. Dipartimento di Medicina Interna, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud).

8 Direttore SOC Accredimento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Dipartimento di Area Medica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud).

Parole chiave: Qualità, Standard Qualitativi, Servizio di Ristorazione Ospedaliera

INTRODUZIONE

Il servizio di ristorazione ospedaliera si configura come sistema complesso che ha bisogno di riferimenti chiari per garantire la necessaria qualità. Il programma di miglioramento qui descritto ed attuato presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud), definisce standard qualitativi oggettivamente misurabili relativi al servizio appaltato di ristorazione ospedaliera.

MATERIALI E METODI

Il servizio di ristorazione presso l'ASUI-Ud viene garantito da un sistema cook and chill in appalto esterno. I pasti vengono allestiti nel centro di cottura della Ditta e rigenerati e confezionati presso il presidio ospedaliero su appositi nastri di confezionamento. Dopo essere veicolati ai degenti con sistema idoneo al mantenimento della temperatura prevista (carrelli o contenitori termici) sono distribuiti tramite vassoio personalizzato. Dal 2011 è stato istituito presso l'ASUIU-Ud un gruppo di lavoro multidisciplinare, che attua il programma di monitoraggio riportato in Tabella 1. Le risultanze del monitoraggio vengono presentate e discusse periodicamente con la ditta di ristorazione.

RISULTATI

Gli aspetti igienico-sanitari sono stati valutati, nel mese di febbraio 2017, da parte del gruppo di lavoro con sopralluogo presso i locali della ditta appaltatrice, da cui sono emerse criticità legate soprattutto all'igiene delle strutture e all'organizzazione dei locali con formulazione di raccomandazioni scritte.

La distribuzione delle tipologie di non conformità gravi per anno è mostrata in Figura 1.

La valutazione dietetico-nutrizionale (tot piatti:74) ha rilevato non conformità relative al peso per il 13.5%, al condimento per il 4.1%, alla cottura per il 2.7% e al sapore e alla consistenza per l'1.4%.

Complessivamente i vassoi (tot:25) hanno riportato un giudizio "buono" nel 54% dei casi, "sufficiente" nel 32% dei casi, insufficiente nel 4% dei casi. Nel dicembre 2016 è stata svolta un'indagine di gradimento somministrando un questionario ad un campione di pazienti ricoverati (tot:175).

Tra gli aspetti indagati, la qualità, la varietà e la qualità sono risultati i più critici con un giudizio complessivo di buono (massimo punteggio) rispettivamente del 43%, del 52% e del 57%.

ASPETTI MONITORATI	ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO	CADENZA	RESPONSABILITÀ
IGIENICI E DI SICUREZZA	Piano di autocontrollo HACCP	Secondo quanto stabilito dal D.Lgs. 193/07 e dai Regolamenti dell'Unione Europea	Ditta appaltatrice
	Visita presso i locali della ditta appaltatrice	Annuale e al presentarsi di specifiche criticità	Direzione Medica
	Scheda di non conformità grave (temperatura inadeguata, presenza di corpo estraneo nell'alimento, prodotto alterato/avariato)	Segnalazione spontanea da parte dei reparti tramite scheda ad hoc	Reparti di degenza
	Registrazione delle temperature dei frigoriferi di reparto	Giornaliera	Reparti di degenza
DIETETICO-NUTRIZIONALI	Valutazione dietetico-nutrizionale presso il terminale al nastro di confezionamento dei pasti	Settimanale	SOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo-Nutrizione Clinica
	Valutazione dietetico-nutrizionale degli alimenti nei vassoi personalizzati presso i reparti	Settimanale	SOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo-Nutrizione Clinica
CONFORMITÀ CAPITOLATO	Scheda di non conformità di fornitura in rapporto alle quantità, alla tipologia degli alimenti, alla dieta, agli orari di arrivo e ritiro dei carrelli nei reparti)	Segnalazione spontanea da parte dei reparti tramite scheda ad hoc	Reparti di degenza
QUALITÀ PERCEPITA	Questionario di gradimento rivolto al paziente sulla qualità, quantità, varietà e temperatura del pasto	Annuale (campione) o in occasione di altre indagini aziendali/regionali	Direzione Medica

CONCLUSIONI

Il programma di monitoraggio del servizio di ristorazione attuato ha permesso di individuare gli aspetti critici in tempo reale e di intervenire con azioni correttive immediate.

Tabella 1. Programma di monitoraggio della qualità del servizio di ristorazione ospedaliera.

Le cure simultanee di pazienti oncoematologici in un ospedale universitario romano

De Luca A.* , Cavalieri E.** , Aschelter A.M.*** , Costanzi A.*** , Marchetti P.° , Sommella L.°° , Aloe Spiriti M.A.°°°

* Resp. UOS Clinical Governance e Gestione Percorsi Assistenziali – Direzione Sanitaria – Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea – Sapienza Università di Roma; ** Ematologa – ambulatorio di Cure Simultanee Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea – Sapienza Università di Roma; *** Oncologo – ambulatorio di Cure Simultanee Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea – Sapienza Università di Roma; ° Direttore UOC Oncologia - Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea – Sapienza Università di Roma; °° Direttore Sanitario Aziendale - Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea – Sapienza Università di Roma; °°° Responsabile ambulatorio di Cure Simultanee e responsabile del DH ematologico - Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Andrea – Sapienza Università di Roma

Parole chiave: Cure Simultanee, Pazienti Oncologici, Pazienti Ematologici.

INTRODUZIONE

Le cure simultanee nel malato oncologico-ematologico rappresentano un modello organizzativo mirato a garantire la sua presa in carico globale attraverso un’assistenza integrata fra terapie oncologiche e terapie dei sintomi. La principale finalità delle cure simultanee è migliorare la qualità della vita in ogni fase della malattia, attraverso una meticolosa attenzione ai bisogni fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia. Il 01/12/2016 è stato attivato, presso l’Azienda Sant’Andrea, un ambulatorio di cure simultanee rivolto a pazienti onco-ematologici in cura attiva.

MATERIALI E METODI

L’attività è svolta in un ambulatorio con personale dedicato. Sono eleggibili pazienti onco-ematologici con una aspettativa di vita > 6 mesi, sintomatici, in trattamento chemio e/o radioterapico nei quali è attesa o si è verificata una tossicità correlata al trattamento o alla malattia. I pazienti sono inviati dagli specialisti dell’ospedale o dai medici di medicina generale (MMG). Risultati attesi: migliorare il controllo dei sintomi, prendere in carico globalmente il paziente ed i familiari, favorire la continuità assistenziale fra ospedale e territorio, mantenere il timing dei trattamenti chemioterapici, ridurre gli accessi impropri in pronto soccorso, i ricoveri inappropriati e le complicanze infettive nosocomiali.

RISULTATI

Dal 1/12/2016 al 31/07/2017 hanno effettuato un primo accesso ambulatoriale 186 pazienti (147 oncologici e 39 ematologici). Sono state effettuate 771 visite ambulatoriali,

756 accessi ambulatoriali per terapia infusione e 239 accessi di day hospital. Nel 37% dei casi il sintomo di accesso è stato il dolore, nel 16% l’anemia, nel 15% l’astenia/cachessia, nel 10% l’osteopenia e nel 22% a carico dell’apparato gastro-intestinale (nausea/disidratazione/mucosite/stipsi). I criteri di eleggibilità sono stati soddisfatti nell’81% dei casi. Gli interventi effettuati hanno incluso terapie infusionali, immunomodulanti, trasfusioni e procedure interventistiche. Per il 7% dei pazienti oncologici e per il 21% degli ematologici sono state richieste consulenze di specialisti (cardiologo, ortopedici, ecc.). I MMG sono stati contattati nel 20% dei casi per approfondimento clinico. Abbiamo analizzato il Performance Status (PS) e il sintomo dolore al tempo 0 e dopo 1 mese. Al tempo zero, 21 pazienti avevano PS 0, 93 PS 1, 24 PS 2, 5 PS 3 e 8 non erano valutabili: ad 1 mese di follow-up vi è stato un miglioramento del PS in 33/158 pazienti (21%) e una stabilità in 74/158 (45%). Dei 72 pazienti con dolore, 39 (54%) hanno ottenuto una riduzione significativa del dolore (>40% NRS – scala del dolore), mentre 20 (28%) una riduzione < 40% del valore NRS e 13 non valutabili ad 1 mese. Le trasfusioni sono state eseguite nella stessa giornata con soddisfazione dei pazienti grazie ad un percorso preferenziale stabilito con il centro trasfusionale. Inoltre, nello stesso periodo vi è stata una riduzione significativa dell’invio in PS dei pazienti dall’ambulatorio e DH oncologico. La maggiore difficoltà è stata incontrata per l’invio di pazienti (19%) che non soddisfacevano i criteri di inclusione e non potevano essere gestiti in ambulatorio. La nostra esperienza dimostra che la gestione integrata di pazienti fragili è possibile e ha stimolato lo sviluppo di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale aziendale dedicato per prendersi cura globalmente di questi pazienti fragili ottimizzandone la gestione.

Costruire un nuovo ospedale: valorizzazione degli elementi di natura qualitativa. Il nuovo Ospedale di San Gavino Monreale in Sardegna

Michele Dentamaro[°], Antonio Onnis^{°°}, Giuseppe Botta*

[°] Direttore Medico Presidio Ospedaliero N.S. di Bonaria di San Gavino Monreale (VS) ATS Sardegna

^{°°} Direttore Area Socio Sanitaria Locale (ASSL) di Sanluri (VS) ATS Sardegna

* Geometra Ufficio Tecnico Logistico Area Socio Sanitaria Locale Sanluri (VS) ATS Sardegna

Parole chiave: Benessere, Confort e Centralità

INTRODUZIONE

Presso la ASSL di Sanluri (ATS Regione Sardegna) è in fase di realizzazione la costruzione di un nuovo Presidio Ospedaliero. Il capitolato di gara per l'aggiudicazione della realizzazione dell'ospedale è stato redatto sottolineando elementi di valutazione di natura qualitativa dei progetti presentati. In particolare gli elementi di natura qualitativa esaminati sono stati raggruppati in 4 macrosettori: assetto distributivo e funzionale; soluzioni impiantistiche; caratteristiche ambientali ed estetiche; qualità dei materiali nelle partizioni orizzontali e verticali.

MATERIALI E METODI

Il progetto definitivo presentato dalla ditta vincitrice della gara ha raggiunto l'obiettivo di rispettare, adeguare e migliorare il progetto preliminare posto a base di gara. I miglioramenti al programma preliminare si possono così sintetizzare:

- ottimizzazione delle giaciture dell'edificio ospedaliero con allineamento dell'asse elioterminico secondo la direttrice est-ovest. Ne consegue l'incremento delle prestazioni energetiche dell'involucro e del confort dei degenti, la realizzazione delle vie di accesso al complesso e la riduzione dei costi di gestione;
- differenziazione della maglia strutturale dei distinti corpi di fabbrica, ottimizzazione delle sistemazioni esterne, del sistema della viabilità interna di distribuzione, delle aree di parcheggio, degli accessi e della segnaletica;
- ottimizzazione del sistema dei collegamenti verticali;
- inquadramento del sistema del verde esterno come fattore di mitigazione ambientale, inquadramento del Verde (Corte Interna, terrazzamenti verdi, tetti giardino) come soluzione di mitigazione degli impatti e di valorizzazione architettonico-ambientale finalizzata all'incremento del benessere psico-percettivo;

■ valorizzazione estetico-funzionale degli spazi esterni sulla base di indirizzi chiave finalizzati al confort alberghiero: luce, colore, art decor, design del dettaglio, permeabilità del sistema del verde;

- riconfigurazione distributivo-funzionale del corpo delle degenze;
- valorizzazione ed ottimizzazione dell'involucro attraverso inserimento di finestre a astro.

RISULTATI

Tali soluzioni migliorative vengono inevitabilmente da un'analisi progettuale e sanitaria effettuata dallo studio di progettazione affiancato da consulenti sanitari della ditta che dovrà realizzare l'opera anche e soprattutto per la parte dell'offerta di gara relativa al costo ed alla tempistica di esecuzione dell'opera a seguito dell'approvazione del progetto esecutivo.

Il progetto quindi, nell'individuazione delle proposte migliorative, parte dalla centralità del paziente attorno al quale si organizzano i servizi. Ciò significa che ogni soluzione progettuale è risolta dal punto di vista di come uno spazio o una tecnologia viene percepita da chi, in quel momento, si trova in condizioni di disagio.

Sicurezza e appropriatezza prescrittiva della terapia insulinica in ospedale e continuità ospedale-territorio

Di Mare Antonio*, **Manicardi Valeria°**, **Michellini Massimo^**, **Pagliani Ugo Aldo^**, **Manicardi Enrica^^**, **Busani Corrado°°**, **Bosoni Irene°°**, **Turra' Caterina°°**, **Gradellini Federica°°**, **Marchesi Cristina***, **Mazzi Giorgio****

* Direzione Sanitaria AUSL, ** Direzione Sanitaria SMN ° Coordinamento Diabetologia aziendale, ^ Dipartimento Internistico di Area SUD-Montana, ^^ Dipartimento Medicine Specialistiche ASMN, °° Dipartimento Farmaceutico Interaziendale AUSL.

Parole chiave: Chirurgia Bariatrica, Sicurezza, Servizio Prevenzione e Protezione

INTRODUZIONE

I pazienti con diabete in ospedale sono uno su quattro in medicina ed uno su tre nelle aree critiche. La terapia appropriata in corso di un evento acuto è la terapia insulinica, che spesso i pazienti iniziano per la prima volta in ospedale, in modo generico. L'insulina richiede continui aggiustamenti dei dosaggi in base alle situazioni cliniche ed è considerata dalla Joint Commission un farmaco ad elevato rischio di errore.

OBIETTIVI

Creare strumenti informatici di supporto a una prescrizione semiguidata della terapia insulinica, basata sulle migliori evidenze, flessibile e in grado di rendere autonomi gli infermieri per attuare le variazioni di insulina ai pasti. Inserire le penne monouso di insulina in ospedale in sicurezza. Strutturare la dimissione «protetta» dei pazienti che iniziano la terapia insulinica.

METODI

Negli ospedali della provincia di Reggio Emilia è in uso un applicativo informatizzato per la terapia (PSC) che identifica il paziente tramite il bracciale con barcode e il farmaco prescritto e somministrato (lettura codice a barre). Sono state inserite le Penne monouso di Insulina, monopaziente, con ago di sicurezza, individuate da barcode paziente. E' stato messo a punto un foglio di calcolo semiguidato, informatizzato, per la prescrizione di insulina basal-bolus, basato su un algoritmo EBM. Il medico inserisce il peso paziente e ottiene il fabbisogno di insulina/die: moltiplica il peso per 0,4, in condizioni di resistenza insulinica media, (per 0,6 in condizioni di resistenza severa). Il foglio di calcolo produce le dosi di insulina da assegnare al basale

(40%) e da distribuire ai pasti (60% = 20-40-40%) e le variazioni calcolate in base ad una griglia di valori glicemici predefiniti.

RISULTATI

E' stata condivisa la PR44 che prevede: il medico prescrive la terapia, l'infermiera trasmette, con il terminale a lettore ottico, le glicemie ai pasti al foglio di terapia informatizzato, che restituisce la dose di insulina da somministrare, secondo l'algoritmo. Somministra la dose di insulina con la penna monouso, mono-paziente. Tre giorni prima della dimissione attiva la consulenza del Team diabetologico, che istruisce il paziente all'uso corretto delle penne da insulina, alla sua somministrazione, fornisce i presidi e il primo appuntamento. Alla dimissione l'infermiera di reparto consegna al paziente la penna in uso durante la degenza. L'applicazione della PR44 nel 2016, ha evidenziato che: 1837 pazienti sono stati dimessi con Insulina a domicilio, per un totale di 3724 prescrizioni di insulina (basale e/o rapida). Il 99% ha ricevuto penne monouso ed educazione terapeutica dal Team diabetologico. I flaconi di insulina (da 1000 UI) risparmiati sono stati 3720 con spreco evitato di 113.952 €. I pazienti dimessi con Penna monouso (1835), presi in carico pre-dimissione ed istruiti, significano maggiore sicurezza e continuità assistenziale ospedale-territorio.

CONCLUSIONI

Il sistema semiguidato di prescrizione insulinica garantisce sicurezza prescrittiva e assistenziale, flessibilità nell'adeguare le dosi di insulina ai valori glicemici e autonomia delle infermiere. L'uso delle penne monouso da insulina riducono il rischio clinico e gli sprechi. La presa in carico pre-dimissione del Team diabetologico garantisce la dimissione del paziente in sicurezza, in grado di autogestirsi la terapia a domicilio.

Quando il Pronto Soccorso fa il check-up. Definizione di regole comuni di accesso e reindirizzamento

L. Fiorella¹, P.M. Santino², A. Cirrone Cipolla³, C. Consiglio⁴, G. Ferrigno⁴, C. Iacono⁵

1 Direttore Medico P.O. V. Emanuele di Gela – Asp di Caltanissetta; 2 Direttore Sanitario - ASP di Caltanissetta; 3 Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale di Caltanissetta; 4 Dirigente Psicologo - ASP di Caltanissetta; 5 Specialista volontaria in Management Sanitario - ASP di Caltanissetta; 6 Direttore Generale – ASP di Caltanissetta

Parole chiave: Pronto Soccorso, Check Up, Accessi

INTRODUZIONE

Il PS rappresenta la prima porta di accesso all'ospedale, è il più importante punto di contatto tra il sistema sanitario e i bisogni dei cittadini. In Italia, nel corso degli anni, si è registrato un progressivo aumento degli accessi al Pronto (380 accessi al PS per 1000 ab.) determinando spesso situazioni di sovraffollamento delle strutture, disagi per gli utenti e situazioni di maggior stress tra gli operatori sanitari.

Oltre centomila cittadini si sono rivolti nell'ultimo anno ai Pronto Soccorso dell'Azienda sanitaria di Caltanissetta. Circa un terzo di tali accessi è stato classificato come problema "non urgente" (codici bianco e verde della procedura Triage). Anche la percentuale estremamente contenuta degli accessi in Pronto Soccorso cui segue ricovero ospedaliero (in media il 15-18%) o, comunque, necessitanti di una osservazione di 24 ore in ambiente ospedaliero (un ulteriore 10-12%) o l'invio in ambulatori per malattie croniche, indica un profilo della domanda sanitaria ritenuta urgente che, per la maggior parte, potrebbe rivolgersi alle strutture territoriali in grado di garantire teoricamente una risposta con pari efficacia ma con maggior efficienza, anche in ragione dei costi delle prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere. Pur essendosi sviluppati negli ultimi anni modelli territoriali innovativi (PTA, PPI, AGI) finalizzati a fornire una risposta non ospedaliera a problemi urgenti di minore gravità, questo non ha comportato una modifica dei comportamenti della cittadinanza che continua a ritenere l'ospedale e il PS come unica struttura in grado di risolvere qualsiasi bisogno ritenuto urgente.

Alla luce di queste riflessioni si è inteso promuovere una serie di azioni che utilizzino al meglio i servizi territoriali esistenti e che promuovano l'integrazione ospedale-territorio incidendo sul

modello culturale esistente. Si è voluto, inoltre, migliorare la percezione della qualità dei servizi, spesso negativa, curando anche gli aspetti relazionali e psicologici del modello "urgenza" in base ai quali spesso viene valutata dal paziente buona parte della prestazione ricevuta.

METODI E MATERIALI

Ricerca soluzioni organizzative finalizzate a migliorare l'appropriatezza del ricorso al PS, la gestione del flusso dei pazienti acuti in PS e il reindirizzamento dei pazienti cronici (BPCO, Scemenso e Diabete) verso servizi territoriali dedicati. Tra queste: Migliorare l'appropriatezza del ricorso al PS e gestione del flusso dei pazienti acuti; Reindirizzamento dei pazienti cronici (BPCO, Scemenso cardiaco, Diabete e Oncologici) verso servizi territoriali dedicati; Riduzione dei tempi di permanenza in PS; Miglioramento accoglienza comunicazione;

RISULTATI

Le azioni messe in atto hanno portato ad un rapido miglioramento delle criticità evidenziate. Sono stati comparati i dati del 1° semestre 2016 con quelli del 2017. Dai dati riportati si evince che il N. degli accessi impropri è diminuito sensibilmente. Tale risultato deve intendersi in progress; infatti, si tratta di un obiettivo a lungo termine in quanto il cambiamento culturale richiede lunghi periodi di latenza, ma già il risultato appare confortante. La formazione di 200 operatori sanitari, l'impegno dei MMG, formalizzato con il "Patto per la Salute". Va sottolineata la riduzione dei tempi di permanenza in PS, soprattutto negli ospedali maggiori dell'azienda, dove si registra un incremento dei pazienti che permangono meno di 6 ore ed una diminuzione della permanenza oltre le 12 ore.

La gestione nell'ASP di Caltanissetta dell'obiettivo di esito: tempestività dell'intervento nella frattura femore over 65

Elia R.¹, Santino P.M.², Cirrone Cipolla A.³, Greco D.⁴, Consiglio C.⁵, Ferrigno G.⁶, Iacono C.⁷

1 Direttore Medico di Presidio P.O. Sant'Elia ASP Caltanissetta; 2 Direttore Sanitario ASP Caltanissetta; 3 Dirigente Medico Direzione Sanitaria ASP Caltanissetta; 4 Direttore U.O.C. Ospedalità pubblica e privata ASP Caltanissetta; 5 Dirigente Psicologo ASP Caltanissetta; 6 Specialista Volontaria in Management Sanitario ASP Caltanissetta; 7 Direttore Generale ASP Caltanissetta

Parole chiave: Frattura femore, Esiti, Obiettivi

INTRODUZIONE

I sistemi assistenziali tendono verso un modello gestionale della pratica clinica orientato al paziente ed al valore dell'informazione, basato sulla misurazione e valutazione degli esiti e finalizzato ad un appropriato utilizzo delle risorse disponibili. In tale modello, la misurazione delle performance costituisce una spinta all'impegno ed alla mobilitazione di tutte le risorse necessarie a garantire che quanto viene programmato e realizzato produca effettivamente risultati direttamente collegabili al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Le esperienze maturate dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Sicilia hanno consentito lo sviluppo di metodologie nella valutazione degli esiti, quali strategie fondamentali per promuovere la qualità e l'equità dell'assistenza sanitaria.

Coerentemente con gli obiettivi di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti dell'Agenas, per il 2017 sono stati confermati i 4 obiettivi di esito già assegnati negli anni precedenti per la valutazione delle Direzioni aziendali siciliane: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni; riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non pre-cesarizzate; tempestività di esecuzione di Angioplastica Percutanea in caso di infarto STEMI; proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

Soffermandoci sul sub-obiettivo 2.1 "tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni", diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità (sino al 35% nel primo anno) e di disabilità per il paziente (perdita di autosufficienza per oltre 1 anno nel 25%), di conseguenza le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato

entro 24h dall'ingresso in ospedale. L'obiettivo si considera pienamente raggiunto se il 90% degli interventi di pazienti over 65 con frattura del femore sono stati eseguiti entro 0-2 giorni dal ricovero.

MATERIALI E METODI

Nel corso del 2016-'17 sono stati realizzati una serie di incontri con i responsabili delle UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia, Pronto Soccorso e PTE dell'ASP per verificare la corretta applicazione dello specifico PDTA sulla gestione della frattura del femore in ciascuna struttura coinvolta. Fra le maggiori criticità emerse durante i suddetti incontri vanno annoverate la carenza di personale e le sedute operatorie non sempre sufficienti.

La principale azione correttiva intrapresa è stata quella di inserire il sub-obiettivo 2.1 come obiettivo specifico nella scheda di budget 2016-'17 dei Direttori delle 3 Strutture di Ortopedia e Traumatologia dell'ASP. Ulteriori azioni strategiche sono state quelle di predisporre un progetto aziendale con gli anestesisti per aumentare le sedute operatorie e di aumentare il personale della dirigenza medica tramite appositi contratti a tempo determinato.

RISULTATI

L'analisi dei dati evidenzia che nel 2010 solo il 17% dei pazienti over 65 subiva un intervento per riduzione della frattura del femore entro le 48h. Tale dato è andato via via migliorato fino ad attestarsi al 63,14% nel 2015, superando così la media regionale pari a 59,16%. Infine, nel 1° semestre 2017 il valore dell'indicatore si attesta al 74,36%. In questo trend in ascesa emerge l'ospedale M. I. Longo di Mussomeli che nel 2016 ha raggiunto l'86,7%, vetta su tutte le altre ortopedie siciliane per tempestività d'intervento.

La gestione del paziente il PS ASL Taranto il fenomeno del sovraffollamento "OVERCROWDING"

Farilla C.¹; Capparella O.²; Bellavita G.³; Vinci V.⁴; Leone M.⁴; Carlucci M.¹

1 Direzione Sanitaria ASL Taranto

2 Direttore DSS 1 ASL Taranto

3 Direttore UOC-MECAU ASL Taranto

4 Direzione Medica ASL Taranto

Parole chiave: Overcrowding-Modelli Organizzativi

INTRODUZIONE

L'overcrowding è una delle principali criticità delle U.O. di Pronto Soccorso (PS), contribuiscono una rete territoriale non strutturata, l'aumento dell'inappropriatezza degli accessi, una popolazione anziana con patologie croniche con riacutizzazioni, organici sottodimensionati con rallentamento delle attività di consulenza e non ultimo inappropriatezza strutturale dei PS.

MATERIALI E METODI

La gestione dell'overcrowding nel PS del PO di Taranto è un obiettivo che impegna la Direzione Strategica e la Direzione Medica aziendale in un percorso multidisciplinare e condiviso di integrazione Ospedale-Territorio. Il PS del POC (Presidio Ospedaliero Centrale), dopo la conversione in PPI dei PS periferici (il DM 70/2015), gestisce in media 80.000 accessi/anno, 8% codici rossi, 47% codici gialli, 35% codici verdi, 10% codici bianchi; dati discostanti dalla media nazionale indicativi di overtriage del 118. Gli accessi "autonomi" al PS sono in prevalenza dei residenti vicini al POC rispetto alle zone limitrofe, indicativo di accessi che evitano la consulenza del 118 e i MMG.

Le azioni che sono state intraprese per delimitare il fenomeno sono organizzative con percorsi interni tra PS-Area Traumatologica e tra PS-Area Medica-Territorio, e di rivalutazione delle procedure per una maggiore sicurezza dell'utente ed efficienza del sistema. Il PS ha già strutturato percorsi per specifiche categorie di pazienti (pediatria ed ostetricia) che agevolano l'accesso ai reparti di competenza. La criticità permane per

una elevata percentuale di accessi di pazienti cronici cardiologici e pneumologici con riacutizzazioni, spesso stagionali, che dopo il triage e la stabilizzazione in (OBI) necessitano di un livello di assistenza intermedio tra il MMG ed il ricovero.

Per queste patologie di recente si è predisposto un percorso di "presa in carico" in ambulatori dedicati e Day Service per i pazienti cronici dimessi dall'Area Medica che verrà adottato anche dal PS con modalità diretta di prenotazione. Frequenti sono anche gli accessi per traumatologia minore, il percorso in uso di "fast track con valutazione medica" è stato rivalutato nell'approccio specialistico e nei tempi.

RISULTATI

La strategia di contenimento dell'overcrowding del PS si articola in tre livelli: l'accesso, la permanenza in PS, la continuità assistenziale. Per ridurre l'overtriage del 118 con una analisi condivisa si rivaluteranno gli "score" clinici di accesso. Una campagna di educazione sanitaria sui criteri di urgenza per l'accesso al PS servirà per ridurre gli accessi autonomi.

La prenotazione telematica l'utente stabilizzato in OBI sarà uno strumento verso percorsi ambulatoriali con riduzione di ricoveri inappropriati in degenza ordinaria. Un programma telematico per visualizzare i referti tra PS-Radiologia-Ortopedia servirà a ridurre i tempi di attesa del paziente con traumatologia minore e renderà il "fast track" più veloce e sicuro per l'utente riducendo gli spostamenti tra i vari reparti. Un progetto strutturale in atto renderà più fruibile la vigilanza del paziente in OBI.

Programma di antimicrobial stewardship presso il Presidio G. Di Cristina di Palermo

D. Farinella*, **ML Furnari***, **P. Dones****, **S. Giordano****, **G. Trizzino***

*Direzione Sanitaria PO Di Cristina

** U.O.C. Malattie Infettive PO Di Cristina

Parole chiave: Antimicrobial Stewardship, Resistenze Batteriche, Antibioticoterapia

INTRODUZIONE

Le infezioni nosocomiali costituiscono ormai un fenomeno epidemico in continuo aumento.

Il miglioramento delle condizioni di vita, il rapido progresso medico ed il conseguente utilizzo di molecole antibiotiche più selettive verso germi MDR hanno contribuito ad un aumento della sopravvivenza media: nello stesso tempo l'uso improprio di antibiotici ad ampio spettro ha comportato lo sviluppo di resistenze batteriche. E' evidente come un primo passo per arginare tale problema sia l'utilizzo appropriato della terapia antibiotica.

Essa deve essere prescritta al momento giusto e nella dose corretta. L'obiettivo primario deve essere l'outcome clinico del paziente e questo si può attuare attraverso l'implementazione di un programma di stewardship antimicrobica che, con una serie di interventi messi in atto da un'equipe multidisciplinare, è necessario per definire strategie terapeutiche a livello locale.

MATERIALI E METODI

L'ospedale G. Di Cristina (ISMEP) è un presidio pediatrico con 170 posti letto e comprende le seguenti U.O. complesse: Gastroenterologia, Allergologia, Pneumologia e centro di Riferimento Regionale per la Fibrosi Cistica, Neuropsichiatria Infantile, Nefrologia e Dialisi, Cardiologia, Malattie Infettive, Chirurgia Anestesia e Rianimazione, Pediatria per le urgenze. e la Pediatria generale che comprende le seguenti specialità: Malattie Metaboliche, Endocrinologia, Diabetologia, Immunologia Reumatologia, Ematologia non oncologica.

La Direzione Generale dell'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli, con giusta deliberazione, sotto la responsabilità del Direttore Sanitario

Aziendale e del Presidente del C.I.O. ha adottato il modello Antimicrobial Stewardship. Il passo successivo è stato l'assegnazione dell'incarico di Consultant Infettivologo ad un Dirigente Medico dell'U.O.C. di Malattie Infettive pediatriche su richiesta del Direttore dell'U.O.C. stessa.

La Direzione Medica di Presidio ha richiesto a tutti i Direttori delle UU.OO.CC. del Presidio di nominare un Dirigente Medico per ciascuna U.O.C. con l'incarico di interfacciarsi col Consultant Infettivologo.

E' stata quindi prodotta ed approvata una scheda-notizia computerizzata per la raccolta e la elaborazione dei dati (allegato A). Si è convenuto di sottoporre a controllo le seguenti molecole: Ceftriaxone, Meropenem, Imipenem + Cilastatina, Teicoplanina, Acyclovir, Fluconazolo.

Verranno confrontati il consumo antimicrobico, i costi correlati agli antimicrobici, la prevalenza dei microrganismi resistenti (MDR): Cl. difficile, enterobatteri MDR, St. aureo, Candida spp.; l'incidenza di infezioni nosocomiali un anno prima e un anno dopo l'inizio di tale programma

RISULTATI

I risultati che ci si aspetta di ottenere sono certamente il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con una riduzione del consumo di antibiotici: riduzione della DDD, riduzione della spesa totale, e diminuzione della prescrizione di penicilline e inibitori della b-lattamasi, linezolid, cefalosporine e aminoglicosidi; inoltre verrà monitorata la variazione di prevalenza di germi MDR e l'incidenza di infezioni nosocomiali.

Infezione della ferita chirurgica: analisi retrospettiva di cartelle cliniche a partire da incident reporting

Grieco M.A* , Campisi B#., Consolante C.A.°

*Infermiere Professionale, Direzione Sanitaria; # Biologa, U.O.C. Laboratorio Analisi; ° Responsabile Ufficio IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (Pz)

Parole chiave: Infezione Sito Chirurgico; Incident Reporting; Revisione Retrospettiva di Documentazione Clinica.

INTRODUZIONE

Dai dati di Incident Reporting è stato rilevato un elevato tasso di infezioni dopo chirurgia ricostruttiva della mammella.

Gli interventi per rimozione e successiva ricostruzione di neoplasia mammaria sono effettuati da due equipe chirurgiche, una di senologia ed una di chirurgia plastica che intervengono in immediata successione. L'incidenza attesa di infezioni varia in letteratura anche a seconda dei criteri di inclusione dal 24% al 18,9%; è del 2,93% in uno studio randomizzato multicentrico italiano su 1400 pazienti, di 1,9% nella casistica 2007-2014 della ASSR E.R.

MATERIALI E METODI

Sono stati considerati i casi consecutivi di intervento demolitivo di senologia seguito da posizionamento di protesi mammaria, eseguiti nel nostro Istituto dal 1-1-2014 al 30-6-2016; I dati sono stati rilevati dalla documentazione sanitaria, compresi i registri operatori, quelli informatici di Anatomia Patologica e Laboratorio Analisi; i referti ambulatoriali della chirurgia plastica.

Successivamente è stata svolta rilevazione ambientale nel blocco operatorio secondo le "Linee Guida Ispesl sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro nel reparto operatorio". Sono stati effettuati campionamenti su superfici e operatori (mani e divise, prima e dopo lavaggio chirurgico) e attività osservazionale dei comportamenti e corretto utilizzo di spazi e percorsi.

RISULTATI

Gli interventi chirurgici nel periodo in esame sono stati 35; 16 le infezioni (45,7%) esitate in 15 reinterventi e 12 rimozioni di protesi. La profilassi era stata effettuata in quasi tutti i casi

con una unica dose di cefazolina (2 mg) prima dell'intervento. Le infezioni sono state sostenute principalmente da batteri gram - ed in alcuni casi da gram +; non sempre è stato possibile isolare il microrganismo responsabile a causa della precoce somministrazione di antibiotici. Sulle superfici, mani e divise del campione di chirurghi e infermieri strumentisti identificato casualmente, è stato evidenziato un rilevante e diffuso inquinamento microbico, con prevalenza di saprofiti gram + e presenza di flora batterica residente e transitoria; nella maggior parte dei casi il lavaggio chirurgico (eseguito con iodopovidone) ha solo parzialmente ridotto la carica microbica; lavandini, tastiere dei pc, maniglioni, pulsanti e gli zoccoli degli operatori sono risultate le superfici maggiormente inquinate. La crescita su apposito terreno di cultura di colonie UFC è stata significativamente più rilevante nelle zone esterne del blocco operatorio rispetto alle sale operatorie. I percorsi di sala non risultavano correttamente osservati, con zone di contiguità tra sporco e pulito. A consuntivo delle attività se ne è illustrato l'esito al Dipartimento Chirurgico con relativa documentazione fotografica; sono stati ribaditi i percorsi e le buone pratiche di sicurezza. È stato avviato un Audit clinico sulle procedure di profilassi perioperatoria ed uno studio sulla resistenza antibiotica che ha evidenziato, soprattutto, una inefficacia molto elevata degli antibiotici utilizzati presso l'Istituto nei confronti di *Pseudomonas ae.*. In assenza di un sistema efficiente e continuo di controllo, le infezioni possono diventare frequenti anche in chirurgia "pulita"; l'utilizzo concomitante di più strumenti della gestione del rischio clinico (incident reporting, revisione di documentazione clinica, campionamento ambientale, audit) risultano efficaci nella individuazione e correzione degli errori di sistema.

Da ambulatorio a Centro per la persona con stomia: l'esperienza dell'Istituto Oncologico della Basilicata

Grieco M.A.*; Consolante C.A.°

**Infermiere Professionale, Direzione Sanitaria; ° Direzione Sanitaria, Responsabile Ufficio Qualità; IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (Pz)*

Parole chiave: Ambulatorio Infermieristico; Centro Stomie; Case Management

INTRODUZIONE

Il numero di pazienti stomizzati in Basilicata è in costante crescita, in considerazione del miglioramento delle terapie chirurgiche e mediche conseguenti a neoplasie del tratto gastro intestinale; si valuta che la prevalenza di pazienti stomizzati in Basilicata sia di circa 300; gli interventi chirurgici sul tratto gastro intestinale (eseguiti da una unica equipe chirurgica) presso l'IRCCS CROB sono stati circa 100 nel 2016. Le necessità delle persone che entrano in ospedale per un intervento chirurgico che porta al confezionamento di una stomia sono legate a una condizione di adattamento fisico, psicologico, sociale e di gestione specifica dello stoma che perdura per tutto il periodo del ricovero e continua anche dopo la dimissione, al rientro al domicilio.

Il corretto approccio alla persona, inizia con il disegno preoperatorio della stomia e non si esaurisce nell'addestramento alla gestione, ma coinvolge aspetti emozionali, nutrizionali e richiede approccio multidisciplinare. Il centro assicura il supporto psicologico, mediante consulenza individuale, di coppia ed alla famiglia su richiesta degli interessati. La eventuale presa in carico per patologie concomitanti da parte dei servizi territoriali è a carico del personale infermieristico del centro, che avvia anche le successive pratiche amministrative per la fornitura di ausili e presidi.

MATERIALI E METODI

L'IRCCS CROB dal 2010 possiede professionalità infermieristiche specializzate nel trattamento delle stomie, ma solo nel 2016 è stato istituito un ambulatorio dedicato. Nel 2017 le attività sono state ampliate costituendo un percorso assistenziale a favore di utenti con stomie e la partecipazione in-

tegrata di diverse professionalità. Il centro è stato collocato in continuità con il Servizio di preospedalizzazione e dimissione dell'Istituto.

RISULTATI

Il centro è stato voluto dalla Direzione Sanitaria ed è il primo ambulatorio della Regione gestito esclusivamente da personale infermieristico. Una Infermiera Case Manager rappresenta il supporto costante ai pazienti per tutta la durata del percorso, dall'accettazione pre-intervento chirurgico, alla acquisizione della documentazione, dall'inserimento dei dati degli utenti nella piattaforma informatica dedicata, alla prenotazione degli esami specialistici e delle visite di controllo. Supportano inoltre l'attività ambulatoriale degli specialisti. È stato aggiornato il nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali della Regione Basilicata al fine di poter permettere la presa in carico globale del paziente in riferimento anche ai bisogni di educazione comportamentale ed alimentare contemporaneamente al follow-up dello stoma. Il centro si avvale della collaborazione di medici specialisti, di uno psicologo e si sta cercando di ottenere il contributo di associazioni di volontariato, dei Servizi Territoriali e dei MMG.

Nel 2016 i pazienti visitati presso il centro sono stati 90 esterni e 24 ricoverati, per l'addestramento alle modalità di prima gestione della stomia; nei primi sei mesi del 2017 invece, sono state effettuate 396 prestazioni complessive di cui 21 per la valutazione preoperatoria, 54 per la valutazione protesica e 216 per terapia educativa; 165 le consulenze per pazienti ricoverati. L'assegnazione programmata di unità infermieristiche formate permetterà un ulteriore incremento di attività e favorirà la costituzione di una rete interregionale dei centri specializzati.

Assistenza Domiciliare Integrata per pazienti con permanente complessità clinico assistenziale

Indiani L.¹, Capanni C.², Perillo G.¹, Sinisgalli E.³, Lino M.⁴, Verdina M.C.⁵, Barontini L.⁶, Chiaramonti R.⁷, Gori E.⁸

1Medico SOC Continuità Ospedale Territorio e pianificazione post acuzie, AUSL Toscana Centro; 2Direttore area Programmazione e controllo attività sanitarie, AUSL Toscana Centro; 3Medico specializzando Staff Direzione Sanitaria Aziendale, AUSL Toscana Centro; 4Responsabile Medico Villa delle Terme Falciani; 5Medico Responsabile UVM Zona Firenze, AUSL Toscana Centro; 6Direttore SOC Anestesia e Rianimazione PO San Jacopo, AUSL Toscana Centro; 7Medico Coordinatore GOM GCA, AUSL Toscana Centro; 8Commissario AUSL Toscana Centro

Parole chiave: Assistenza domiciliare, Integrazione, Complessità assistenziale

INTRODUZIONE

L'assistenza a domicilio di pazienti con patologie ad elevata complessità assistenziale (quali Stati Vegetativi o di Minima Coscienza e Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase avanzata) richiede il lavoro coordinato di équipes multiprofessionali ed una particolare attenzione alla formazione dei caregivers al fine di garantire qualità e sicurezza delle cure. Dal 2016 è attivo un progetto a carattere sperimentale che coinvolge AUSL Toscana Centro e privato accreditato (Gruppo Villa delle Terme Korian) per attività di Assistenza Domiciliare Integrata di pazienti affetti da patologie gravi con cronica compromissione delle funzioni vitali, assistibili a domicilio nonostante il gravoso carico assistenziale. Il progetto, che permette il reinserimento del paziente nel proprio contesto familiare al termine del ricovero in struttura, prevede l'erogazione di prestazioni sanitarie e assistenziali da parte di personale qualificato della casa di cura e supervisione da parte dei servizi territoriali di AUSL Toscana Centro.

MATERIALI E METODI

Il paziente prima di essere trasferito dalla casa di cura a domicilio deve presentare stabilità delle condizioni cliniche generali da almeno 10 giorni, stabilità respiratoria da almeno 7 giorni con parametri di settaggio del ventilatore invariati e stabilità neurologica in caso di Grave Cerebrolesione Acquisita secondo i parametri delle procedure AUSL. L'équipe messa a disposizione dal Gruppo Villa delle Terme è composta da medici, infermieri, fisioterapisti, dietisti, logopedisti, operatori socio-sanitari e lavora secondo un piano di assistenza personalizzato condiviso con AUSL. E' poi prevista l'attivazione di ulteriori consulenze da parte

di specialisti della casa di cura in funzione di bisogni emergenti come la compliance ventilatore-paziente, il settaggio parametri ventilatore, la sostituzione della cannula tracheostomica. I familiari/caregivers sono protagonisti attivi nella gestione della malattia e sono oggetto di specifici interventi di educazione sanitaria effettuati già prima della dimissione a domicilio. Il MMG, che rimane punto di riferimento nell'assistenza al paziente, prescrive i farmaci e gli ausili necessari e viene coinvolto a partire dalla fase di dimissione ed aggiornato al verificarsi di cambiamenti clinici di rilievo. Il personale medico della casa di cura garantisce reperibilità telefonica h 24 ed intervento a domicilio entro 6 ore dalla chiamata in caso di necessità. E' prevista la possibilità di rientro in casa di cura in caso si debbano effettuare prestazioni non eseguibili a domicilio. Un gruppo di coordinamento valuta l'andamento del progetto. Sulla base del primo anno di sperimentazione sono state effettuate piccole modifiche a protocollo e strumenti di lavoro.

CONCLUSIONI

Complessivamente i pazienti assistiti a domicilio con questo progetto sono stati 5 (attualmente 4). Un questionario di gradimento somministrato ai familiari da personale AUSL ha dato come riscontro giudizio pienamente positivo. Il termine della fase di sperimentazione comporterà una valutazione complessiva dei risultati ottenuti (es. n° reingressi in ospedale e loro cause, n° interventi dei servizi di emergenza, eventuale insorgenza di eventi avversi) e delle risorse investite (comprese le prestazioni erogate direttamente da AUSL ad integrazione del servizio svolto dal personale della casa di cura) per poter stabilire in ottica costo-beneficio se proseguire nell'implementazione del modello assistenziale.

44° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO



ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere



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

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

Coopservice cresce in Spagna: acquisito il controllo di Pjc

Coopservice ha acquisito il 75% del gruppo PJC, con sede a Madrid, 25 milioni di fatturato, circa mille dipendenti e attività nei servizi di soft facility, soprattutto nei settori pulizie e vigilanza. Il gruppo ha attività in tutta la Spagna e fornisce servizi a ministeri, università, ospedali e strutture sanitarie, tra cui Ospedale 12 ottobre, Centro sanitario SESCAM, Centro Ospedaliero di Toledo e Ospedale Universitario di Getafe. Da maggio, inoltre, fornisce i servizi di sicurezza e vigilanza per le sedi giudiziarie della Comunità Autonoma di Madrid. L'acquisizione è avvenuta attraverso Coopservice International, società controllata dalla coop reggiana. Il closing è stato siglato a Madrid dal presidente di Coopservice Roberto Olivi. L'acquisizione di PJC è in sintonia con il nuovo piano strategico della cooperativa, che prevede un significativo incremento delle attività all'estero, e quello spagnolo è un mercato in crescita che offre prospettive interessanti. Le società estere di Coopservice, le cui partecipazioni sono confluite in Coopservice International, sono presenti in 4 paesi –Croazia, Serbia, Malta e ora Spagna– e danno lavoro a 2.500 addetti. A questi si aggiungono i paesi in cui opera Servizi Italia SpA, società quotata in Borsa di cui Coopservice detiene la maggioranza azionaria. Coopservice International, inoltre, è in fase di analisi su alcune potenziali acquisizioni sul mercato mediorientale.

www.coopservice.it



Iniezioni intravitreali in sala ambulatoriale con Toul flusso laminare mobile

Il flusso laminare mobile Toul crea le condizioni asettiche per poter effettuare delle iniezioni intravitreali e interventi chirurgici anche fuori dalla sala operatoria. (iniezioni intravitreali, interventi con pazienti prematuri, inserimento cateteri venosi centrali in rianimazione, medicazione pazienti ustionati ecc.) L'iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche in sala operatoria è molto costosa perchè richiede l'utilizzo di una sala operatoria e operatori adeguati, che accompagnino il paziente fino alla sala operatoria e ne curino l'uscita. La vestizione del paziente prevede copricapo, sovrascarpe e vestaglia monouso per poter entrare e uscire dal blocco operatorio centrale. Questa operazione richiede tempo e personale.

Il flusso laminare mobile garantisce

un elevatissimo livello di sterilità sia sul campo operatorio sia sugli strumenti per poter effettuare questi tipi di interventi anche in un ambiente ambulatoriale. Il processo della gestione dei pazienti diventa molto più semplice e veloce.

Il sistema flusso laminare mobile focalizzato filtra l'aria attraverso filtri hepa privi di organismi e protegge tutti gli strumenti e materiale sterile già in fase di preparazione con un tavolo strumento integrato e removibile. All'inizio dell'intervento si sposta semplicemente il tavolo strumenti preparato con il flusso focalizzato verso il paziente e il flusso laminare focalizzato protegge anche la zona in cui viene effettuata l'iniezione intravitreale. Il Toul flusso laminare focalizzato abbatte la contaminazione batterica

nei punti critici anche oltre il 95 % e garantisce un livello di sterilità uguale o superiore a qualsiasi sala operatoria per poter effettuare interventi chirurgici in condizioni asettiche. Il sistema è anche dotato di scatola nera per la medicina difensiva. La mobilità del sistema permette anche la possibilità di poter effettuare interventi chirurgici fuori sala con un altissimo livello di asetticità operatoria come nel caso di prematuri che necessitano dei interventi chirurgici ma spesso non possono essere eseguiti in sala operatoria per il rischio di emorragie cerebrali causate dal trasporto. Altri ambiti di applicazione possono essere le medicazioni di pazienti in reparto o i centri per pazienti ustionati.

Video disponibile sul sito!

www.normeditec.com



Il flusso laminare mobile Toul crea le condizioni asettiche per poter effettuare delle iniezioni intravitreali anche fuori dalla sala operatoria



Oftalmologia: il Toul flusso laminare focalizzato garantisce un livello di sterilità superiore a qualsiasi sala operatoria



Interventi prematuri fuori sala operatoria: effettuare interventi chirurgici fuori sala con un altissimo livello di asetticità



L'importanza della customer experience e la necessità di offrire valore aggiunto al cliente hanno portato le aziende a dare sempre più attenzione al ruolo delle risorse umane.

I collaboratori, l'elemento chiave del servizio

In linea con questa consapevolezza, Markas, azienda a conduzione familiare tra i leader nei servizi di pulizia e servizi integrati, pone da sempre al centro della propria attività la risorsa più importante: i suoi collaboratori. Valorizzare i propri collaboratori e assicurarsi che siano soddisfatti del proprio lavoro è per Markas il requisito fondamentale per puntare a superare le aspettative più esigenti del cliente in termini di risultati. Un aspetto importante se si pensa al servizio di pulizia in ambito sanitario, dove gli altissimi standard di qualità attesi richiedono particolare impegno, affidabilità e precisione da parte degli operatori. È comprovato infatti come un collaboratore soddisfatto sia più motivato a dare il massimo per il raggiun-

gimento degli obiettivi aziendali, come ad esempio offrire prestazioni e servizi in linea con le esigenze e le richieste del cliente. Anche nel periodo di grande espansione che Markas ha conosciuto negli ultimi anni, l'azienda non ha mai smesso di investire nel proprio personale, con la consapevolezza che la soddisfazione dei collaboratori costituisce il vero valore aggiunto per offrire ai propri clienti servizi di qualità. A conferma di questo impegno, Markas è l'unica realtà nel settore dei servizi ad essere rientrata, grazie alle valutazioni anonime di un campione rappresentativo di collaboratori, nella lista dei migliori datori di lavoro in Italia di Great Place to Work 2018.

www.markas.it

Lotta alle I.C.A.: il Sistema PCHS al centro della Conferenza al Ministero della Salute.

Lo scorso 12 Aprile sono stati presentati i risultati della ricerca scientifica multicentrica denominata SAN ICA, durata 18 mesi e che ha coinvolto cinque Università e sette Ospedali (aree a MR). "È stata una giornata straordinaria in cui sono stati esposti risultati straordinari; l'intervento del Presidente dell'ISS, Prof. Ricciardi, ci ha stimolato a proseguire con determinazione sulla strada intrapresa" ha affermato con soddisfazione l'a.d. di Copma Dott. Mario Pinca. Con questa ricerca Copma ha posto un punto fermo e di svolta nel campo della sanificazione ospedaliera: l'igiene è il parametro di misura del processo di sanificazione non più come risultato provvisorio (come avviene con i sistemi tradizionali) ma come standard stabile nel tempo con bassa carica patogena;

il controllo microbiologico è la modalità con la quale vengono monitorati i singoli patogeni ed il residuo delle superfici; la ricerca e l'innovazione sono l'approccio indispensabile per contrastare efficacemente le criticità crescenti quali le multiresistenze e le I.C.A.

Il Sistema PCHS rappresenta quindi una prima risposta ed i risultati lo

confermano:

- riduzione stabile dei patogeni dal 70% al 96%
- riduzione delle resistenze dal 70% al 99,9%
- riduzione delle I.C.A. del 52%
- riduzione dei costi per le terapie antibiotiche del 78%

Numeri che hanno dell'impressionante se si pensa che questi problemi sono all'attenzione delle autorità



sanitarie italiane ed europee come una vera emergenza. Copma ha dimostrato come il Sistema PCHS rappresenti efficacemente, per la parte che gli compete ovvero l'igiene degli ambienti, un tassello rilevante nella filiera della salute.

www.copma.it



La resistenza agli antibiotici rende sempre più difficile e **costoso** trattare con successo le infezioni in sala operatoria. Minimizzare il numero di batteri nella ferita e sugli strumenti chirurgici è uno dei modi più efficaci per la lotta contro le infezioni in sala operatoria con una **riduzione enorme dei costi legati alle infezioni e alla medicina difensiva.**

Perché la sala operatoria non è mai sterile?



Il flusso tradizionale in sala operatoria non garantisce un alto livello di asepsi perché viene ostacolato dalla testa del chirurgo e dalle lampade scialitiche, contribuendo a trasmettere batteri dal personale alla ferita chirurgica.

L'aria sterile, tramite i sistemi di aerazione tradizionali, viene dapprima **spinta verso il pavimento perdendo la sterilità** e dopo si distribuisce nella sala operatoria portando batteri verso ferita e gli strumenti chirurgici.

La preparazione degli strumenti avviene sempre fuori dalla zona sterile (anche nelle sale operatorie più moderne con un flusso laminare). In questo modo gli strumenti hanno già perso la sterilità prima del loro utilizzo.

1) Influence of different ventilations systems upon the contamination of medical devices; Hyg Med 2013; 38 – 4.

Flusso laminare focalizzato con sistema di tracciabilità



Il flusso d'aria sterile focalizzato Toul raggiunge direttamente il sito chirurgico e gli strumenti, senza trovare ostacoli, quali le lampade scialitiche o la testa dei chirurghi, riducendo fino al 95 % la carica batterica sul sito chirurgico e sul tavolo porta ferri. Gli strumenti possono sempre essere preparati nella zona protetta dal Toul e conservano in questo modo la loro sterilità anche durante lunghissimi interventi. All'inizio dell'intervento si sposta semplicemente il tavolo strumenti preparato con il flusso focalizzato verso il campo operatorio, proteggendo così anche la zona della ferita chirurgica.

2) Possible instrument contamination in the operating room during implantation of knee and hip arthroplasty. Journal for orthopedic and trauma surgery. April 2016, Germany



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

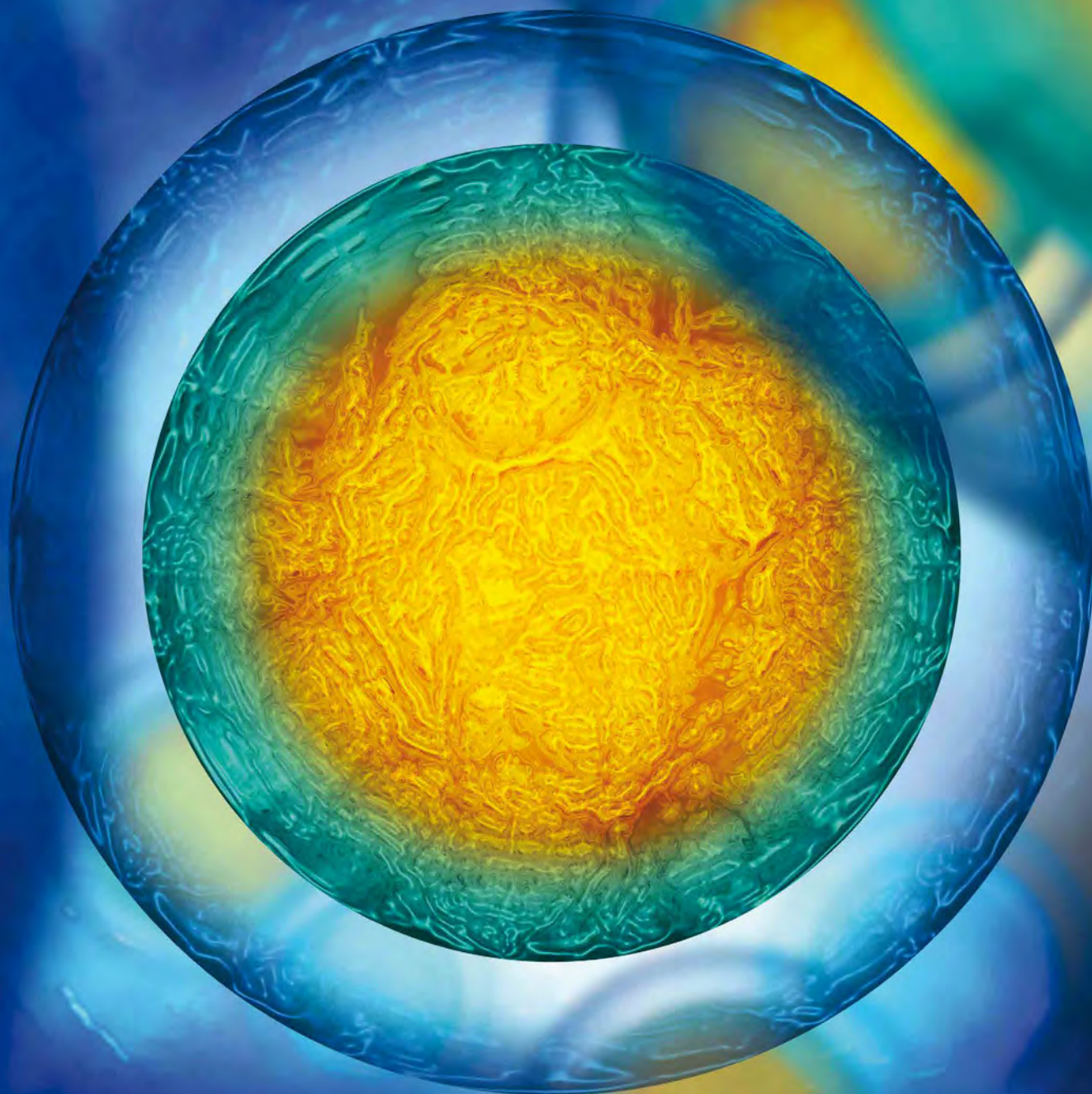
Video disponibile sul sito!

www.normeditec.com



L'IGIENE CHE RIDUCE LE INFEZIONI

La ricerca scientifica SAN-ICA ha dimostrato la grande efficacia del sistema PCHS®, non solo nella riduzione del rischio di trasmissione delle infezioni nosocomiali, ma soprattutto nella riduzione delle stesse del **52%**.



CI PRENDIAMO CURA DELL'IGIENE E DELLA PREVENZIONE



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

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

