

1 Gennaio-Marzo 2019

L'OSPEDALE

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

**45° CONGRESSO NAZIONALE
ANMDO**

**Il futuro degli Ospedali: analisi,
integrazione, azioni**

**Primi adempimenti in materia di
consenso informato e DAT: i modelli
per il consenso informato ai
trattamenti di sostegno delle
funzioni vitali e del fine vita del
Niguarda di Milano**

**Sistema Gestione Qualità e
riprogettazione organizzativa: il
modello dell'Azienda Ospedaliera
Universitaria San Luigi Gonzaga di
Orbassano**

**Quali sono le competenze
comunicative e le abilità emotive
di un leader in Direzione Medica di
Presidio?**

**COMUNICAZIONI
44° CONGRESSO NAZIONALE
A.N.M.D.O.**

ORIZZONTI





PULIRE È PROMUOVERE

CONOSCENZA, COMPETENZA E PROFESSIONALITÀ

PULIRE

THE SMART SHOW

VERONA **21-23** maggio **2019**

è l'appuntamento internazionale nel quale il mondo della produzione globale presenta ai propri clienti **importatori, distributori, imprese di servizi, utenti, consumatori e clienti finali** la più ampia e moderna offerta di **macchine, prodotti, attrezzature, carta e tecnologie** per i servizi di pulizia professionale, di igiene ambientale, facility management.

- 4** **45° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO**
Il futuro degli Ospedali:
analisi, integrazione, azioni
- 8** **Primi adempimenti in materia di consenso informato e DAT: i modelli per il consenso informato ai trattamenti di sostegno delle funzioni vitali e del fine vita del Niguarda di Milano**
Elisabetta Masturzo
- 14** **Sistema Gestione Qualità e riprogettazione organizzativa: il modello dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano**
Franco Ripa, Marilena Avanzato
- 21** **Quali sono le competenze comunicative e le abilità emotive di un leader in Direzione Medica di Presidio?**
Maurizia Rinaldi
- 24** **Comunicazioni**
44° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.
- 46** **ORIZZONTI**

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 72 - Numero 1 - gennaio-marzo 2019

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. Serrano

Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: I.I. Mura

Comitato di direzione: Appicciafuoco, A. Battista, A. Benvenuto, F. Bisetto, S. Brusafiero, M.T. Cuppone, G. Finzi, K. Kob, R. Lanzetta, R. Li Donni, G. Matarazzo, I.I. Mura, O.A. Nicastro, G. Pelissero, A. Pellicano, 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

Aziende Grafiche Printing - Peschiera Borromeo (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

45° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

Il futuro degli Ospedali: analisi, integrazione, azioni

Torino, 3 - 4 - 5 giugno 2019

LE DIREZIONI SANITARIE PER IL FUTURO DEGLI OSPEDALI: ANALISI, INTEGRAZIONE, AZIONI



A sei mesi di distanza dal Congresso di Padova continuiamo a guardare al futuro, analizzando l'Ospedale dall'osservatorio privilegiato delle Direzioni, nel tentativo di dare un senso alle numerose trasformazioni in atto e pensare a come governarle in un'ottica di sistema. Se è ormai consolidato che l'attività ospedaliera dovrà sempre più rivolgersi al trattamento delle patologie acute e ad elevato contenuto clinico-assistenziale, appare chiaro come questo obiettivo di appropriatezza non potrà essere concretamente re-

alizzato in assenza di una vera integrazione, da una parte, degli Ospedali tra loro e, dall'altra, degli Ospedali con il Territorio. La prima forma di integrazione passa attraverso la realizzazione e la ridefinizione delle reti ospedaliere, per mezzo di interventi di programmazione regionali che, secondo quanto definito dal D.M. 70/2015, disegnino sistemi coerenti con target di efficacia, efficienza e sicurezza delle cure. Del secondo tipo di integrazione si discute da tanto ed a vari livelli. Facciamo quotidianamente esperienza, nelle nostre realtà lavorative, di come la mancanza di dialogo con i servizi territoriali condizioni pesantemente il percorso dei pazienti, sia in entrata che in uscita, con conseguenze negative in termini di outcome e, più in generale, di performance del sistema. Se infatti, per tale motivo, sono ancora troppi i ricoveri inappropriati, la difficoltà a dimettere il paziente condiziona prolungamenti della degenza, con il rischio, tra le altre cose, di insorgenza di Infezioni Correlate all'Assistenza, problematica gravata da conseguenze sempre più pesanti sia in termini di mortalità che di contenzioso medico legale. L'universo dell'assistenza

primaria, dominato dal crescente peso delle patologie cronico-degenerative, merita pertanto di essere gestito attraverso una seria programmazione che sia capace di alleggerire le strutture ospedaliere di eccessivi gravami di inappropriata, anche a beneficio di forme di assistenza più vicine e gradite al paziente. Nonostante ciò, non è affatto raro che a livello regionale si cerchi di ridurre la spesa sanitaria attraverso il taglio di infrastrutture e posti letto, piuttosto che con il rafforzamento dell'assistenza territoriale. Non tutte le Regioni hanno poi dato applicazione al Piano Nazionale della Cronicità, che vede l'Ospedale quale snodo di alta specializzazione, capace di interagire con i servizi territoriali. Questo tema, che riteniamo nodale, rappresenta tuttavia solo una tessera di un grande mosaico, alla cui complessità è difficile dare risposte adeguate con le spesso scarse risorse a disposizione. In tal senso, nel rispetto delle specificità locali, il D.M. n.70/2015 potrebbe rappresentare uno stimolo a promuovere cambiamenti strutturali nell'assistenza ospedaliera attraverso il rispetto degli standard e l'impegno per la sicurezza delle cure, il miglioramento della qualità dell'assistenza e la ricerca dell'appropriatezza. Su queste premesse, il futuro sembra vedere l'Ospedale come un sistema aperto, flessibile nella sua organizzazione interna, in dialogo con tutto il panorama assistenziale, integrato con tutti i professionisti sanitari che a vari livelli vi operano, calato in percorsi di recupero della salute dei quali il vero protagonista è sempre il paziente. Benvenuti dunque a Torino, splendida città nella quale l'ANMDO è nata e dalla quale continua il suo cammino, orgogliosa della sua storia, ma con lo sguardo sempre rivolto al futuro.

Il Presidente Nazionale
Gianfranco Finzi
Il Segretario Scientifico
Ida Iolanda Mura

PROGRAMMA SCIENTIFICO

I SESSIONE

L'Ospedale: nuovi modelli strutturali ed organizzativi per l'elevata complessità assistenziale

II SESSIONE

La Sanità e i professionisti: come gestire le nuove sfide dell'assistenza

III SESSIONE

Innovazione nei servizi di supporto

IV SESSIONE

Modelli organizzativi e innovativi: nuovi approcci diagnostici e terapeutici

V SESSIONE

La continuità assistenziale condivisa: i protagonisti

VI SESSIONE

Quale sanità nel prossimo decennio?

I PREMI SCIENTIFICI

L'impegno dell'ANMDO come promotore di innovazione ed evoluzione scientifica si fonda sulla volontà di dare spazio anche per il 2019 ai contributi scientifici dei partecipanti, premiando la rilevanza scientifica del contenuto, l'originalità dello studio e l'efficacia della presentazione.

LE COMUNICAZIONI

Le comunicazioni possono essere inviate da tutti gli iscritti al Congresso, esclusi i componenti del Direttivo Nazionale e della Segreteria Scientifica dell'ANMDO. Ciascun iscritto al Congresso può presentare una sola Comunicazione come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altre Comunicazioni.

È obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore. 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. Modalità di presentazione:

- Compilando la form on-line sul sito www.noemacongressi.it

- inviando una mail al seguente indirizzo: comunicazioni.anmdo@gmail.com.

Il testo, dovrà essere strutturato in: Titolo, Nomi autori (es. Rossi M.; Bianchi S.), Carica e strut-

tura 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. La scadenza per l'invio dei contributi scientifici è fissata entro e non oltre il 10 maggio 2019. Verranno selezionate trentasei Comunicazioni tra quelle pervenute; al primo Autore verrà comunicata entro il 17 maggio l'accettazione dell'elaborato e la sessione di presentazione in sede congressuale. Le Comunicazioni prescelte dovranno essere presentate con un set di diapositive, in numero variabile dalle 5 alle 10, per un totale di 7 minuti. Le Comunicazioni non selezionate potranno essere presentate come Poster. Ai trentasei Autori delle Comunicazioni prescelte verrà rilasciato un attestato di merito da parte di ANMDO che certifica l'accettazione del lavoro per la presentazione e partecipazione al concorso. I primi cinque classificati verranno premiati durante un'apposita cerimonia di premiazione.

Tutte le Comunicazioni pervenute, a norma e in base a quanto sopra descritto, e le relative diapositive di presentazione 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. Ciascun iscritto al Congresso può portare un solo Poster come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altri Poster. È obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore.

I Poster I PREMI SCIENTIFICI L'impegno dell'ANMDO come promotore di innovazione ed evoluzione scientifica si fonda sulla volontà di dare spazio anche per il 2019 ai contributi scientifici dei partecipanti, premiando la rilevanza scientifica del contenuto, l'originalità dello studio e l'efficacia della presentazione. 7 pervenuti entro il 10 maggio 2019 e accettati dalla Segreteria Scientifica saranno esposti in sede congressuale. Modalità di presentazione degli abstract dei poster:

- Compilando la form on-line sul sito www.no-emacongressi.it
- inviando una mail al seguente indirizzo: poster.anmndo@gmail.com

Gli abstract 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) I poster per essere affissi in sede 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 Poster che non si atterranno alle presenti in-

dicazioni non saranno pubblicati sugli Atti del Congresso né sulla rivista L'Ospedale.

I Poster dovranno essere esposti nei giorni di Congresso secondo le modalità che verranno comunicate dalla Segreteria. I primi cinque classificati verranno premiati durante un'apposita cerimonia di premiazione in sede congressuale. I Poster saranno di proprietà dell'Anmdo e saranno trattenuti ed utilizzati da Anmdo ai fini della pubblicazione sugli strumenti di comunicazione dell'Associazione, 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.

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.

SEDE

Torino Incontra - Via Nino Costa, 8

QUOTE DI ISCRIZIONE

Soci ANMDO	€ 150,00 + IVA
Non soci ANMDO	€ 250,00 + 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 2 aprile 2019. Dopo tale data non sarà restituita alcuna somma.

CENA SOCIALE

- È prevista la cena sociale per martedì 4 giugno 2019, per la quale saranno fornite quanto prima informazioni sulle
- modalità di partecipazione.

SEGRETERIA NAZIONALE ANMDO

ANMDO

c/o Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosa
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 NOEMA

Via degli Orefici, 4 - 40124 Bologna Bo
Tel. 051/230385 Fax 051/221894
info@noemacongressi.it
www.noemacongressi.it



Primi adempimenti in materia di consenso informato e DAT:

i modelli per il consenso informato ai trattamenti di sostegno delle funzioni vitali e del fine vita del Niguarda di Milano

Riassunto

Per dare immediata effettività alla Legge, si è provveduto a condensarne i principi e i valori in alcuni modelli di informativa e consenso:

1. Informativa alla utenza;
2. Consenso informato alla comunicazione di informazioni sanitarie;
3. Consenso informato ai trattamenti sanitari di sostegno alle funzioni vitali e nella fase finale della vita.

Essi non assolvono meramente al compito di colmare una lacuna informativa tra istituzioni o soggetti non ancora raccordati telematicamente tra loro, ma rappresentano la prima tappa formale di un processo di self management della persona non solo rispetto ai trattamenti sanitari, ma alle decisioni esistenziali, ivi comprese quelle riguardanti il fine vita. Estesi con la collaborazione della comunità professionale dei medici, degli infermieri e dei legali, si sottopongono ora ad un confronto dialettico aperto alle direzioni sanitarie per una contaminazione reciproca di spunti, riflessioni e confutazioni.

Elisabetta Masturzo

Responsabile SS Coordinamento locale del prelievo di organi e tessuti
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

PAROLE CHIAVE:

Consenso informato, testamento biologico, DAT

INTRODUZIONE

Con la Legge 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, le strutture sanitarie sono tenute dotarsi di strumenti e mezzi materiali efficaci a garantire l’esercizio dei tre diritti fondamentali della persona anche in caso di incapacità di agire o di intendere e di volere, ad esempio, per compromissione temporanea o permanente dello stato di coscienza in costanza di ricovero:

- l’autodeterminazione,
- l’inviolabilità della persona umana come “libertà della persona di disporre del proprio corpo”,
- il diritto costituzionale alla salute.

Tali diritti possono essere esercitati tramite l’espressione della propria volontà non solo in concomitanza di un ricovero o di un trattamento sanitario, ma anche prima di un episodio di ospedalizzazione, presso il proprio comune di residenza o un notaio attraverso le Disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

Quanto alle modalità di espressione del consenso in ambito sanitario che, in qualsiasi forma sia espresso viene inserito nella cartella clinica e nel fascicolo elettronico, viene stabilito che sia espresso in forma scritta ovvero, qualora le condizioni fisiche del paziente non consentano di rispettare quest’ultima, attraverso videoregistrazione o dispositivi che permettano alla persona con disabilità di comunicare.

Tuttavia, in mancanza di una digitalizzazione delle DAT nella tessera sanitaria, e/o di una Banca dati centrale a cui attingere o di un raccordo informativo con i comuni di residenza, soprattutto se differenti da quello della circoscrizione ospedaliera, si rende necessario dotarsi di supporti informativi alternativi per consentire al

professionista di conoscere le volontà espresse dall'interessato prima del ricovero e agire secondo le sue decisioni.

I modelli qui presentati per il *Consenso alla comunicazione delle informazioni sanitarie e ai trattamenti sanitari di sostegno alle funzioni vitali e per la "cura del fine della vita"* non assolvono meramente al compito di colmare una lacuna informativa tra istituzioni o soggetti non ancora raccordati tra loro, ma rappresentano la prima tappa formale di un processo di self management della persona non solo rispetto ai trattamenti sanitari, ma alle decisioni esistenziali, ivi comprese quelle riguardanti il fine vita.

Il medico, al cospetto della persona e non più solo del malato, è dunque tenuto a fare un passo indietro; applicando il metodo narrativo e dell'ascolto attivo dovrà giungere ad una anamnesi esistenziale e relazionale che vada oltre la finalità diagnostica per accedere a quel portato individuale di senso che si sostanzia nell'atto finale della firma sul modulo del consenso informato, ma che invero riepiloga la propria visione dell'esistenza e il proprio sistema di valori.

Purtroppo la formazione alle abilità comunicative e alle competenze relazionali non rientra nel curriculum formativo dei professionisti; ma, poiché il tempo per il consenso informato è inteso come *tempo di cura*, sarà dunque necessario puntare su strategie di sostegno della comunicazione empatica e dell'intelligenza emotiva come competenze immateriali indispensabili alle transazioni sociali, in particolare di quelle che suscitano riflessi inconsci o emozioni, siano esse positive, negative o foriere di conflitti o stress.

PROBLEMI APERTI

Due mesi dopo l'entrata in vigore della Legge, una circolare del Ministero dell'Interno ha evidenziato i primi dubbi interpretativi in ordine alle modalità di registrazione delle DAT presso i comuni di residenza dei cittadini.

In risposta ai quesiti di alcuni operatori degli uffici di stato civile viene precisato come la Legge non disciplini l'istituzione di un nuovo registro dello stato civile; l'ufficio comunale preposto deve pertanto limitarsi a registrare un ordinato elenco cronologico delle dichiarazioni presenta-

te ed assicurare la loro adeguata conservazione, senza specificare su quale supporto o le caratteristiche.

È inoltre legittimato a ricevere esclusivamente le DAT consegnate personalmente dal disponente residente e recanti la firma autografa, e non quelle dei disponenti non residenti, limitandosi a registrare l'atto senza entrare in alcuno modo nel merito dei contenuti o accompagnare l'estensione del documento.

Ne consegue un primo scoglio alla effettività delle DAT per la mancanza di un raccordo informativo tra i comuni e le strutture sanitarie con possibili ricadute negative di rilevante impatto anche sotto il profilo della responsabilità professionale per il rischio conseguente alla erogazione, per difetto di informazione, di trattamenti contrari alla volontà dell'interessato espressa nella formula "ora per allora".

A complicare ulteriormente le cose, il 18 luglio scorso il Ministero della Salute ha formulato alcuni quesiti al Consiglio di Stato in ordine alla Legge di bilancio e alla ripartizione delle competenze fra Stato e Regioni relativamente agli adempimenti connessi alla configurazione e, conseguentemente, alle finalità della Banca dati centrale, nonché alla digitalizzazione delle DAT nel fascicolo sanitario elettronico; in particolare, se uno o entrambi i supporti debbano attestare solo l'avvenuta espressione delle DAT o contenere o rimandare alla copia olografa garantendo l'accesso agli utilizzatori finali nel rispetto delle regole di sicurezza di cui al nuovo Regolamento europeo sulla privacy.

Latente, ma incombente è il problema dell'aggiornamento degli atti e della eventuale revoca o morte dei fiduciari.

Viene altresì sollevato il dubbio se tali disposizioni debbano essere a contenuto libero o in qualche misura prestabilito e limitato ai trattamenti della *idratazione e nutrizione artificiale* e della *sedazione palliativa continua profonda* per i quali è prevista la formula scritta, demandando, nel primo caso, al sanitario la interpretazione dei contenuti e delle volontà con possibili margini di discrezionalità, fraintendimento e contenzioso. Poiché il consenso informato scaturisce da un colloquio dinamico e interattivo, è ineludibile prevedere un canale biunivoco con i predetti

Figura 1 – Consenso informato alla comunicazione delle informazioni sanitarie (fronte e retro)

supporti per attestare/registrare e conservare l'avvenuta informativa del medico in ordine alle conseguenze delle scelte dell'interessato o degli esercenti la potestà, in particolare sulle decisioni di fine vita di adulti e, a maggior ragione, con ricadute sui minori, tanto più se ad effetto mediatico e sulla opinione pubblica: si cita per tutte la risonanza suscitata dal caso del piccolo *Alfie Evans* in Inghilterra.

Una questione delicatissima riguarda la fattispecie del ricovero di un paziente con gravi cerebrolesioni con prognosi infausta o in stato vegetativo permanente in mancanza di DAT.

Il precedente portato alle estreme conseguenze di *Eluana Englaro* si è chiuso sancendo come sia legittimo e in qualche misura doveroso risalire alla 'voce silente' della persona attraverso la testimonianza e la narrazione dei congiunti per recuperare elementi di prova certi delle sue dichiarazioni o convincimenti espressi pri-

ma di cadere in stato di incoscienza. Le ultime Raccomandazioni della SIAARTI rappresentano anch'esse una rivoluzione copernicana nell'approccio del rianimatore alla persona morente; già nel titolo introducono un nuovo concetto di cura che va oltre la guarigione, ovvero la cura del fine vita per garantire una morte dignitosa. Nella decisione di limitare i trattamenti, il medico deve necessariamente svolgere un ruolo di sintesi acquisendo, ove non presenti delle DAT, ogni possibile informazione sul progetto di vita della persona malata o morente, sulle sue possibili volontà rispetto al percorso di cura, sulle sue convinzioni filosofiche, etiche, religiose e persino ideologiche.

Per fare ciò il medico e l'infermiere dovranno acquisire competenze inedite e quasi certamente non maturate durante i corsi e i tirocini universitari; ciò in ragione del fatto che l'anamnesi non dovrà più consistere soltanto in una raccolta di

**CONSENSO INFORMATO
AI TRATTAMENTI SANITARI DI SOSTEGNO ALLE FUNZIONI VITALI
E NELLA FASE FINALE DELLA VITA**

Io sottoscritto/a:

Cognome _____

Nome _____

Nata/a _____ (Prov. _____)

il _____

Residenza a _____

Indirizzo _____

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni al medico, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari di sostegno alle funzioni vitali. Queste disposizioni perdono di validità se, ripreso la piena coscienza, decido di annullarle o sostituirle.

Accetto che i trattamenti siano iniziati.

Non accetto che i trattamenti siano iniziati.

Non accetto che i trattamenti iniziati siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.

Firma dell'avente diritto _____

Data _____

Qualora io avessi una malattia cronica con prognosi sfavante:

Accetto a che mi siano praticate le continue forme di respirazione meccanica, anche invasive.

Non accetto a che mi siano praticate forme di respirazione meccanica, anche invasive.

Firma dell'avente diritto _____

Data _____

1 di 2

Accetto ad essere idratato o nutrito artificialmente.

Non accetto ad essere idratato o nutrito artificialmente.

Firma dell'avente diritto _____

Data _____

Accetto a che siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze anche attraverso il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.

Non accetto a che siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze anche attraverso il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.

Firma dell'avente diritto _____

Data _____

Altre disposizioni personali:

Firma dell'avente diritto _____

Data _____

2 di 2

Figura 2 – Consenso informato ai trattamenti di sostegno alle funzioni vitali e nella fase finale della vita (fronte e retro)

dati, di parametri e di date, ma nella trascrizione letterale di un racconto e il comunicare non significherà più solamente informare, ma ascoltare attivamente, se necessario anche i silenzi, senza giudizio, senza noia e con empatia.

Riguardo a quest'ultimo aspetto, *Max Chochinov*, nell'ambito del nuovo approccio alla medicina narrativa, ha introdotto il concetto della *Terapia della dignità* nelle cure di fine vita per promuovere stili di comunicazione improntati all'ascolto di sé e degli altri e volti a migliorare l'esperienza del fine-vita non solo nella prospettiva del paziente, ma anche dell'operatore, nonché a sostenere le persone che restano durante il periodo di lutto e di cordoglio.

Agli antipodi rispetto alla gestione dei tempi, è la ventilazione forzata in situazioni di incoscienza all'atto del ricovero e in mancanza delle DAT. In questo caso la scelta non può che essere demandata al professionista. Più ambiguo è il confine

della competenza in merito alla decisione di continuare o meno la ventilazione nel prosieguo ed in caso di recupero della coscienza; secondo la nostra interpretazione tale decisione dovrà essere nuovamente rimessa all'interessato del pari di quelle concernenti la idratazione e nutrizione artificiale e la sedazione continua profonda e/o la somministrazione di cure palliative. Su questo punto il confronto è aperto.

Come ultima problematica viene segnalata quella di una possibile interferenza tra le DAT e le volontà registrate sul Sistema informativo trapianti, ad esempio, all'atto del rilascio o del rinnovo della carta di identità, rispetto alla donazione di organi e tessuti. La sussistenza di un doppio canale, potrebbe generare incoerenze tra i dati registrati nelle due piattaforme, concernenti date, contenuti e fiduciari, foriere di ritardi nelle procedure di prelievo e di possibili conflitti e contenziosi con i congiunti in linea diretta.

MATERIALI E METODI

Il cammino verso la piena affermazione del diritto del paziente di esprimere il proprio consenso o il proprio rifiuto alle cure mediche, ivi comprese quelle salvavita, è stato segnato dalla nota vicenda giuridica di *Welby* che si è chiusa con una sostanziale equiparazione del diritto all'autodeterminazione al diritto alla vita, considerati di pari rango all'interno del nucleo fondamentale dei diritti della persona costituzionalmente garantiti.

La Legge sul consenso e le DAT sancisce in modo risolutivo che il diritto alla salute e all'integrità psicofisica è rimesso all'autodeterminazione del suo titolare e che lo strumento attraverso il quale il diritto alla salute si concilia con il diritto alla libertà di autodeterminazione terapeutica è il consenso informato.

Secondo l'OMS, ma da oggi anche secondo la Cassazione e il diritto, il concetto stesso di salute non è più inteso come assenza di malattia, ma come stato di benessere psicofisico coinvolgente anche gli aspetti interiori e personalissimi della identità e della dignità.

Imporre un trattamento, pur vitale, contro la volontà del malato determinerebbe dunque l'intermissione e la violazione della sfera delle libertà personali.

La Legge precisa poi che il paziente può dare incarico ai familiari, ovvero a una persona di fiducia, di ricevere informazioni ed anche di esprimere il consenso in sua vece, facendo così potenzialmente acquisire al terzo un potere di rappresentanza e di decisione ad effetto sostanziale nel colloquio con il sanitario.

E mentre in epoca precedente alla sua emanazione si poteva in qualche misura appellarsi allo stato di necessità e di urgenza per giustificare l'atto chirurgico o una trasfusione nel Testimone di Geova presupponendo l'assenso dell'interessato nell'istante prima di cadere in stato di incoscienza, da oggi si dovrà tener conto delle volontà espresse dal disponente in epoca antecedente all'intervento o alla trasfusione anche nelle situazioni di urgenza.

Per dare immediata effettività alla Legge, si è dunque provveduto a condensare i predetti principi in alcuni modelli di informativa e consenso.

Estesi con la collaborazione della comunità professionale dei medici, degli infermieri e dei legali, si sottopongono ora ad un confronto dialettico aperto alle direzioni sanitarie per una contaminazione reciproca di spunti, riflessioni e confutazioni:

1. Informativa alla utenza;
2. Consenso informato alla comunicazione di informazioni sanitarie (figura 1);
3. Consenso informato ai trattamenti sanitari di sostegno alle funzioni vitali e nella fase finale della vita (figura 2).

Tali modelli mettono in condizione la struttura e i professionisti di conoscere le volontà espresse sia prima, sia all'apertura del ricovero e l'eventuale designazione da parte dell'avente diritto di un fiduciario per la delega decisionale in sua vece.

Danno conto anche della avvenuta deposizione delle DAT presso il comune di residenza o un notaio attraverso scrittura privata e della data e del riferimento di atto.

Uno dei modelli viene contestualizzato alla circostanza dei trattamenti sanitari di sostegno alle funzioni vitali e della fase finale della vita sia nella piena coscienza, sia per la fattispecie di un improvviso precipitare in stato di incoscienza durante il ricovero:

- respirazione meccanica, anche invasiva;
- nutrizione e/o idratazione artificiale;
- sedazione palliativa profonda continua e terapia del dolore.

Si tratta di strumenti materia di un confronto continuo con la comunità professionale destinata a utilizzarli nell'ambito oncologico, delle cure palliative, geriatrico, delle rianimazioni e terapie intensive e della chirurgia nei pazienti con prognosi severa. Ciò anche al fine della piena interiorizzazione del sistema valoriale sotteso e dell'inversione di paradigma rispetto ad un approccio paternalistico tradizionalmente esercitato dal medico, sebbene nella forma subliminale o simbolica del "buon padre di famiglia" derivata dal lessico giuridico.

Il modulo di *Consenso alla comunicazione di informazioni sanitarie* sarà somministrato all'atto del ricovero, mentre il modulo di *Consenso informato ai trattamenti sanitari di sostegno alle*

funzioni vitali e nella fase finale della vita dovrà richiedere un periodo di formazione del personale sanitario riguardo alla normativa anche in termini responsabilità professionale e alla comunicazione.

CONCLUSIONI

In assenza della possibilità di ricorrere alla registrazione nel fascicolo sanitario elettronico (tesera sanitaria), ci si dota di strumenti imperfetti, ma in grado di garantire e preservare la pienezza dei propri diritti e della propria dignità in quanto persone e cittadini anche nello status eccezionale di malati e pazienti e nel rapporto con il camice bianco che può essere percepito, in condizione di fragilità, come inibente sotto il profilo del livello culturale.

Si ristabilisce dunque un rapporto di parità e di reciprocità tra l'individuo, il sanitario e la struttura. Al contempo si fornisce uno strumento di garanzia sia al professionista nell'ambito del *patto di cura* con il paziente, sia alla struttura sanitaria nell'ambito del *contratto di cura* utile anche agli effetti di eventuali ricadute in termini di responsabilità professionale.

NORMATIVA, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Masturzo E, Di Vincenzo M, Elli G. *Modelli per il Consenso informato ai trattamenti di sostegno alle funzioni vitali e del fine vita*. Poster presentato al 44° Congresso Nazionale ANMDO. Padova, 19-20-21 Novembre 2018.
2. Ministero della Salute. *Richiesta di parere in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. Consiglio di Stato. Adunanza della Commissione speciale del 18 luglio 2018, numero affare 01298/2018.
3. *Le cure di fine vita e l'anestesista e rianimatore: raccomandazioni SIAARTI per l'approccio alla persona morente*. Update 2018.
4. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". (GU n.12 del 16-1-2018).
5. Ministero dell'interno. Circolare n. 1/2018 di oggetto "Legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni an-

tipicate di trattamento. Prime indicazioni operative".

6. Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

7. Spisanti S. *Riflessioni - Nachlass*. Rivista Italiana di Cure Palliative 2017; XIX (4)

8. Regolamento (ue) 2016/679 del parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati).

9. Comitato nazionale per la bioetica. "Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte". 29 gennaio 2016.

10. Chochinov HM. *Terapia della dignità. Parole per il tempo che rimane*. Il Pensiero Scientifico Editore. 2015

11. Legge n. 38/2010. "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

12. Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione europea (2000/C 364/01)

13. Carta dei diritti alla Comunicazione. National Committee for the Communication needs of person with Severe disabilities. 1992.

14. Associazione Luca Coscioni: <https://www.associazionelucacoscioni.it>

15. Sportello unico per le Disposizioni anticipate di trattamento del Comune di Milano: <http://www.comune.milano.it>

16. Regione Toscana Biotestamento: <http://www.regione.toscana.it/-/biotestamento>

17. Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it/portale/dat/homeDat.jsp>

Sistema Gestione Qualità e riprogettazione organizzativa: il modello dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano

Riassunto

Il concetto di qualità nelle organizzazioni sanitarie assume una logica "multidimensionale", riconducibile a specifici ambiti di riprogettazione organizzativa in funzione della soluzione delle relative criticità di riferimento. In tale ambito l'obiettivo del Sistema Gestione Qualità dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano è lo sviluppo nella organizzazione di un sistema strutturato di miglioramento continuo, come modello di riprogettazione aziendale.

L'approccio metodologico di riferimento, teorizzato dallo statistico americano W. Edwards Deming circa a metà del secolo scorso, è il PDCA (Plan-Do-Check-Act).

In particolare il "Piano Annuale Qualità" aziendale per l'anno 2016 e 2017 si è focalizzato su quattro progetti operativi:

- "Performance based budget";
- "Norme di buona qualità";
- "Scegliere con saggezza" le pratiche efficaci e appropriate;
- "Leadership e benessere organizzativo".

Nel caso specifico il monitoraggio continuo degli indicatori a supporto rappresenta un importante strumento per analizzare il sistema, comprendere i punti critici e definire ai vari livelli le azioni di miglioramento, secondo i modelli metodologici di riferimento. Altresì la comunicazione interna è di importanza fondamentale per favorire lo sviluppo del Sistema.

In sintesi lo sviluppo del Sistema Qualità rappresenta l'occasione per riallineare a livello aziendale il sistema di programmazione e controllo, il sistema formativo, il sistema informativo e il sistema premiante in forma integrata tra loro, a beneficio prioritario degli utenti e del personale.

Franco Ripa*, Marilena Avanzato**

*Commissario

**Direttore sanitario

Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano
(Torino)

PAROLE CHIAVE:

Qualità, performance, appropriatezza, benessere

INTRODUZIONE

Tra le diverse definizioni di Qualità dell'assistenza sanitaria rimane sempre attuale quella formulata dall'OMS: "Disponibilità di un mix di servizi sanitari diagnostici e terapeutici tali da produrre, con la maggior probabilità per il paziente, l'esito di una assistenza sanitaria ottimale compatibilmente con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica ed il rapporto con fattori biologici quali l'età del paziente, la malattia da cui è affetto ed altri fattori connessi, con il minimo rischio possibile di ulteriori danni o disabilità in conseguenza a tale terapia, con il minimo dispendio di risorse per raggiungere questo risultato, con la massima soddisfazione possibile del paziente riguardo al processo di assistenza e alla sua personale interazione con il sistema sanitario" [11, 13].

Tale definizione centralizza alcune parole chiave di riferimento:

- efficacia;
- sicurezza;
- efficienza;
- soddisfazione degli utenti e degli operatori.

Pertanto il concetto di qualità nelle organizzazioni sanitarie assume una logica "multidimensionale", riconducibile a specifici ambiti di riprogettazione organizzativa in funzione della soluzione delle relative criticità di riferimento.

OBIETTIVO E METODOLOGIA

Nonostante sia universalmente riconosciuto che lo sviluppo del Sistema Gestione Qualità sia un momento essenziale della progressione di una Azienda, non sempre esso viene attuato in forma sistematica e congruente con i bisogni organizzativi. In particolare per una Azienda Ospedaliera Universitaria di rilievo nazionale come il San Luigi di Orbassano è fondamentale sviluppare sistemi

strutturati di management aziendale [4, 9], che sostengano i processi sanitari e che siano conosciuti e condivisi.

Obiettivo del Sistema Gestione Qualità aziendale è dunque lo sviluppo nella organizzazione di un sistema strutturato di miglioramento continuo e di riprogettazione aziendale:

- semplice;
- esplicito;
- condiviso;
- performante per l'organizzazione.

L'approccio metodologico di riferimento [6, 8], teorizzato dallo statistico americano W. Edwards Deming circa a metà del secolo scorso, è il PDCA (Plan-Do-Check-Act).

Il PDCA rappresenta un ciclo dinamico e continuo; costituisce un'indispensabile guida metodologica per il mantenimento del livello di prestazione di una attività e per il suo miglioramento e si articola nelle fasi di seguito descritte.

Plan

E' la fase di pianificazione, nella quale viene individuato l'ambito di analisi, sono definiti i problemi e fissati gli obiettivi.

Ogni obiettivo andrà espresso in modo specifico e quantitativo, rimarcando quale porzione di problema di partenza si vuole effettivamente ridurre. L'acronimo di riferimento per la definizione di un obiettivo di buona qualità è SMART (specifico, misurabile, accettabile, realistico, traducibile in azioni, temporizzato).

Do

E' la fase di programmazione operativa delle attività che viene condotta secondo la logica del chi-dove-quando-come: di solito viene progettato sulla carta l'intervento e poi effettuato su piccola scala.

Check

E' la fase di controllo o meglio di valutazione/guida, che permette di comprendere se l'intervento stia raggiungendo i livelli di efficacia previsti. Tecnicamente la valutazione è un processo attraverso cui si attribuisce un valore a qualcosa, su scale qualitative o quantitative, utilizzando tecniche e strumenti diversi e lo si confronta con un valore di riferimento esplicito, al fine di esprimere un giudizio di merito.

Act

E' la fase che chiude il primo ciclo e comporta l'estensione dell'intervento su larga scala se i risultati sono stati favorevoli o il suo ridisegno e dunque il ritorno alla fase Plan in caso di permanenza delle criticità.

Andranno comunque effettuati la valutazione dell'impatto e il monitoraggio a medio-lungo termine (6 mesi - 1 anno dopo la fine dell'intervento), in quanto i miglioramenti ottenuti possono non mantenersi nel tempo.

PIANO ANNUALE DELLA QUALITÀ E PROGETTI

In coerenza con la Politica generale dell'Azienda, le indicazioni fornite dall'Assessorato alla Sanità e i risultati del riesame del Sistema Gestione Qualità viene annualmente definito il Piano annuale per lo sviluppo della Qualità.

Il Piano contiene:

- l'analisi del contesto di riferimento;
- i bisogni e problemi prioritari;
- gli obiettivi generali e specifici per la Qualità;
- le azioni da effettuare;
- le modalità di valutazione.

I contenuti e gli obiettivi del Piano annuale della Qualità vengono diffusi a tutti gli operatori.

Il "Piano Annuale Qualità" dell'AOU San Luigi di Orbassano per l'anno 2016-2017, per rispondere compiutamente alle diverse criticità di riferimento, si è focalizzato in particolare su quattro progetti operativi:

- "Performance based budget";
- "Norme di buona qualità";
- "Scegliere con saggezza" le pratiche efficaci e appropriate;
- "Leadership e benessere organizzativo".

Il "Performance budget" [15, 16] è una specifica del sistema di budget tradizionale per dare evidenza esplicita della trasformazione delle risorse in risultati, delineando una catena generale di causa-effetto. E' un modo di allocare le risorse per raggiungere gli obiettivi specifici sulla base di un programma e di risultati misurati.

La scheda di performance budget si inserisce nel contesto del processo di budget tradizionale (figura 1) e mette in relazione le risorse assegnate ad una Struttura in collegamento con gli specifici indica-

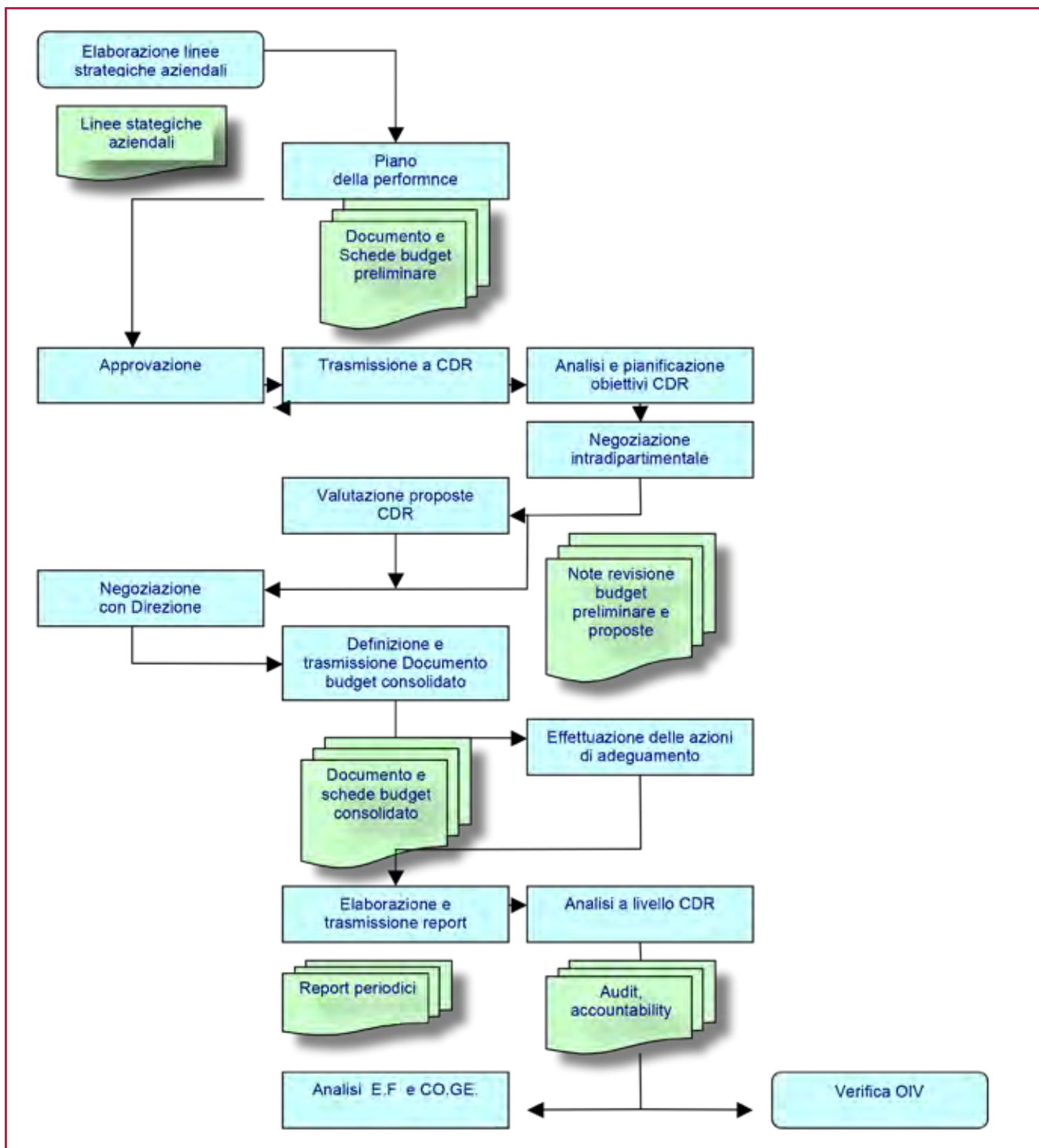


Figura 1. Processo di budget e “Performance budget”

tori di performance, declinati per valore atteso e valore osservato allo scopo di confrontare i risultati effettivi rispetto alle aspettative di riferimento con uno specifico Responsabile individuato. Attraverso le “Norme di buona qualità” [1], viene

invece attivato un sistema di monitoraggio e miglioramento dei processi aziendali più significativi. La check list di self assessment (figura 2) rappresenta la semplificazione ragionata di modelli di valutazione più evoluti (ISO, accreditamento istitu-

4.	Accoglienza e dimissione	Evidenze	Autovalutazione	Valutazione esterna	Piano/azioni di adeguamento
4.1.	Le procedure per la gestione dell'accoglienza degli utenti sono presenti, aggiornate ed applicate		[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	
4.2.	Le procedure per la gestione della dimissione degli utenti sono presenti, aggiornate ed applicate		[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	
5.	Rischio sanitario	Evidenze	Autovalutazione	Valutazione esterna	Piano/azioni di adeguamento
5.1.	Gli eventi avversi e gli eventi sentinella sono raccolti e analizzati al fine di individuare azioni correttive di miglioramento		[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	
5.2.	Le procedure relative al consenso informato sono presenti, aggiornate ed applicate		[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	
5.3.	Le procedure relative alla sicurezza (infezioni correlate all'assistenza, piani di emergenza...) sono presenti, aggiornate ed applicate		[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	
6.	Comunicazione interna	Evidenze	Autovalutazione	Valutazione esterna	Piano/azioni di adeguamento
6.1.	Incontri interni al gruppo per favorire lo scambio di informazioni e sviluppare ed attuare proposte di miglioramento sono effettuati regolarmente (almeno trimestralmente)		[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	
7.	Comunicazione per gli utenti	Evidenze	Autovalutazione	Valutazione esterna	Piano/azioni di adeguamento
7.1.	Le informazioni sulla organizzazione della Struttura, sulle prestazioni erogate e tempi di attesa sono presenti, aggiornate e disponibili per gli utenti		[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	
7.2.	I reclami pervenuti sono riscontrati all'URP e sono analizzati al fine di individuare ed attivare azioni correttive di miglioramento		[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	[0] [1] [2] [3] [4] [5] nv	

Figura 2. Esempio di “Norme di buona qualità”

AOU SAN LUIGI GONZAGA ORBASSANO	
Pratica	Test ergometrico programmato annualmente nel paziente asintomatico.
Struttura	SC CARDIOLOGIA
Direttore	
Referenti	
Data di emissione	Ottobre 2016
Criticità	Tradizionale consuetudine degli specialisti cardiologi e tendenza emotiva dei pazienti a richiedere l'esecuzione di test ergometrici con cadenza annuale in assenza di sintomi.
Raccomandazione	Non richiedere la prenotazione elettiva (annuale) di test ergometrici nei pazienti coronaropatici asintomatici e con quadro clinico cardiologico stabile.
Esplicitazione	La tradizionale tendenza alla richiesta di test ergometrici elettivi a cadenza prefissata, in genere annuale, poggia su una concezione ormai superata di patogenesi della placca aterosclerotica ad andamento progressivo. Le attuali conoscenze scientifiche hanno invece dimostrato che la lesione endoteliale, che dà origine al processo trombotico occludente e all'IMA, si determina prevalentemente in aree non stenotiche. Questa condizione annulla la capacità del test ergometrico di predire l'evento con una diagnosi precoce.
Metodologia di definizione della raccomandazione	Revisione della Letteratura Riunioni interne alla SC Cardiologia Condivisione con altre SC Cardiologia della ASL di riferimento e con gli specialisti territoriale zonali. Informazione e condivisione con i MMG del Distretto
Richiedente la pratica	Specialisti Cardiologi Ospedalieri e Territoriali, MMG dell'area di riferimento territoriale.
Indicatore di valutazione	Riduzione delle prestazioni non appropriate/annullamento delle liste di attesa
Standard/valore soglia	Da determinare
Bibliografia di riferimento	Choosing Wisely – American College of Cardiology: Five things Physicians and Patients should Question: No. 2 “Don't perform annual stress cardiac imaging or advanced non-invasive imaging as part of routine follow-up in asymptomatic patients”. Release April 4, 2012. Updated September 22, 2014. Studio osservazionale policentrico: “Il follow up del paziente sottoposto a rivascolarizzazione coronarica percutanea: impatto potenziale dell'applicazione di un percorso clinic-gestionale strutturato sull'integrazione ospedale-territorio e modulato sul rischio clinico del paziente”. Giornale Italiano di Cardiologia, Ottobre 2015;16(10):565-573 A multidisciplinary consensus document on follow-up strategies for patients treated with percutaneous coronary intervention. Cath and Cardiovasc Interv 2015;85:E129-E139

Figura 3. Esempio di scheda per “Scegliere con saggezza”

zionale...) e viene ad articolarsi sulle seguenti aree di riferimento: Pianificazione, Strutture, Tecnologie, Accoglienza e dimissione, Rischio sanitario, Comunicazione interna, Comunicazione per gli utenti, Performance, Formazione ed addestramento, Ricerca e sviluppo, Documentazione.

Per ognuna delle aree sono definiti gli specifici “criteri” di riferimento sottesi ai processi critici e viene pianificata la modalità di definizione delle evidenze e di valutazione interna al gruppo di lavoro ed esterna.

“Scegliere con saggezza” le pratiche efficaci ed ap-

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? (indichi una sola risposta per ciascuna domanda)	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
L.01	Conosco le strategie della Direzione						
L.02	Condivido gli obiettivi strategici della Direzione						
L.03	Sono chiari i risultati ottenuti dalla Direzione						
L.04	È chiaro il contributo del mio lavoro al raggiungimento degli obiettivi della Direzione						

Figura 4. Esempio di analisi di “Leadership e benessere organizzativo”

proprie si inserisce nell’ambito del movimento internazionale “Choosing wisely” [5] e del programma italiano “Slow Medicine” [7]; ha lo scopo di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi erogati attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici, trattamenti, farmaci) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte (figura 3). Tramite la riduzione delle pratiche inutili, ci si può attendere anche un uso più appropriato delle risorse disponibili e quindi una maggiore sostenibilità dei servizi erogati. Il progetto “Leadership e benessere organizzativo” [2, 3] prevede, infine, la realizzazione di diverse azioni, integrate fra loro, che mirano a sviluppare interventi coerenti con la mission aziendale di “creare salute” e “prenderci cura dei cittadini e degli operatori”. In tale ambito è necessario ottenere una fotografia ragionata dell’Azienda che metta in luce punti di forza e di debolezza del clima lavorativo, al fine di potenziare la collaborazione e valorizzare le buone pratiche. L’indagine allo scopo effettuata ha rilevato (figura 4) i seguenti tre aspetti di riferimento:

- il benessere organizzativo in senso stretto;
- il grado di condivisione del sistema di valutazione;
- la valutazione delle funzioni direzionali.

In tale ambito attraverso una specifica azione formativa è stata anche introdotta nel contesto aziendale la metodologia del coaching, per la gestione delle risorse umane.

RISULTATI

La valutazione del Sistema Gestione Qualità presso l’AOU San Luigi [10, 12, 14] viene attuata sistematicamente con cadenza circa semestrale, anche ai fini della pianificazione per l’anno successivo ai

diversi livelli istituzionali (Direzione, Dipartimenti, Strutture Complesse).

In particolare sono sottoposti a verifica:

- lo sviluppo globale del Sistema Gestione Qualità e delle sue specifiche componenti;
- la definizione e il raggiungimento degli obiettivi per la qualità;
- gli indicatori di qualità attivati e gli specifici valori ottenuti;
- i risultati delle verifiche interne;
- le segnalazioni e i reclami degli utenti e le indagini sulla qualità percepita;
- le non conformità e le criticità più rilevanti e ripetitive;
- lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento avviate.

In estrema sintesi, per quanto riguarda nello specifico il Piano Annuale Qualità e i progetti sviluppati per l’anno 2016:

- le schede di budget sono state prodotte per ogni centro di responsabilità e sono state effettuate in modo specifico sei analisi di “Performance budget”, correlando nel tempo le risorse assegnate con i risultati di performance ottenuti;
- in ambito di “Norme di buona qualità”, sono state prodotte 38 schede di self assessment, con un punteggio medio di aderenza ai requisiti variabile da struttura a struttura e con una media del 67%;
- sono state formulate oltre 80 schede per “Scegliere con saggezza”, che riportano le raccomandazioni e le relative logiche per definire ed implementare pratiche appropriate;
- sul versante “Leadership e benessere organizzativo” si sono raccolti 1.170 questionari; il numero complessivo di password distribuite è stato pari a 1.599, con tasso di risposta del 73%.

Il monitoraggio continuo degli indicatori a sup-

porto, in particolare, rappresenta un importante strumento per analizzare il sistema, comprendere i punti critici e definire ai vari livelli le azioni di miglioramento, secondo i modelli metodologici di riferimento.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Lo sviluppo del Sistema Gestione Qualità nell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano ha avuto un importante impatto sulla organizzazione e sui professionisti, evidenziando anche la valenza del processo di comunicazione.

La comunicazione interna si è rilevata infatti di importanza fondamentale per lo sviluppo del Sistema ed è stata gestita attraverso:

- riunioni;
- incontri di formazione;
- divulgazione di documentazione di specifico interesse;
- diffusione di comunicazioni relative ai risultati dell'attività;
- comunicazione scritta ai singoli interessati su argomenti di particolare importanza;
- bacheca per comunicazioni di carattere generale;
- rete aziendale intranet per la diffusione di reportistica/informazioni/documenti/ comunicazioni di carattere operativo.

Come momento specifico di illustrazione dell'andamento dei progetti, accountability e confronto sul Sistema Qualità aziendale è stato effettuato il "Quality day"; l'evento per il 2016 si è svolto il 14 dicembre presso la Sala Convegni dell'AOU San Luigi e ad esso hanno partecipato i Direttori e Coordinatori delle Strutture aziendali.

In sintesi la creazione del Sistema di Gestione Qualità nell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano in forma integrata rappresenta una tappa di importanza fondamentale nel processo di miglioramento continuo del servizio offerto agli utenti e di valorizzazione del ruolo degli operatori.

Il Sistema Gestione Qualità costituisce, infatti, uno stimolo essenziale per il perseguimento degli obiettivi insiti nella mission aziendale ed anche una grande occasione di riprogettazione aziendale.

Lo sviluppo del Sistema Gestione Qualità rappresenta anche l'occasione per riallineare a livello aziendale il sistema di programmazione e controllo, il sistema formativo, il sistema informativo e

il sistema premiante in forma integrata tra loro, a beneficio prioritario degli utenti e del personale.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento 9. Guida alla stesura di un "Manuale per l'accreditamento del Dipartimento/Struttura privata", giugno 2004
2. Avallone F., Bonaretti M. *Il Benessere Organizzativo, un approccio per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche*, 2003
3. Bonaretti M., Testa P. *Persone al lavoro, Politiche e pratiche per il benessere organizzativo nelle amministrazioni pubbliche*, 2003
4. Berwick DM., Hackbarth. *Eliminating waste in US health care*. JAMA 2012; 307(14) 1513-1516
5. Cassel CK, Guest JA. *Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care*. JAMA.2012;307:1801-2
6. Deming W.E. *Out of the Crisis*. MIT/CAES, 1982
7. Domenighetti G, Vernero S. *Fare di più non significa fare meglio*. *Salute internazionale*. Info. 8 maggio 2013
8. Donabedian A. *La Qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione*. *La Nuova Italia Scientifica*. Roma. 1990
9. Drummond MF, O'Brien J., Stoddart GL., Torrance W. *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*. *Il Pensiero Scientifico Editore*, 2000
10. Galgano A. *Sette Strumenti Manageriali della Qualità Totale*. *Il Sole 24 Ore libri*, 1994
11. Gardini A. *Verso la Qualità. Percorsi, modelli, intuizioni ed appunti di viaggio per migliorare l'assistenza sanitaria*. *Il Pensiero Scientifico Editore*, 2007
12. Morosini P. *Indicatori in valutazione e miglioramento della Qualità professionale*. *Rapporti ISTISAN 04/20 Rev*, 2004
13. NHS. *A first classe service: quality in the National Health Service*. *Department of Health*, 1998
14. Ovretveit J. *Valutazione degli interventi in Sanità*. *Centro Scientifico Editore*, 2002
15. Richard D. Young, *Performance-Based Budget Systems - Public Policy & Practice*, January 2003, p.12, www.io-pa.sc.edu/ejournal/assets/performance%20based%20budgets.pdf.
16. Robinson, Marc (ed.), *Performance Budgeting, Linking Funding and Results* - *Palgrave Macmillan*, <http://blog-pfm.imf.org/pfmblog/2007/10/making-performa.html> Nov. 2007

Quali sono le competenze comunicative e le abilità emotive di un leader in Direzione Medica di Presidio?

INTRODUZIONE

E' ormai riconosciuto che le competenze comunicative e le abilità emotive di chi dirige un'organizzazione hanno un peso fondamentale nell'accrescere lo spirito di squadra, il desiderio di raggiungere insieme obiettivi e risultati, la spinta al cambiamento e alla crescita professionale, il senso del dovere, della responsabilità fino anche al sacrificio in tutti i membri dell'organizzazione. Considerando "l'Ospedale" un'organizzazione complessa nella quale devono essere presenti valori aggiunti rispetto ad altre organizzazioni, è utile tracciare una strada ideale da percorrere per intercettare tutte le competenze che possono costituire bagaglio del Leader in Direzione Medica di Presidio.

MATERIALI E METODI

E' sempre utile ricordare le caratteristiche che identificano:

- il LEADER: capo riconosciuto come primo, e seguito volontariamente, di un partito, di una organizzazione, di un gruppo, di un movimento.
- il PRESIDIO OSPEDALIERO: una delle organizzazioni più complesse dove e vive dove ogni professionista, medico, infermiere, oss., impiegato, tecnico, ha la possibilità con il suo lavoro di contribuire alla "cura" (nel senso più profondo e vero) di altri esseri umani... (in latino "pietas"), non solo fisica, ma anche psichica.

Maurizia Rinaldi*

*Dirigente medico Direzione Sanitaria P.O. San Lorenzo di Carmagnola ASL TO5

PAROLE CHIAVE:

Leadership, abilità emotive, non technical skill

"Quando un prodotto è fabbricato da persone che trovano IMPORTANTE il proprio lavoro..... esso sarà inevitabilmente un prodotto d'alta qualità" (Pehr G. Gyllenhammer)

Il leader di direzione sanitaria ha pertanto un SOGNO: riuscire a trasmettere ad ogni "risorsa UMANA" del suo Presidio la consapevolezza dell'IMPORTANZA e della BELLEZZA del proprio lavoro, trasmettere il desiderio di svolgerlo nel MIGLIOR MODO POSSIBILE ed IN SINTONIA coi i propri colleghi e collaboratori, e GUIDARE il team composto da tanti differenti insiemi (strutture funzionali ed organizzative) come un'unica squadra che vince solamente se saprà essere UNITA verso orizzonti comuni.

Quali **competenze comunicative** ed **abilità emotive** occorre pertanto sviluppare....per essere in grado ...giorno per giorno di realizzare il sogno?

Intanto bisogna CREDERCI. Se il medico di Direzione non è il primo a credere che il suo lavoro è il più bello del mondo e che può essere catalizzatore dell'organizzazione, non si può pretendere che siano gli altri a farlo....

Altro principio importante è di METTERSI IN GIOCO.....e DIVERTIRSI INSIEME ALLA SQUADRA..... con il DOVERE di raggiungere come obiettivo il BENESSERE di tutti, utenti "interni" "che trascorrono un terzo della propria vita ... all'interno dell'ospedale... ed utenti "esterni" che si affidano all'ospedale per nascere, per curarsi o, quando è l'ora, per morire "bene". Non solo attraverso le SCELTE quotidiane lavorative (la prescrizione di un farmaco, l'appropriata richiesta di una consulenza specialistica, una particolare scelta organizzativa ecc..) si può produrre benessere ECONOMICO per la SOCIETA'. I risultati del Sistema Sanitario (appropriate scelte economiche-politiche, LEA, riduzione -meglio annullamento- degli sprechi) sono risultati di TUTTI e rappresentano investimenti

in tecnologia, ricerca, in presidi ospedalieri nuovi, sani, eco sostenibili e nell'assunzione di professionisti giovani e pieni di energia ... portatori di nuova linfa.

Il Direttore Sanitario di Presidio, se LEADER, deve saper alimentare questi sogni e favorire il cambiamento anche negli altri ... a *"diventare essi stessi il CAMBIAMENTO che vogliono vedere nel mondo"* perché anche lui ci sta provando. (come Gandhi insegna!)

Non si può essere Leader di un gruppo se prima non si è LEADER DI SE STESSI.

Gli elementi distintivi del Leader in Direzione Medica di Presidio possono essere identificati in:

- **Ispirazione e FIDUCIA:** Le persone dopo averLo incontrato, hanno più fiducia, hanno più fede nella bontà di un progetto, si sentono RISPETTATE, ASCOLTATE all'interno della relazione, percepiscono che il loro AP-PORTO può essere un elemento INCISIVO per la progettazione e/o la realizzazione dello stesso, si sentono pronte a "perdere" qualche proprio interesse pur di portare avanti ciò che si è condiviso per il bene comune.
- Il Leader ha quella FORZA che si imprime nella mente e nel cuore di coloro che lo seguono e ri-orienta il loro modo di pensare, sentire e agire? Si può credere, fare affidamento sulla SUA PAROLA? In ogni tipo di organizzazione avere reciproca fiducia è essenziale per la convivenza e per giungere a orizzonti condivisi.
- **ARTE di INCONTRARE** l'altro, e di tessere con lui una relazione. In Azienda ogni uomo acquista un valore infinito se ben accolto, se il suo nome è il principio di una relazione che durerà una vita, se la sua esistenza non sarà vista solo come un servizio reso all'impresa ma come un DONO immenso dal quale attingere e dare.
- **CREDIBILITA':** ha delle convinzioni coerenti tra ciò che pensa e dice e ciò che vive ed opera. La credibilità scaturisce dall'integrità che nasce dai propri valori, principi, intenzioni e sentimenti e nell'agire in modo costantemente coerente con essi.
- **ASCOLTARE.** Ascoltare è l'aspetto più difficile dell'esistenza: tutti parlano, nessuno

ascolta. E' un'arte saper ascoltare il paziente, disteso, concentrato, presente con la mente ed il cuore, senza pregiudizi, consapevole dell'apporto significativo che ognuno può dare nella progettazione o nella risoluzione di un problema. Riesce pertanto a sintonizzarsi sugli altri e sulle esigenze della situazione ..."entrando in uno stato di flusso "

- **RESPONSABILITA'** della sua squadra. Essere responsabile significa aiutare a crescere le persone che ci sono affidate. Sa insegnare con l'esempio e infonde e richiama il senso di responsabilità a tutti i membri del team. Sa generare dubbi, curiosità e conoscenza. Loda e premia i bravi, offrendo loro prospettive. Sa incitare e incoraggiare chi è in difficoltà ed è severo con chi se lo merita, poiché l'equità e la giustizia rendono il leader disarmante ed inattaccabile e sono il miglior segno di dignità e rispetto per tutti coloro che nel team si impegnano.
- **CREDE nel TEAM**, agisce con amore e solo per amore, e riesce a creare uno spirito comune, con l'orgoglio ed il senso di appartenenza e con il desiderio di arrivare insieme alla meta per condividere successi e fallimenti.
- E' al **SERVIZIO** della squadra, lavora per il team che guida con tutto l'impegno possibile e se necessario sa sacrificarsi per esso. Tiene in considerazione le loro inclinazioni, le loro aspettative e si impegna a creare le migliori condizioni di risorse affinché tutti possano lavorare bene. Deve inoltre avere il **CORAGGIO** di dire no a ciò che non ritiene giusto per la squadra.
- **Ha una VISIONE AMPIA** e sa guardare LONTANO. Deve saper comunicare la vision alla squadra poiché non può esserci cammino senza una meta.
- **AUTOREVOLEZZA.** Individua ruoli chiari e ben determinati, gli ambiti di responsabilità e di azione, i principi cardini dell'organizzazione e le regole che la sostengono ascoltando l'intelligenza creativa del team che valorizza e sostiene.
- Ha una **VISIONE SISTEMICA.** Guida una squadra all'interno di una azienda, una squadra che deve saper interagire con altri sistemi

con cui costruire percorsi di diagnosi-cura, continuità e presa in carico e sviluppare tutti gli ambiti della Clinical - governance.

- Ha consapevolezza della **COMPLESSIVITA' del SISTEMA** che deve guidare e ne accetta la SFIDA non precludendo alcuna direzione. Monitorando l'ambiente, ricercando l'auto-organizzazione, promuovendo l'innovazione all'orlo del caos, mantenendosi flessibile, rinforzando la condivisione interna e le relazioni esterne in network, alimentando circoli virtuosi di apprendimento.
- Sa essere **APERTO e FLESSIBILE**. Individua i fattori importanti dell'organizzazione sa presidiare e orientare la co-evoluzione, lascia che la strategia emerga dal contesto, asseconda la trasformazione.
- Sa **"restare in RETE** pronto a cogliere l'attimo creativo" secondo uno slogan che vuole sintetizzare le leggi delle organizzazioni complesse. Si tratta di passare da una cultura del possesso ad una cultura del *presidio*, da quella dell'azione a quella della *trasformazione*, da quella dell'or a quella dell'*and*, da quella del castello a quella della *rete*.
- E' **INTUITIVO**: sa presidiare il più attentamente possibile i luoghi in cui si possono manifestare opportunità inaspettate.
- Ha **CAPACITA' CREATIVA**. Secondo Leopardi "l'immaginazione è la prima fonte della felicità umana"; il motore che spinge a creare e intraprendere è il DREAM. Il sogno è il grande motore del cambiamento ed è il valore aggiunto delle organizzazioni di successo.
- E' **UMILE** . L'umiltà dona cuore e mente aperti per continuare a imparare con la freschezza, la spontaneità, la curiosità e la sensibilità di un principiante.
- E' **SPIRITUALE**. La spiritualità è caratterizzata da una relazione profonda con una "forza superiore" o una "energia interiore", ed è un bisogno di ogni essere umano per ritrovare l'equilibrio, la pace ed appagare il bisogno di senso e la sete di Verità.
- Se il leader è anche un uomo di fede profonda, di preghiera, ama confrontarsi con la Parola di Dio per discernere ed agire, con la gioia e la serenità di *essere guidato da buone mani*.

CONCLUSIONE

"E non crediate di guidare l'amore perché se vi ritiene degni è lui che vi guida"

Kalil Gibran

BIBLIOGRAFIA

Enzo Bianchi *"Fede e Fiducia"* Giulio Einaudi editore

Paolo G. Bianchi *"Ora et Labora – La regola benedettina applicata alla strategia d'impresa e al lavoro manageriale"* Xenia edizioni

Alberto F. De Toni, Luca Comello *"Viaggio nella complessità"* Saggi Marsilio

Franco Ferrarotti *"La concreta utopia di Adriano Olivetti"* Edizioni Dehoniane Bologna

Daniel Goleman *"Lavorare con intelligenza emotiva"* Biblioteca Universale Rizzoli

Ricoveri ospedalieri e accessi al pronto soccorso nel fine-vita. Uno studio retrospettivo caso-controllo di soggetti di età superiore a 55 anni, residenti e assistiti in Friuli-Venezia Giulia.

MD Barbiellini Amidei C.¹, Prof.ssa Canova C.¹, MD Anello P.^{1,2}, Dott. Parolin V.¹, Prof. MD Simonato L.¹

¹ Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova, Italia

² Direzione Medica dell'Ospedale San Giacomo, Azienda ULSS 2 Treviso, Veneto, Italia

Parole chiave: Fine-vita; studio di coorte; caso-controllo

INTRODUZIONE

Crescente evidenza scientifica indica come l'impatto della prossimità alla morte, sul ricorso a ricoveri ospedalieri e sugli accessi al pronto soccorso, pesi più della sola età anagrafica. La questione risulta tuttavia ancora aperta, non essendo tutti gli studi in merito, concordi. Con le previsioni di una popolazione in continuo invecchiamento, capire quali siano i maggiori determinanti del ricorso a questi servizi sanitari, risulta di grande importanza.

MATERIALI E METODI

Questo studio caso-controllo, *nested* in una coorte di popolazione, con *linkage* di dati amministrativi correnti, si pone l'obiettivo di valutare i diversi profili di rischio nei deceduti, rispetto ai controlli. I controlli sono definiti come soggetti ancora in vita un anno dopo la data indice (data di decesso del caso a cui sono appaiati). La coorte è composta da 411,812 soggetti di età superiore a 55 anni (nati prima del 1946), vivi il 1 gennaio 2000 e seguiti fino al 31 dicembre 2014. Si sono identificati 158,571 casi e un uguale numero di controlli, appaiati per genere e anno di nascita. Si sono considerate le schede di dimissione ospedaliera e gli accessi al pronto soccorso, avvenuti nei 365 prima del decesso/data indice. Si sono utilizzati modelli di regressione logistica condizionata per stimare il rischio (*Odds Ratios* - OR) di utilizzo dei suddetti servizi, nei casi rispetto ai controlli, con ulteriori aggiustamenti per il Charlson Comorbidity Index, stratificando per genere, gruppo d'età e principali cause di morte.

RISULTATI

I casi erano significativamente più a rischio di avere almeno un ricovero ospedaliero rispetto ai controlli (OR 7.0, IC95% 6.9-7.1), così come il rischio di avere almeno un accesso al pronto soccorso (OR 5.2, IC 95% 5.1-5.3). I rischi erano generalmente inferiori nel gruppo dei soggetti più anziani (≥ 95 anni), rispetto al gruppo di soggetti più giovane (55-74 anni). Il rischio di utilizzo di queste risorse sanitarie era maggiore nei deceduti per patologie tumorali, rispetto al rischio nei soggetti morti per patologie cardiovascolari e respiratorie. I rischi di utilizzo non presentavano differenze legate al genere.

La prossimità alla morte pare quindi essere fortemente associata con l'utilizzo di ricoveri ospedalieri e accessi al pronto soccorso, nei soggetti adulti/anziani inclusi nello studio. Nel fine-vita, il rischio appare maggiore nei soggetti più giovani, rispetto ai soggetti più anziani. La riduzione del ricorso a questi servizi sanitari, rappresenta un'importante passo per migliorare la qualità della vita in prossimità alla morte e l'implementazione di servizi di continuità assistenziale sul territorio potrebbero favorire una riduzione di ricoveri ospedalieri e accessi al pronto soccorso inappropriati.

Gestione della sepsi in Pronto Soccorso: monitoraggio dell'applicazione del percorso aziendale

Paola Anello¹, Marco Fusco¹, Marianna Lorenzoni¹, Giovanni Milan¹, Giuseppe Toffolon², Chiara Berti³

1 Dirigente medico, Direzione Unica della Funzione Ospedaliera del Distretto di Asolo, Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

2 Direttore dell'Ospedale di Montebelluna (TV), Direzione Unica della Funzione Ospedaliera Distretto di Asolo, Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

3 Direttore Unico della Funzione Ospedaliera del Distretto di Asolo, Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

Parole chiave: Sepsì, pronto soccorso, percorso assistenziale

INTRODUZIONE

La sepsi è una condizione clinica tempo-dipendente gravata da un'elevata mortalità, soprattutto negli anziani. Negli Ospedali di Castelfranco V.to e Montebelluna (AULSS 2 Marca Trevigiana), dal 2017 sono stati avviati interventi di sensibilizzazione/formazione del personale culminati nella

pubblicazione di un percorso assistenziale sulla sepsi. Il percorso promuove la precoce identificazione dei casi in Pronto Soccorso (PS) attraverso il calcolo del qSOFA, uno score basato sulla rilevazione di 3 parametri: frequenza respiratoria, pressione arteriosa sistolica e Glasgow Coma Scale. Obiettivo dello studio è monitorare l'aderenza al protocollo attraverso indicatori di processo.

Caratteristiche	Diagnosi					
	Sepsì + Settìcemia		Sepsì grave + Shock settìco		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%
Accessi per anno (p= 0,085)						
2015	161	20,33	9	23,68	170	20,48
2016	185	23,36	13	34,21	198	23,86
2017	231	29,17	12	31,58	243	29,28
2018*	215	27,15	4	10,53	219	26,39
2018 [^]	272	-	5	-	277	
Attribuzione codice colore al triage (p<0,01)						
Bianco	88	11,11	0	0,00	88	10,60
Verde	289	36,49	11	28,95	300	36,14
Giallo	244	30,81	21	55,26	265	31,93
Rosso	171	21,59	6	15,79	177	21,33
Modalità di dimissione (p<0,01)						
Ricovero	770	97,22	36	94,74	806	97,11
Invio al curante	12	1,52	0	0,00	12	1,45
Invio altro ospedale	3	0,38	0	0,00	3	0,36
Decesso	7	0,88	2	5,26	9	1,08

Tabella 1. Caratteristiche degli accessi in PS

*Dato parziale al 15 settembre 2018;

[^]proiezione del dato al 31 dicembre 2018; il coefficiente di correlazione di Pearson mostra un incremento lineare del numero totale di casi negli anni (r=0,973; IC 95% 0,640-0,998, p<0,01)

Variabili	OR	IC 95%	P
2015-16 vs 2017-18	1,49	1,09- 2,03	0,010
Sepsi-setticemia vs sepsi grave – shock settico	2,18	0,89- 5,35	0,090
Incremento unitario dell'età	1,03	1,02- 1,04	0,000

Tabella 1. Regressione logistica multivariata rispetto all'attribuzione del codice-colore giallo/rosso al triage (sono state incluse nel modello le variabili significative all'analisi univariata)

METODI

Dall'archivio informatizzato dei verbali di PS, per il periodo 01/01/2015 – 15/09/2018, sono stati selezionati i record con diagnosi di dimissione di sepsi, sepsi grave, setticemia e shock settico. E' stato verificato l'andamento per diagnosi e anno di accesso dei seguenti indicatori: attribuzione codice-colore al triage, tempo di attesa triage-presa in carico, quota di verbali in cui erano stati rilevati i campi necessari al calcolo del qSOFA.

RISULTATI

Sono stati selezionati 830 accessi in PS, con le caratteristiche riassunte in Tabella 1. Il numero di casi presenta un incremento lineare negli anni ($p < 0,01$). La mediana dell'età degli utenti era 78 anni (IQR 67-87).

L'attribuzione al triage di codice giallo-rosso per diagnosi era: 56,3% sepsi; 72,3% setticemia; 81,5% sepsi grave; 90,9% shock settico ($p < 0,01$). La mediana del tempo di attesa triage-presa in carico in minuti per diagnosi era: 10 (2-24) sepsi; 4 (0-17) setticemia; 0 (0-21) sepsi grave; 0 (0-8) shock settico ($p < 0,01$).

Dall'introduzione del percorso, si è osservato un incremento dell'attribuzione del codice giallo-rosso (adjOR=1,49, IC95% 1,09-2,03, $p = 0,01$); anche l'incremento dell'età determina l'attribuzione di un codice-colore di maggiore gravità (Tabella 2).

Il qSOFA era calcolabile rispettivamente nel 8,63 e 12,99% dei casi nel pre e post-intervento (OR 1,58, IC95% 1,05-2,37).

CONCLUSIONI

Il percorso intrapreso ha portato ad un aumento dei casi diagnosticati in PS e ad un miglioramento nell'attribuzione del codice colore, con riduzione del tempo di attesa triage-presa in carico. Al netto dei limiti di un sistema basato sulla codifica degli operatori, l'analisi del database dei verbali di PS ha evidenziato l'aderenza al protocollo, sebbene si intravedano ulteriori margini di miglioramento.

Valutazione di competenze manageriali offerte nelle scuole di igiene e medicina preventiva in Italia

Barbara A.¹, Furmenti M.F.², Voglino G.², Beltramello C.³

1. Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Istituto di Sanità Pubblica – Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia.

2. Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, Torino, Italia.

3. Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Consulente e formatore di organizzazione e management sanitario, Professore a contratto dell'Università degli Studi di Padova, Italia.

Parole chiave: Management, Organizzazione, Igiene

INTRODUZIONE

La maggior parte degli Specialisti in Igiene e Medicina Preventiva ricopre ruoli organizzativi e manageriali nelle strutture sanitarie. Tuttavia, le competenze che uno Specializzando in Igiene acquisisce nel suo percorso formativo su temi di organizzazione e management variano in modo molto sostanziale.

È stato dunque effettuato uno studio con gli obiettivi di: censire le competenze manageriali e organizzative acquisite dagli Specializzandi di Igiene in Italia; verificare quali aree sono maggiormente carenti ed evidenziare disallineamenti tra le risposte degli Specializzandi e le risposte dei Direttori delle Scuole; proporre un curriculum standardizzato su tali temi per tutte le Scuole di Specialità di Igiene d'Italia.

MATERIALI E METODI

È stato sviluppato un questionario per valutare i principali temi di organizzazione e management, divisi in 4 macroaree: ambito generale (7 domande); strumenti manageriali (13 domande); macromodelli organizzativi (6 domande) e soft skills (9 domande). I rispondenti potevano assegnare un punteggio da 1 (affrontato per nulla) a 4 (affrontato in modo approfondito e collegato ad altri temi affini) a ciascun tema. Il questionario, somministrato on-line tra maggio e settembre 2018, era rivolto parallelamente ai Direttori delle Scuole e agli Specializzandi, a cui è stata chiesta una compilazione collettiva coinvolgendo gli stu-

denti degli ultimi due anni di corso. Per le analisi è stato utilizzato il software Stata 13. Se la variabile presentava una distribuzione normale, sono state usate media, deviazione standard e t-test. In caso contrario sono state utilizzate mediana, range interquartile e test di Mann-Whitney.

RISULTATI

Hanno risposto 30 (93,8%) Scuole per gli Specializzandi e 13 (40,6%) per i Direttori. Da quanto si osserva in tabella 1, in tutti i casi il punteggio medio o mediano dei Direttori è maggiore di quello degli Specializzandi; in 16 casi la differenza è statisticamente significativa. La Gestione del rischio clinico è il tema affrontato meglio secondo i Direttori (mediana: 4; 3,4), mentre per gli Specializzandi lo è la struttura e l'organizzazione del SSN (media: $2,87 \pm 0,94$). Quello affrontato peggio per gli Specializzandi è il Change Management (mediana: 1; 1,2) e per i Direttori è il Lean Management (media: $1,92 \pm 0,86$). Tali risultati evidenziano come sia urgente riflettere sulla formazione in merito a temi di organizzazione e management sanitario.

Domanda	Media (DS) / Mediana (IQR) Direttori	Media (DS) / Mediana (IQR) Specializzandi	p-value	Test usato
AREA 1: AMBITO GENERALE (max 28 pt)	21,92 (2,56)	18,04 (4,44)	0,005*	t-test
1.1 Elementi base di economia sanitaria	3,15 (0,69)	2,6 (0,89)	0,026*	t-test
1.2 Struttura, organizzazione e finanziamento del SSN e Servizio Sanitario Regionale	3,69 (0,63)	2,87 (0,94)	0,006*	t-test
1.3 Qualità in Sanità: definizioni, storia e modelli.	3,31 (0,63)	2,83 (1,05)	0,14	t-test
1.4 Come eseguire un'analisi organizzativa per l'identificazione delle criticità e quali criteri utilizzare per definire le priorità di intervento	2,31 (0,85)	2 (0,95)	0,32	t-test
1.5 Elementi di programmazione sanitaria: bisogni/criticità - obiettivi - azioni - risorse - risultati	3 (0,82)	2,37 (0,76)	0,02*	t-test
1.6 Principale normativa di riferimento alla programmazione e alla gestione	3,15 (0,8)	2,6 (0,86)	0,054	t-test
1.7 Misurazione delle performance delle organizzazioni sanitarie	3,3 (0,75)	2,77 (0,9)	0,06	t-test
AREA 2: STRUMENTI MANAGERIALI (max 52 pt)	37,15 (8,12)	28,77 (9,26)	0,007*	t-test
2.1 Accreditementi istituzionali	3,08 (0,76)	2,43 (0,9)	0,03*	t-test
2.2 Accreditementi volontari	2,38 (0,87)	1,93 (0,98)	0,16	t-test
2.3 Total quality management e certificazione ISO 9000	3 (2,3)	2 (2,3)	0,08	Mann-Whitney
2.4 Lean management	1,92 (0,86)	1,7 (0,91)	0,46	t-test
2.5 Gestione per processi	2,53 (0,77)	2,07 (0,86)	0,1	t-test
2.6 Sistema di budget	2,84 (0,99)	2,17 (0,99)	0,04*	t-test
2.7 Project management	2,46 (1,05)	1,83 (0,87)	0,05*	t-test
2.8 Principi generali e strumenti di Clinical Governance	3,46 (0,66)	2,6 (0,89)	0,003*	t-test
2.8.1 Principi generali e strumenti di Clinical Governance [Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali]	3,38 (0,77)	2,53 (0,9)	0,005*	t-test
2.8.2 Principi generali e strumenti di Clinical Governance [Gestione del rischio clinico (inclusi gli strumenti reattivi e proattivi)]	4 (3,4)	2 (2,4)	0,04*	Mann-Whitney
2.8.3 Principi generali e strumenti di Clinical Governance [Health Technology Assessment]	3 (2,4)	2 (1,3)	0,01*	Mann-Whitney
2.8.4 Principi generali e strumenti di Clinical Governance [Clinical Audit]	3,15 (0,9)	2,27 (0,94)	0,01*	t-test
2.8.5 Principi generali e strumenti di Clinical Governance [Evidence-based practice]	3 (0,28)	2,53 (0,19)	0,18	t-test
AREA 3: MACROMODELLI (max 24 pt)	17,92 (2,69)	13,87 (4,55)	0,005*	t-test
3.1 Assistenza/ospedali per intensità di cura	3,15 (0,9)	2,34 (0,88)	0,008*	t-test
3.2 Reti ospedaliere, di specialità e di patologia	3,08 (0,76)	2,53 (0,78)	0,04*	t-test
3.3 Modelli dipartimentali	3,08 (0,76)	2,4 (0,97)	0,03*	t-test
3.4 Modelli organizzativi dell'attività chirurgica	2,69 (0,63)	2,16 (0,95)	0,07	t-test
3.5 Modelli organizzativi delle attività distrettuali/territoriali incluse le cure intermedie e i modelli aggregativi dei Medici di Medicina Generale	3 (3,4)	2 (1,3)	0,02*	Mann-Whitney
3.6 Modelli e strumenti di integrazione ospedale-territorio e transitional care	2,85 (0,8)	2,17 (0,95)	0,03*	t-test
AREA 4: SOFT SKILLS (max 36 pt)	21,69 (7,28)	17,54 (6,02)	0,06	t-test
4.1 Organizzazione e gestione del personale	2 (2,3)	2 (1,3)	0,37	Mann-Whitney
4.2 Formazione del personale	3 (2,4)	2 (2,3)	0,17	Mann-Whitney
4.3 Change management e Implementation science	2 (1,2)	1 (1,2)	0,2	Mann-Whitney
4.4 Leadership	2 (2,4)	2 (1,3)	0,19	Mann-Whitney
4.5 Teamwork e Learning organization	2,46 (1,13)	2 (0,95)	0,17	t-test
4.6 Problem solving	2,61 (1,19)	2,03 (0,85)	0,08	t-test
4.7 Negoziazione	2 (2,2)	2 (1,2)	0,15	Mann-Whitney
4.8 Gestione della riunione	2,46 (0,96)	1,84 (0,98)	0,06	t-test
4.9 Coinvolgimento di cittadini e pazienti nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari	2,46 (0,88)	2 (0,74)	0,08	t-test

Tabella 1: Punteggi medi per ciascuna area e per ciascun tema.
DS: deviazione standard; IQR: range interquartile; *: p-value < 0,05.

Modelli innovativi di presa in carico del paziente anziano fragile nella transizione dall'ospedale al territorio

Bardini F.¹, Bisceglia J.², Sileo C.³

1 Medico in formazione specialistica, Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

2 Direttore Socio Sanitario, ASP IMMES e PAT, Milano

3 Direttore Generale, ASP IMMES e PAT, Milano

Parole chiave: Fragilità, transitional care

INTRODUZIONE

I ripetuti accessi di pronto soccorso (PS) della popolazione anziana rappresentano tra i principali fenomeni impattanti sui sistemi sanitari. La letteratura ci ricorda che, negli ultimi 25 anni, gli accessi in PS dei pazienti di età uguale o superiore ai 65 anni, sono incrementati del 26% rispetto alle altre fasce di età¹, e tale dato è destinato ad aumentare ulteriormente nei prossimi anni, considerato che la struttura demografica dei paesi industrializzati sarà caratterizzata da un incremento sempre maggiore di anziani perlopiù affetti da patologie croniche². In Regione Lombardia, dove gli abitanti over 65 anni rappresentano il 22% della popolazione, a partire dal 2015 con la legge di riforma del servizio sanitario regionale e i successivi interventi normativi, si cerca di attivare nuove modalità organizzative di presa in carico della persona anziana, fragile e con patologie croniche, specialmente in un'ottica di integrazione ospedale-territorio³.

MATERIALI E METODI

In questo contesto si inserisce il progetto sperimentale "Primo Intervento Geriatrico" (PR.IN.GE), promosso dall'Azienda di servizi alla persona Istituti Milanesi Martinitt, Stelline e Pio Albergo Trivulzio (ASP IMMES e PAT) ed autorizzato da Regione Lombardia⁴. Questo nuovo setting di cura da 10 PL, attivo da Maggio 2017, accoglie pazienti anziani, spesso fragili ed affetti da comorbidità, dimessi dai vicini PS, in condizioni stabili, necessitanti di cure sub-acute, per i quali sia il ricovero ospedaliero che l'immediata dimissione a domicilio risulterebbero inappropriati.

RISULTATI

Tra i principali dati di attività del PR.IN.GE ad un anno dall'avvio, vi sono: 318 pazienti ricoverati, 66% donne, età media 84 anni; le più frequenti cause di accesso in PS si devono a riacutizzazioni di patologie croniche cardio-polmonari seguite da patologie infettive acute e fratture da caduta; il tempo medio di permanenza in PS è stato di 2,5 giorni. Tra i principali indicatori di processo: degenza media di 11 giorni, intervallo di turnover di 0,3 giorni e un tasso di occupazione del 91%. Sono state erogate consulenze specialistiche per il 41% dei pazienti ricoverati (prevalentemente di natura cardiologica e pneumologica). Tra i principali indicatori di esito, figurano: il rientro al domicilio per il 55% dei dimessi, il rinvio in PS causa instabilità clinica per il 5% dei pazienti ed un tasso di mortalità del 3%. La restante quota dei dimessi è stata destinata a setting di riabilitazione estensiva e/o long term care quali cure post-acute o RSA.

DISCUSSIONE

Analizzando gli indicatori si potrebbe concludere che il progetto abbia correttamente identificato un'area di bisogno fino ad ora non soddisfatta, in linea con i principali indirizzi di politica sanitaria regionale. Il raggiungimento di ottimi outcome di salute, così come descritti dagli indicatori, si devono principalmente alla possibilità di poter fornire ai pazienti, tempestivamente, accesso ai servizi diagnostici (radiologia e laboratorio analisi) e cure multidisciplinari, confermando così la validità della scelta di allocare il PRINGE presso un'azienda di servizi alla persona come il Pio Albergo Trivulzio.

1 <https://eusem.org/sections-and-committees/geriatric-section>

2 <https://www4.istat.it/it/files/2017/12/C04.pdf>

3 LR 11 agosto 2015 n.23 Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo

4 DGR 6503 del 21/04/2017

La gestione del sovraffollamento in P.S. nel periodo influenzale: misure straordinarie e temporanee di potenziamento di posti letto nella ASST di Mantova

C. Basili¹, M. Bolognini², M. Galavotti³

1 Direttore Sanitario presidio ospedaliero Mantova, ASST di Mantova

2 Bed Manager, Struttura Semplice Governo dei Processi Clinici Aziendali, Direzione Sanitaria ASST di Mantova

3 Direttore Sanitario ASST di Mantova

Parole chiave: Sovraffollamento PS, picco influenzale, posti letto per acuti

INTRODUZIONE

La Regione Lombardia con la Delibera n. X/7406 del 20/11/2017 regola le azioni volte a favorire l'efficienza del sistema emergenza urgenza nel periodo invernale a causa delle condizioni climatiche e delle possibili epidemie influenzali. La Delibera Regionale prevede 3 modalità di incremento temporaneo di posti letto:

- Modalità 1 : aumento temporaneo del contingente di posti letto di area medica interno alla struttura ospedaliera
- Modalità 2: utilizzo da parte della struttura ospedaliera di posti letto messi a disposizione da strutture sanitarie private accreditate
- Modalità 3: attivazioni di convenzioni con strutture sanitarie e unità d'offerta sociosanitarie di RSA per la conversione temporanea di parte dei posti accreditati in degenze per sub acuti.

Nella ASST Carlo Poma ogni anno si verifica nei mesi invernali un aumento degli accessi da PS che necessitano di ricovero di conseguenza la Direzione Sanitaria ha deciso di sviluppare per il periodo Dicembre 2017 -Marzo 2018 un programma d'intervento in rispondenza a quanto previsto dalla sopracitata DGR

MATERIALI E METODI

Modalità 1

E' stato attivato un reparto di medicina supplementare con 10 Posti Letto per acuti. Ciò ha comportato una valutazione logistica degli spazi, una analisi organizzativa volta al reclutamento del personale infermieristico e medico ed l'elaborazione di una procedura per la definizione dei criteri di eleggibilità dei pazienti da ricoverare.

Modalità 2:

E' stata stipulata una convenzione con la Casa di Cura privata accreditata San Clemente per garantire il ricovero quotidiano da PS di pazienti con definiti criteri clinici.

Modalità 3:

E' stata effettuata una analisi del fabbisogno di Posti Letto per sub-acuti nel territorio dell'ASST ed è stata formulata richiesta formale in ATS di attivazione di 12 posti letto aggiuntivi nella provincia di Mantova attraverso la conversione di posti letto per RSA

RISULTATI

Le modalità organizzative sono state attivate in fase sequenziale secondo il sotto riportato schema di GANNT:

Diagramma di Gantt e attivazione cronologica delle modalità 1.2.3.	novembre	dicembre	gennaio	febbraio	marzo
	Convenzione Medicina San clemente (1 PL die)	dal 6 novembre al 31 marzo 2018			
Medicina supplementare (10 PL)		dal 22 dicembre 2017 al 31 marzo 2018			
Posti letto di sub acuti in RSA (7 PL)			dal 15 gennaio al 15 marzo 2018		

Ricoveri da PS in Medicina Generale di Mantova									
Reparto di ricovero	Attesa media (da triage a presa in carico)			Permanenza media (da presa in carico a dimissione) prima di un ricovero in medicina			Attesa + Permanenza medie		
	Precedente	Corrente	Delta	Precedente	Corrente	Delta	Precedente	Corrente	Delta
Medicina Generale Mantova	2:22	1:55	-0:27	17:16	11:35	-5:41	19:38	13:30	-6:08
Periodo precedente: 06/11 - 21/12/2016									
Periodo corrente: 06/11 - 21/12/2017									

Modalità 1 : Misurazione indicatori

- Diminuzione del tempo di permanenza in Pronto Soccorso del paziente in attesa di ricovero in Medicina (riduzione media di 5 ore e 48 minuti periodo di osservazione dal 1/1 al 31/03 2017 vs 2018)
- Diminuzione del tempo medio di degenza in tutte le aree interessate dal percorso del paziente in urgenza in particolare della SC di Medicina che passa da oltre 14 giorni (febbraio 2017) a 11,4 giorni (febbraio 2018);
- Diminuzione dei ricoveri in appoggio
- Diminuzione del 75% delle segnalazioni in URP per attesa di ricovero in ambito medico.

Modalità 2: Misurazione indicatori

- 107 ricoveri effettuati dal 10 novembre al 12/03/2018: il 98% da PS mentre il 2% da altre degenze.
- Diminuzione del tempo di permanenza in PS dei pazienti che attendono ricovero in medicina di 5 ore e 41 minuti (calcolato nel periodo dal 6 novembre 2017 al 21/12 2017 prima dell'attivazione della medicina supplementare)
- Tasso di occupazione Medicina ASST Poma 99% (dicembre 2017/ febbraio 2018)
- Tasso di saturazione Medicina San Clemente 98%.

Modalità 3: indicatori

RSA Sub acuti Melograni Mantova

- Ricoveri totali numero 55
- Degenza media 7,44 gg
- Giornate disponibili Usufuite il 92,14%

RSA Sub acuti Scarpari Forattini Schivenoglia MN

- Ricoveri totali numero 30 Pazienti :
- Degenza media 8,23 gg
- Giornate disponibili Usufuite il 82,3%.

CONCLUSIONI

La generazione di un offerta rappresentata dalla disponibilità di più posti letto non ha generato l'allungamento delle degenze medie ma le risorse sono state utilizzate in modo appropriato creando efficienza e soprattutto risposta di salute al paziente che necessitava di un ricovero in medicina e garantendo la continuità delle cure in ambiente sub acuto

Il Fast Track Pediatrico nell'Ospedale del Mugello

Bassetti A.¹, Di Silvio R.², Vannini R.³, Ammazzini D.⁴, Bertini T.⁵, Pacini P.L.⁶, Pezzati M.⁷, Di Renzo L.⁸

1Direttore Sanitario Ospedale Mugello, 2 Direttore Pediatria Borgo S.Lorenzo, 3Direttore Medicina d'Urgenza Borgo S.Lorenzo, 4Direttore SOS Assistenza Infermieristica Mugello, 5 Coordinatrice Pronto Soccorso Borgo S.Lorenzo, 6P.O. Direzione Infermieristica SOS AI Mugello, 7Direttore Area Pediatrica USL Toscana Centro, 8 Direttore Presidio Firenze 2 USL Toscana Centro

Parole chiave: Fast track, percorso, triage

INTRODUZIONE

Il progetto vuole predisporre indirizzi che migliorino la presa in carico dei pazienti pediatrici che accedono al Pronto Soccorso (PS) mediante la definizione di percorsi clinico-assistenziali dedicati in base alla gravità rilevata attraverso il triage infermieristico. Il nuovo modello organizzativo mira ad integrare priorità e complessità, indirizzare il paziente al percorso più idoneo al momento del triage e rendere più fluidi i processi interni al PS. Per la complessità intermedia e bassa sono previsti percorsi che rispondono a bisogni specifici di target di pazienti come quello pediatrico. Il triage è il primo momento di accoglienza e presa in carico al PS, definisce l'ordine di accesso al trattamento e l'individuazione del percorso appropriato. Il fast track (FT) rappresenta un percorso avviato al triage per la gestione della casistica a minore criticità-urgenza-intensità e si attiva mediante l'invio del paziente alla visita specialistica da parte dell'infermiere di triage in base a specifici protocolli.

MATERIALI E METODI

Visto il numero crescente di accessi pediatrici al PS nel 2016 e 2017, rispettivamente 3249 e 3463, su mandato della Direzione Generale, la DSPO insieme all'area tecnica ha coordinato un gruppo di lavoro

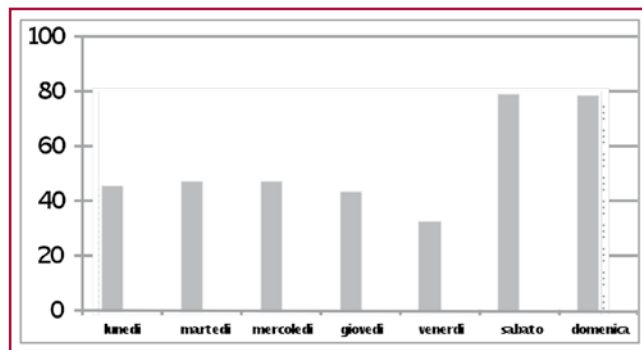


Grafico 1 - Accessi codici minori pediatrici (età 0-8 anni) in orario di attivazione fast track (9-19) per giorno della settimana Periodo: aprile-agosto 2018

interdipartimentale per implementare il FT Pediatrico con nuove attività assistenziali presso la linea-matero infantile come previsto dalla Delibera Regionale 806/2017. E' stato ridefinito il layout della pediatria con interventi di ristrutturazione e riqualificazione:

- ambulatorio visita Codici Minori pediatrici che accedono dal PS, situato all'ingresso del reparto per non interferire con le attività di ricovero e garantire la privacy.

- sala attesa Codici Minori

E' stata formalizzata una procedura operativa: FT Pediatrico attivo tutti i giorni, orario 9.00-19.00, codici azzurri e bianchi, età ≤ 8 anni. L'infermiere di triage procede, dopo valutazione del paziente, ad avvertire il pediatra di guardia che, informato sul caso clinico, farà accedere il bambino direttamente nel reparto, nella stanza di attesa dedicata. Le consulenze e le visite sono effettuate dal pediatra e dall'infermiere in turno.

RISULTATI

Il percorso è attivo da aprile 2018, nei primi 4 mesi (aprile-agosto) di apertura:

- bambini inviati al FT: 292

- il FT è stato utilizzato soprattutto nei giorni pre-festivi e festivi.

Il prossimo step è ampliare il target dei pazienti pediatrici oggetto del fast track fino a 12 anni.

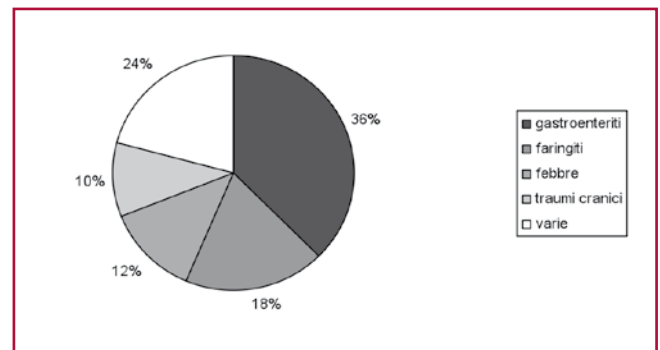


Grafico 2 - Patologie degli accessi pediatrici codici minori inviati a fast track

Evidence Based Management per la gestione degli ospedali: l'urgente necessita' di un approccio strutturato

Claudio Beltramello

Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Consulente e formatore di organizzazione e management sanitario, Professore a contratto dell'Università degli Studi di Padova, Italia.

Parole chiave: Evidence Based Management

INTRODUZIONE

La gestione ospedaliera mostra ancora diversi limiti, principalmente a causa dell'estrema variabilità degli approcci e dei metodi (1). I manager non sempre valutano i problemi ed i punti di forza del loro ospedale in una sequenza strutturata applicando strumenti validati di analisi organizzativa; inoltre essi raramente esplicitano i criteri che utilizzano per stabilire le priorità degli obiettivi da perseguire; infine è infrequente che essi scelgano gli strumenti di management in base a criteri scientifici. La maggior parte delle volte i manager della Sanità agiscono seguendo la loro esperienza personale, l'istinto o, peggio, le mode (2). La punta dell'iceberg della "giungla del management ospedaliero" è rappresentata dalla enorme disponibilità di strumenti di miglioramento della qualità tra i quali i più importanti sono: certificazione ISO, accreditamenti regionali ed internazionali, total quality management, lean management, gestione per processi, project management, organizzazione per intensità di cura ed infine tutti gli strumenti di clinical governance come i PDTA, la gestione del rischio clinico, l'health technology assessment, l'audit clinico, ed altri. La letteratura indica che la scelta di applicare uno o l'altro di tali strumenti non è quasi mai basata sulle evidenze ma al contrario su elementi soggettivi dei manager (3). Diventa pertanto necessario condividere un approccio evidence-based per il management ospedaliero.

MATERIALI E METODI

L'Evidence Based Medicine (EBM) rappresenta l'approccio di riferimento nell'attività clinica finalizzato a migliorare l'appropriatezza diagnostico-terapeutica e a ridurre la variabilità tra i professionisti. E' curioso che l'EBM sia spesso promossa dagli stessi Dirigenti degli ospedali che invece nel loro operato organizzativo si muovono il più delle volte muniti del solo "buon senso" (4, 5). Si tratta

dunque di applicare le seguenti logiche anche al management: i clinici analizzano segni e sintomi, eseguono esami e formulano una diagnosi seguendo una sequenza logica basata sull'evidenza; propongono quindi un trattamento basandosi sulle migliori evidenze disponibili, raggiungendo così la massima efficacia e riducendo al contempo lo spreco di risorse facendo "le cose giuste al paziente giusto". I manager ospedalieri sono lontani da un approccio altrettanto scientifico e strutturato sebbene vi sono in letteratura numerosi modelli di analisi organizzativa validati per identificare in modo sistematico i problemi e scegliere le priorità. Inoltre è possibile il collegamento logico tra i problemi identificati e la scelta del migliore strumento manageriale utile per risolverli. Infatti per gli strumenti sopra menzionati sono descritti in letteratura: finalità dello strumento, risultati dell'applicazione in differenti setting, dimensioni della qualità sulle quali incide maggiormente, difficoltà implementative, rapporti tra costi generati e costi risparmiati una volta implementato, impatto organizzativo, ed impatto sui bisogni formativi (6).

RISULTATI

In parallelo a quanto accaduto negli ultimi 20 anni con l'EBM nella pratica clinica, si propone un approccio evidence-based anche per il management degli ospedali che colleghi in modo scientifico i problemi logicamente identificati e gli strumenti di management che si vogliono applicare (7, 8). Tale modello potrà essere condiviso ed applicato nelle Direzioni degli ospedali italiani aprendo la strada ad una vera e propria rivoluzione culturale.

1. Rundall T. G. (2007), *Evidence-Based Management*. *Hospital Health Network*. Nov; 81(11):72
2. Guo R. et al. (2016). *Study on hospital administrators' beliefs and attitudes toward the practice of Evidence-Based Management*. *Hosp Top*. Jul-Dec; 94(3-4):62-66
3. Walshe K. (2009) *Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies* *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 21, Issue 3, Pages 153-159
4. Rousseau D. M. (2006) *Is there such a thing as "Evidence Based Management"?* *Academy of Management Review* Vol. 31, No. 2, 256-269
5. Shortell S.M. et al. (2007) *Improving Patient Care by Linking Evidence-Based Medicine and Evidence-Based Management* *JAMA*. 298 (6):673-676
6. Jaana M. et al. (2014) *Evidence-Based Health Care Management: what is the research evidence available for Health Care Managers?* *Evaluation & the Health Professions*. Vol. 37(3) 314-334
7. Guo R. et al. (2016), *Assessment of evidence-based management training program: application of a logic model*. *Int J Manag Bus*. 7(1): 57-74
8. Roberts J. P. et al. (2016) *A design thinking framework for healthcare management and innovation*. *Healthc (Amst)*. Mar;4(1):11-4

Servizi Psichiatrici Ospedalieri: analisi dei flussi di San Raffaele Turro nel periodo 2013-2017

Bossi E.¹, Mazzitelli S.², Giusto F.³, Signorelli C.⁴, Odone A.⁵ e Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano.

1 Medico Specializzando, Università Vita-Salute San Raffaele, 2Direttore Sanitario, I.R.C.C.S San Raffaele Turro, 3Medico Specializzando, Università degli Studi di Pavia, 4Professore Ordinario, Università Vita-Salute San Raffaele, 5Direttore Scuola di Specializzazione, Università Vita-Salute San Raffaele.

Parole chiave: Psichiatria, organizzazione sanitaria, flussi Informativi

INTRODUZIONE

L'I.R.C.C.S San Raffaele Turro (SRT), Ospedale privato accreditato cui afferiscono pazienti da tutta Italia e sede del Dipartimento di Neuroscienze Cliniche dell'Università Vita-Salute, vanta eccellenze in area psichiatrica con approccio evidence-based nel trattamento di ADHD, disturbi di personalità e dell'umore, disturbo post-traumatico da stress, disturbi psicotici e disturbi del comportamento alimentare. È inoltre attivo dagli anni '90 il Servizio per le alcol-dipendenze con competenze su casi complessi con comorbidità che garantisce multidisciplinarietà e continuità di cura. Coerentemente con l'esperienza maturata e l'iperspecializzazione, sono presenti una casistica e volumi importanti. Da questo presupposto, si è svolta un'analisi retrospettiva sui flussi di ricovero.

MATERIALI E METODI

Il database deriva dall'estrazione dei Flussi SDO del 2013-2017 della Psichiatria generale acuti e delle Riabilitazioni (Disturbi Alimentari, Disturbi dell'Umore, Psichiatria generale) con focus sulla length of stay (LOS), sulla frequenza e sulla degenza media (DM) dei DRG, sulle diagnosi principali, sulle riammissioni e sulla provenienza geografica dei pazienti. Le variabili considerate includono altresì l'episodio di ricovero, l'ASL, la Provincia e la Regione di residenza e il Reparto dimettente.

RISULTATI

Nel quinquennio analizzato si sono registrati 8.792 episodi di ricovero con un trend in aumento per la Psichiatria generale e i Disturbi alimentari e in

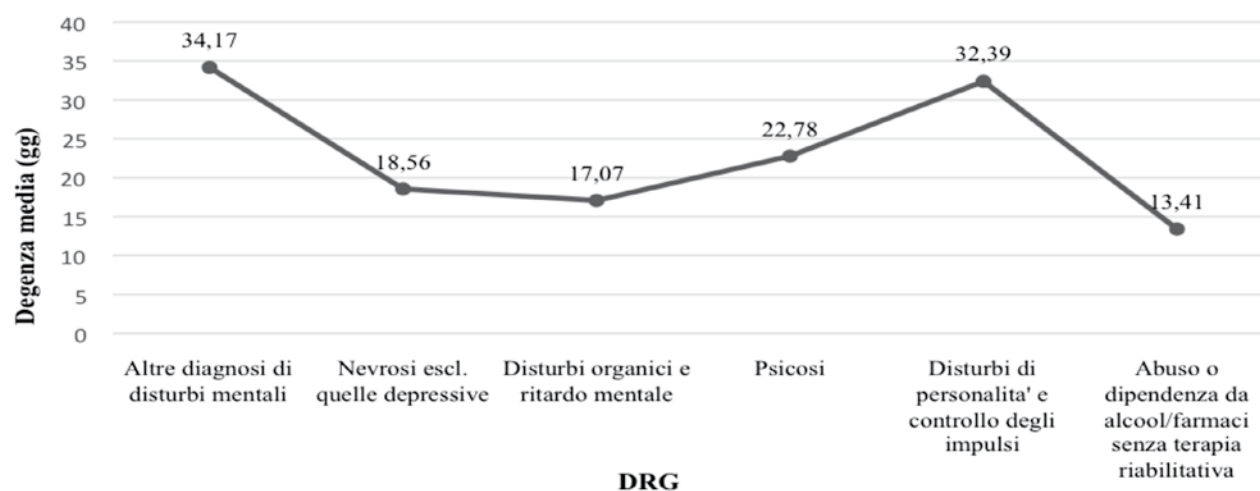


Grafico - Degenza media dei DRG più frequenti a SRT nel periodo 2013-2017.

Diagnosi principale	SRT	%	Riab. Disturbi Alim.	%	Riab. Disturbi Umore	%	Psichiatria generale acuti	%	Riab. Psichiatria Generale	%
298.9 Psicosi non specificata	415	8%	0	0%	52	3%	195	10%	168	19%
300.3 Disturbi ossessivo-compulsivi	388	8%	41	9%	59	3%	170	8%	118	13%
296.32 Depressione maggiore, episodio ricorrente, moderato	372	7%	1	0%	295	17%	61	3%	15	2%
296.52 Disturbo bipolare, episodio depressivo, moderato	235	5%	1	0%	168	9%	55	3%	11	1%
296.90 Disturbo episodico dell'umore non specificato	224	4%	5	1%	191	11%	23	1%	5	1%
Totale Episodi	5171		473		1779		2019		900	

diminuzione per i Disturbi dell'umore e la Riabilitazione psichiatrica. Dall'analisi emerge come i DRG con degenze maggiori corrispondano ai DRG più frequenti: Psicosi (55% degli episodi e il 57% della LOS), Disturbo di personalità e controllo degli impulsi (7% degli episodi e 11% della LOS) e Nervosi escluse quelle depressive (11% degli episodi e 9% della LOS), variabili nei diversi reparti. Il 22% dei pazienti nel periodo 2015-2017 è andato incontro ad almeno una riammissione. La distribuzione geografica dei ricoverati nel 2013-2017 evidenzia un 75,47% di pazienti lombardi, 24,32% di fuori regione e 0,22% di stranieri e, nel 2015-2017, la principale Provincia di provenienza è stata Milano (47%), seguita da Monza Brianza e Bergamo (6%), e Varese (4%).

CONCLUSIONI

L'analisi consente di argomentare l'indicatore PNE "tasso STD di ospedalizzazione per patologie psichiatriche" e supporta ulteriori valutazioni per la comprensione delle riammissioni e per la riallocazione delle risorse nei setting dedicati.

Prevenzione sovraffollamento in Pronto Soccorso: elaborazione di un modello efficace e riproducibile

Philippe Caimmi¹, Luigi Farrauto¹, Alessandra Renghi¹, Maria Tacchini¹, Edit Shahi¹, Fabrizio Leigheb¹, Vesselina Kroumova¹, Giorgio Zamboni¹, Roberto Sacco², Mario Minola³, Andrea Capponi⁴

1 Dirigenti medici di direzione sanitaria, 2 Direttore Sanitario, 3 Direttore Generale, Direttore sanitario dei presidi ospedalieri 4, AOU Maggiore della Carità di Novara

Parole chiave: Prevenzione, sovraffollamento, Pronto Soccorso

INTRODUZIONE

Il problema del sovraffollamento al pronto soccorso (PS) è un problema grave, in particolare nel periodo invernale a causa del picco influenzale, in quanto comporta l'esaurimento delle risorse ospedaliere di accoglienza e cura delle emergenze/urgenze inizialmente e dei ricoveri programmati successivamente, con conseguente paralisi delle attività di ricovero e cura. L'invecchiamento della popolazione, l'incompletezza dei programmi di vaccinazioni antinfluenzale, la perdita di fondi per l'assistenza sanitaria e prevenzione territoriale, rendono il sovraccarico del pronto soccorso un problema davvero grande. La Direzione sanitaria AOU Novara ha realizzato dall'inverno 2015 un monitoraggio e nell'inverno 2016-2017 e 17-18 un nuovo progetto d'intervento organizzativo finalizzato a soddisfare gli standard di permanenza in PS <6 ore (360 min) dei pazienti nei periodi di maggiore criticità (ad es. picco influenzale) regolato da algoritmi che avvalendosi di indicatori specifici di previsione di sovraffollamento sono in grado di attivare una batteria di processi coordinati in grado di prevenire i livelli di criticità assistenziale dovuti al sovraffollamento del PS.

MATERIALI

Sono stati monitorati PS, reparti di afferenza al PS, strutture extraospedaliere postacuzie, personale sanitario delle strutture coinvolte e i Pazienti ricoverati al PS. L'indicatore primario del progetto è il tempo medio di permanenza in PS < 6h nei codici gialli e rossi. Il PGS è stato realizzato a isorisorse per l'AOU per garantire una realistica prospettiva

di estensione ad altre strutture ospedaliere. Il PGS prevede la creazione:

di una funzione centralizzata di gestione della risorsa posti letto (bed management)
di algoritmo di calcolo su Psnet/Acweb del superamento della soglia ricoveri in PS con avviso automatico di tutte le strutture inserite nel PGS e innesco immediato delle procedure del PGS che sono le seguenti:

- Attivazione unità di pre-ricovero (holding units o reparti di appoggio),
- Attivazione unità di pre-dimissione (discharge room o reparti di appoggio),
- Attivazione trasferimenti postacuzie agli ospedali invianti il Pz (back transfer).
- Attivazione trasferimenti postacuzie in altre strutture per dimissioni protette.

RISULTATI

Il progetto è iniziato nel novembre 2015 e ha realizzato nel quadrimestre di attività novembre 2017-marzo 2018 l'obiettivo fissato dall'indicatore primario (<360 min):

- minuti tra visita e dimissione nei codici rossi 360,61 (2016) vs 377,84 (2017) vs **334,89 (2018)**
- minuti tra visita e dimissione nei codici gialli 394.62 (2016) vs 366.54 (2017) vs **342.37 (2018)**.

CONCLUSIONI

Il modello di PGS attuato nella nostra azienda si è rivelato efficace e facilmente riproducibile avvalendosi dell'individuazione di trigger informatici di allarme per l'avvio preventivo del PGS da parte del bed-management.

Strategie di miglioramento del processo clinico-assistenziale in emergenza-urgenza. L'esperienza dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Colombo S.¹, Ambrosio A.G.², Beretta A.³, M. Bertuzzi⁴, Ciceri L.³, Colombo F.⁵, Elli G.⁶, Galbiati F.³, Cortellaro F.³

¹ Dirigente medico, S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

² Direttore Sanitario, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

³ Dirigente medico, S.C. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

⁴ Dirigente analista, S.C. Qualità e Rischio Clinico, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

⁵ Direttore del Dipartimento Medico Polispecialistico, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

⁶ Direttore del Dipartimento Organizzazione, Governo Clinico e Qualità, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Parole chiave: Pronto Soccorso, sovraffollamento, *crowding*

INTRODUZIONE

A livello globale le strutture di Pronto Soccorso (PS) affrontano quotidianamente il problema del sovraffollamento, determinando disfunzione sia a livello dipartimentale che ospedaliero, con effetti negativi sulla capacità e qualità dei servizi erogati, sperando situazioni di rischio per il paziente, per il benessere lavorativo dell'operatore e per l'efficienza complessiva del sistema. Il *crowding* è un fenomeno complesso, multi-fattoriale, largamente interconnesso con ambiti esterni al PS, sia a livello intra che extra-ospedaliero. In letteratura, un fattore frequentemente indicato come causa di sovraffollamento è l'incapacità interna all'ospedale di trasferire i pazienti in attesa di ricovero (*boarding*) nonché la presenza di colli di bottiglia nella lavorazione del paziente. Prerequisito all'identificazione di un programma di miglioramento continuo del processo clinico-assistenziale di PS è la conoscenza e il monitoraggio del fenomeno del sovraffollamento, l'identificazione locale delle cause scatenanti, l'individuazione di quelle a maggior impatto e quindi la pianificazione di azioni di miglioramento sostenibili e misurabili in termini di effetto. Per questo motivo e per la richiesta stessa degli operatori di affrontare le quotidiane difficoltà esperite in conseguenza al sovraffollamento cronico del PS, l'Azienda ha sperimentato un percorso di crescita e maturazione di un nuovo stile di lavoro, a livello di Sistema, orientato alla tutela del valore e alla riduzione degli sprechi.

MATERIALI E METODI

Il percorso di cambiamento, sulla base concettuale del Ciclo di Deming, è stato caratterizzato da un approccio olistico e sistemico di gestione, data-driven e human-centered

che ha racchiuso in sé l'utilizzo di tool tecnici, il lavoro di squadra, la responsabilizzazione delle risorse coinvolte nonché la motivazione delle persone.

RISULTATI

L'esatta comprensione del problema e l'analisi delle sue cause e dimensioni sono state il preambolo vincolante e necessario per porre solide basi per l'identificazione delle possibili soluzioni. Il *team* multidisciplinare e multiprofessionale coinvolto, infatti, ha dapprima seguito un corso di formazione a docenza esterna per apprendere le basi del *Lean Thinking*, ha completato un'analisi quali-quantitativa a livello macro e microscopico del processo di ricovero urgente, quindi ha collaborativamente identificato e pianificato le azioni di miglioramento più utili e sostenibili con il supporto del *top management* aziendale. Ai fini del miglioramento continuo e dell'erogazione di processi di qualità e efficienti, infatti, la conoscenza degli strumenti di analisi e la loro corretta applicazione è fondamentale, ma ancor più importante è la creazione di spirito di gruppo e motivazione nei dipendenti. L'Azienda ha così avviato azioni tese alla sincronizzazione dell'offerta alla domanda e di standardizzazione del processo di cura del PS generale, ha avviato i lavori di ristrutturazione dei locali nell'Area Calda, si è dotata di strumenti di *visual management* interdipartimentali per ottimizzare il processo di ricovero urgente e la degenza in area medica internistica e d'urgenza. Il percorso condiviso ha consentito agli *stakeholder* e agli operatori di processo di attenzionarsi collaborativamente al sovraffollamento del PS, raggiungendo una visione comune del problema e un comune obiettivo, con risultati positivi in termini di indicatori di processo, clima lavorativo, qualità e sicurezza percepita.

Attività di sorveglianza epidemiologica delle ICA nel Presidio Ospedaliero S. Pertini, Asl Roma 2

C.A. Consolante¹, M. Cava², M. Tana³, M. Celimere⁴

1 Direzione Medica di Presidio; 2 U.O.C Microbiologia e Virologia; 3 Infermiere Epidemiologo; 4 Direttore Sanitario Asl Roma 2

Parole chiave: ICA, MDRO, CCICA

INTRODUZIONE

Le attività di monitoraggio e sorveglianza permettono di calibrare gli interventi di prevenzione delle ICA e rendere più appropriato l'utilizzo di antibiotici; soprattutto se si riesce ad affermare una più solida cultura della prevenzione delle Infezioni in ospedale. Sono stati individuate e condivise attività volte ad acquisire conoscenze preliminari sulla situazione epidemiologica dell'Ospedale al fine di programmare interventi mirati di contenimento e per riattivare la cultura della prevenzione delle ICA dopo anni di riduzione dell'attenzione.

MATERIALI E METODI

È stato:

- 1) Effettuato studio di prevalenza puntuale delle ICA e dell'utilizzo di antibiotici, condiviso con gli altri Ospedali dell'Azienda, (S. Eugenio/CTO, Policlinico Casilino) utilizzando la scheda validata da ECDC;
- 2) Attivata sorveglianza del Clostridium difficile in tutti i reparti di degenza e aggiornate le istruzioni operative;
- 3) Avviato il monitoraggio MDRO in tutti i reparti con successiva valutazione delle resistenze antibiotiche indotte;
- 4) Attivata sorveglianza di laboratorio della malattia tubercolare;
- 5) Resa disponibile ai clinici reportistica periodica del consumo di antibiotici, per molecola e per U.O..

Le attività sono state coordinate dalla Direzione Medica e dal CCICA Aziendale; è stato istituito un gruppo operativo con un referente medico ed uno infermieristico per ogni area di degenza, il microbiologo ed un farmacista, un infermiere epidemiologo e tenute 6 riunioni periodiche di condivisione dei monitoraggi; alle riunioni ha partecipato il consulente infettivologo dell'I.R.C.C.S. INMI Spallanzani. È stato organizzato un evento formativo destinato a tutte le professioni sanitarie in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani.

RISULTATI

- 1) Sono state raccolte 242 schede di prevalenza puntuale (767 complessive). I dati non sono ancora completamente elaborati, mostrano tuttavia una prevalenza sovrapponibile a quanto riportato nella recente letteratura;
- 2) Nel primo semestre del 2018 sono stati analizzati 493 campioni di feci di 315 pazienti, il 37% è risultato positivo; l'incidenza di malattia conclamata è stata più elevata in pazienti ricoverati presso i reparti di medicina ed ortopedia con età > 80 anni (mediana 83) e provenienti da strutture residenziali; in aumento anche gli accessi in P.S. per trasferimento da cliniche di riabilitazione per C. difficile; sono stati gestiti due eventi epidemici (6 ed 8 casi simultanei).
- 3) Sono state esaminati circa 1854 flaconi per batteri aerobi e anaerobi, relativi a circa 454 pazienti, 24,5% dei flaconi è risultato positivo. 60% degli isolati era resistente a Cefalosporine di III gen., circa il 45% di K. pneumoniae ha mostrato resistenza a Carbapenemi.
- 4) sono stati effettuate analisi su 240 pazienti, 9 sono risultati positivi per M. tuberculosis complex, 14 per altri micobatteri.

Sono stati misurati i seguenti indicatori:

Numero di partecipanti a riunioni ed eventi formativi;
Numero complessivo di segnalazioni di ICA (confronto tra semestri);
Numero di eventi epidemici (confronto tra semestri);
Modifica delle prescrizioni di antibiotico per U.O.;
Modifica della durata degli eventi infettivi (trend);
La difficoltà di applicare protocolli condivisi per la presenza di numerosi attori nella gestione dell'igiene ospedaliera, alcuni dei quali in outsourcing (pulizie, personale di assistenza) e l'assenza di un database dedicato sono le principali criticità emerse nel corso del primo anno di lavoro.

Strategie per incrementare la vaccinazione antinfluenzale in Azienda Ospedaliera di Padova

Contessa C.¹; Capizzi A.¹; Carretta G.²; Boemo D.G.¹; Vinelli A.¹; Saieva A.M.³; Bordignon G.¹; Nesofì M.V.¹; Boschetto M.⁴; Donato D.⁵

1 Dirigente Medico, UOC Direzione Medica, Azienda Ospedaliera di Padova; 2 Direttore f.f. UOC Direzione Medica-area dell'età adulta, Azienda Ospedaliera di Padova; 3 Direttore f.f. UOC Direzione Medica-area materno infantile, Azienda Ospedaliera di Padova; 4 Infermiera Epidemiologa, Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni Ospedaliera-UOC Direzione Medica, Azienda Ospedaliera di Padova; 5 Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliera di Padova

Parole chiave: Operatori sanitari, adesione vaccinale, offerta proattiva

INTRODUZIONE

Gli operatori sanitari rappresentano una categoria target per la vaccinazione antinfluenzale, ai fini della protezione del singolo, della riduzione della diffusione dell'influenza a gruppi vulnerabili di pazienti e del mantenimento dell'erogazione dei servizi sanitari durante epidemie influenzali. Nonostante la vaccinazione sia offerta gratuitamente agli operatori sanitari, l'adesione rimane piuttosto bassa a livello nazionale e regionale (il tasso di copertura 2017-2018 per questa categoria in Veneto è stato del 28,8%, rispetto a una media nazionale che nel 2015-2016 si attestava al 17,3%).

MATERIALI E METODI

Da alcuni anni l'Azienda Ospedaliera di Padova ha avviato un progetto per un approccio integrato e proattivo finalizzato ad incrementare l'adesione del personale sanitario alla vaccinazione antinfluenzale. Nella stagione 2014-2015 erano stati vaccinati contro l'influenza 507 operatori sanitari (circa il 10% del personale dipendente). Contestualmente si era registrata un'importante presenza di pazienti ricoverati con forme gravi, ovvero 49 casi, di cui 30 avevano necessitato di cure in terapia intensiva e 14 erano deceduti. A partire dalla stagione 2015-16 si è ritenuto opportuno attivare una modalità di offerta della vaccinazione proattiva e diversificata, ulteriormente sviluppata nelle successive stagioni con la possibilità per gli operatori sanitari di vaccinarsi:

1. presso un ambulatorio vaccinale dedicato (5 giorni a settimana dalle ore 8.00 alle 13.00 c/o Malattie Infettive), dislocando la sede un giorno fisso a settimana presso un altro spazio aziendale, facilmente accessibile per alcune aree dell'Azienda (area medica, chirurgica, terapie intensive) ove si concentra il maggior numero di operatori sanitari.

2. presso la propria Unità Operativa con personale vaccinatore interno (previa individuazione da parte del Direttore di personale medico e infermieristico dedicato e idonea formazione), cui hanno aderito più reparti (area pediatrica, dermatologia, diabetologia ad esempio).

3. presso la propria Unità Operativa con presenza di personale vaccinatore della Medicina Preventiva per determinate aree (Terapie Intensive, Cardiocirurgia, Trapianti renali ed epatici, Chirurgia Toracica e area pneumologica).

A tutto il personale vaccinato è stata inoltre offerta una spilla con logo aziendale e scritta "Io mi sono vaccinato, e tu?", quale segno per testimoniare il proprio sostegno attivo alla campagna vaccinale.

RISULTATI

Grazie alle iniziative avviate si è registrato un graduale incremento del tasso di vaccinazione degli operatori sanitari: da 507 nel 2014-2015, a 786 nel 2015-2016, a 1239 nel 2016-2017, con un ulteriore aumento del 20% lo scorso anno con 1550 vaccinazioni effettuate (circa il 32,3% del personale dipendente). I risultati osservati supportano l'importanza di sviluppare percorsi facilitatori per la vaccinazione degli operatori sanitari. Per la stagione 2018-2019 l'obiettivo è di aumentare ulteriormente l'offerta vaccinale (aumento fasce orarie, attivazione di più punti vaccinali, identificazione di Unità Operative aggiuntive per la vaccinazione interna) e di sviluppare progetti pilota dedicati in Unità Operative ad alto rischio (Oncoematologia Pediatrica, Terapie Intensive), instaurando un dialogo diretto per promuovere la vaccinazione e attuando in questi contesti tutte le strategie possibili finalizzate ad una copertura vaccinale che mira a raggiungere almeno il 50% degli operatori sanitari.

Valutazione comparativa degli esiti per il miglioramento della performance delle strutture sanitarie

Da Re N.R.¹, Rossi M.², Russo A.G.³, Esposito R.⁴, Panciroli E.⁵, Bosio M.⁶

1 Direttore Dipartimento PAAPSS, ATS di Milano; 2 Dirigente Medico Responsabile UOS Contratti Strutture Sanitarie, Dip. PAAPSS, ATS di Milano; 3 Direttore UOC Unità di Epidemiologia, ATS di Milano; 4 Direttore, UOC Autorizzazione e Accreditamento Strutture Sanitarie., Dip. PAAPSS, ATS di Milano; 5 Direttore Sanitario, ATS di Milano; 6 Direttore Generale, ATS di Milano

Parole chiave: Benchmarking, esiti, performance

INTRODUZIONE

I significativi cambiamenti demografici ed epidemiologici degli ultimi decenni, caratterizzati dall'incremento della popolazione anziana, delle patologie croniche e delle condizioni di fragilità e disabilità, necessitano di un crescente impegno di risorse assistenziali ed economiche. Tale contesto impone, anche all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Milano, l'esigenza del contenimento della spesa sanitaria, la riorganizzazione della rete di offerta e la necessità di garantire qualità ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Il raggiungimento di tali finalità richiede la lettura delle performance in un'ottica strategica e globale, collegando i risultati di performance degli enti sanitari agli obiettivi contrattuali annuali e valutando l'attuazione e gli opportuni miglioramenti quando il benchmark documenta performance inferiori ai riferimenti di ATS o regionali.

MATERIALI E METODI

Al fine di governare i molteplici ed eterogenei fenomeni assistenziali, nel biennio 2017-18, sono stati analizzati un set di indicatori e specifici standard quantitativi per mettere in luce i punti di forza, gli ambiti di appropriatezza, le potenziali criticità e promuovere altresì interventi di programmazione sanitaria tesi al miglioramento dell'assistenza erogata. Tali standard si sono basati sia su una dettagliata analisi epidemiologica del contesto territoriale che ha tenuto conto delle numerose variabili tra cui la complessità delle strutture, il bacino di utenza, la mobilità sanitaria; sia su un sistema di indicatori basato sulle più recenti evidenze scientifiche e sui sistemi di valutazione più attuali quali il Sistema di

Valutazione delle Performance del Laboratorio MeS di Pisa, il PNE di Agenas, in conformità agli standard del DM 70/2015, all'Accordo Stato-Regioni 2010 e alla DGR X/271 del 2013 di Regione Lombardia sulle alte specialità. È stato pertanto fornito, a ognuna delle 28 strutture di ricovero, il 43% pubbliche e il 57% private accreditate, uno schema di riferimento in grado di favorire la progettazione operativa e che permettesse:

- valutazioni comparative tra indicatori di struttura e valori di riferimento calcolati a livello di ATS e costituito da 27 indicatori di ospedalizzazione;
- valutazioni rispetto all'aderenza a standard di qualità secondo la metodologia del treemap ottenute dall'elaborazione di 10 indicatori generali di performance e 21 indicatori del PNE.

Il miglioramento della qualità degli esiti, basato su flussi correnti e periodici, è stato oggetto di negoziazione e di misure di incentivazione economica "pay-for-performance" all'interno dei contratti stipulati con le strutture sanitarie.

RISULTATI

La condivisione di tali indicatori, attraverso percorsi di confronto tra ATS e le direzioni delle strutture erogatrici, ha permesso di guidare la progettazione sanitaria sulle priorità di sistema piuttosto che del singolo erogatore, definendo le "best in class" a cui riferirsi. La predisposizione di Piani di Miglioramento da parte degli erogatori ha consentito di avviare progetti di miglioramento della qualità dei servizi che si sono concretizzati, sia pure in misura variabile, in tutte le strutture aderenti. I risultati degli indicatori dimostrano un generale miglioramento negli ultimi due anni, sebbene persistano alcune criticità a cui comunque le strutture sono incentivate a porre azioni correttive e a intraprendere un percorso virtuoso di sistema.

Validazione delle Classi di Robson attraverso l'analisi dei ricoveri ospedalieri per taglio cesareo

F. Dadda¹, MT. Papa¹, S. Zanardi², D. Nicolosi³

1 Assistente Sanitaria, ATS della Città Metropolitana di Milano; 2 Dirigente Medico Responsabile di UOS, ATS della Città Metropolitana di Milano; 3 Dirigente Medico Direttore di UOC, ATS della Città Metropolitana di Milano

Parole chiave: Tagli cesarei, CeDAP, Classi di Robson

INTRODUZIONE

La classificazione di Robson descrive la variabilità nel ricorso al Taglio Cesareo (TC) e permette di confrontare tale dato tra i diversi Punti Nascita. Le pazienti sottoposte a TC si distribuiscono in 12 classi in base a parità, numero di feti, presentazione fetale, età gestazionale e modalità del travaglio. La Regione Lombardia nel 2017, con la DGR 5954/2016, definiva una riduzione tariffaria del 20% per i TC con classe Robson 1, 3, 2a, 4a con produzioni superiori al 75° percentile percentile su base regionale e un incremento del 35% se inferiori al 25°.

MATERIALI E METODI

Lo studio prevede la validazione del Robson attraverso il riscontro in cartella clinica delle informazioni atte a individuare la classe di appartenenza, confrontandola con il dato calcolato da Regione Lombardia tramite flusso CeDAP. L'analisi riguarda il 50% della produzione di TC sul territorio ATS nel 2017 (ad eccezione dell'IRCCS Pubblico 3 con il 25%), con estrazione casuale dei DRG 371 "Parto cesareo senza complicanze" e 370 "Parto cesareo con complicanze", per un totale di 3675 ricoveri. Per la rilevazione è stato creato apposito diagramma di flusso tramite il quale gli operatori del NOC hanno validato/aggiunto/modificato la classe Robson assegnata al TC oggetto di controllo. Al 30/10 sono state analizzate 16 Strutture su 19 Punti Nascita totali.

RISULTATI

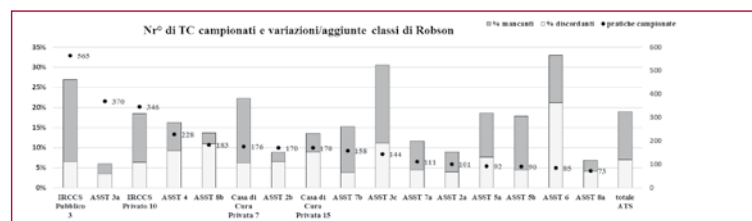
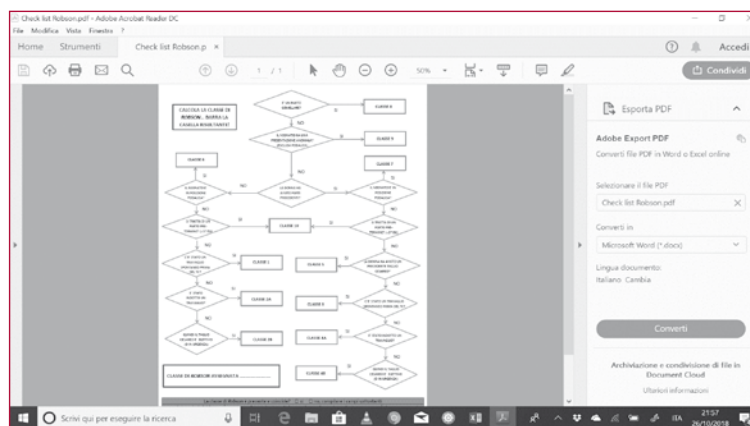
La percentuale di Robson discordanti (calcolata sul totale delle pratiche ad oggi analizzate, 3062) è del 7%. In 21 casi la discordanza riguardava più di un campo CeDAP.

In generale i campi errati erano:

- Modalità travaglio: 37,6%
- Presentazione neonato: 37,6%
- TC precedenti: 21,6%
- Parti precedenti: 4,2%
- Età gestazionale: 3,8%
- Modalità del parto (TC o vaginale): 3,8%
- Genere del parto (singolo o plurimo): 1,9%.

La percentuale di pratiche con Robson assente per la mancanza di 1 o più item del CeDAP (calcolata sul totale delle pratiche) è del 9,9%. Di tali ricoveri è stata calcolata la relativa classe.

Alla luce dei Robson modificati e aggiunti ex-novo, nelle strutture analizzate in 157 casi relativi alle classi citate nella DGR 5954/2016 vi è stata discordanza. Tale dato potrebbe falsare i percentili in cui si inseriscono i Punti Nascita e di conseguenza determinarne decurtazioni/incrementi economici errati.



Tecniche Lean per migliorare il trattamento per l'ictus ischemico acuto

Daleno A.¹, Melpignano L.¹, Melodia R.², Procacci V.²; Savarese M.A.³, Petruzzelli M.³, Chiumarulo L.⁴, Carlucci M.¹

1 Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari

2 UO Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari

3 UO Stroke Unit Neurologia Universitaria "PUCA", Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari

4 UO Neuroradiologia Universitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari

Parole chiave: Stroke, ictus ischemico, Lean Management

INTRODUZIONE

L'ICTUS cerebrale in Italia rappresenta la terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, e la prima causa assoluta di disabilità. In Italia ogni anno circa 185.000 persone vengono colpite da ICTUS cerebrale, circa 220 casi su 100.000 abitanti.

La terapia trombolitica (tPA) effettuata entro tre ore dall'esordio del primo sintomo in pazienti selezionati, rappresenta allo stato attuale l'unico intervento terapeutico che può significativamente consentire, tutto o in parte, il recupero di disabilità altrimenti permanenti.

Il Gold Standard nel trattamento intraospedaliero prevede che il tempo intercorrente tra l'accesso del paziente al Pronto Soccorso e l'avvio della terapia trombolitica (tempo door to needle) sia compreso tra 60 e 90 minuti.

Al Policlinico di Bari, nel 2017, sono stati ricoverati circa 200 pazienti con sintomi stroke-like, di cui il 32% rientranti nei criteri di inclusione, con un tempo door to needle medio registrato di 135 minuti (min 100-max 172 minuti).

CONTENUTI

L'identificazione precoce e il trattamento dell'ictus ischemico acuto al Pronto Soccorso richiede sforzi coordinati tra tutti i membri del team sanitario. Le metodologie Lean sono state scelte come strategia di miglioramento del processo identificando ed eliminando gli sprechi e tutti i passaggi "non a valore aggiunto". I membri del team di progetto si sono incontrati per standar-

dizzare il processo, fornire chiari segnali visivi ai passaggi del processo al fine di identificare immediatamente le deviazioni e riportare il processo a prestazioni ottimali. Sulla base delle inefficienze identificate, il team ha creato il processo ideale. Sono stati identificati due cambiamenti chiave: (1) l'assegnazione del codice rosso ai pazienti con sospetto ictus bypassando il triage, allerta immediata di neurologi e neuroradiologi e transito diretto in Sala Rossa e (2) arrivo del Neurologo in Neuroradiologia durante l'effettuazione dell'angio-Tc e somministrazione di tPA contestualmente con la diagnosi.

CONCLUSIONI

Le modifiche del protocollo sono state implementate dal 1 novembre 2017. Durante il primo anno di applicazione dei cambiamenti chiave si è avuta una riduzione di 35 minuti del tempo medio door to needle che si è attestato mediamente su 100 minuti (min 60-max 136 minuti).

Dopo l'implementazione iniziale, la revisione del processo ha perfezionato lo strumento ed ha consentito l'adozione di un PDTA "Gestione dello Stroke" il 26 ottobre 2018 che ha l'obiettivo di portare a 60 minuti il tempo medio door to needle.

La rapida identificazione dei tempi morti ed il rapido miglioramento dei processi con strumenti lean crea opportunità per modificare radicalmente un processo di cura isorisorse, standardizzando il percorso dall'arrivo del paziente eliminando i ritardi nelle cure e accelerando la somministrazione di tPA.

Un caso di " Patient Blood management" presso l'Ospedale dell'ASL Bi

L.S. Maffioli¹, P.Trevisan², A.Tedesco², F.D'Aloia³, Gianni Bonelli⁴

1 Direttore Sanitario ASL BI,

2 Dirigente medico Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI,

3 Direttore f.f. Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI,

4 Direttore Generale dell'ASL Bi

Parole chiave: Patient Blood Management, strategie trasfusionali, procedura ABO

INTRODUZIONE

Presso il Presidio ospedaliero dell'ASL negli ultimi anni si è sviluppata un'area della medicina trasfusionale denominata "patient blood management" frutto della collaborazione tra la S.S.D. Medicina trasfusionale, S.C. Anestesia e Rianimazione e Chirurgia Generale, che si pone l'obiettivo di valutare per i pazienti candidati a interventi chirurgici programmati possibili azioni indirizzate a:

- ottimizzare l'eritropoiesi
- contenere le perdite ematiche
- ottimizzare la tolleranza all'anemia.

Il percorso ha previsto di mettere in atto strategie alternative alla trasfusione in modo da ridurre il ricorso a quest'ultima nel pre, intra e post operatorio. Inoltre si garantisce al paziente un trattamento in linea alla propria capacità decisionale.

MATERIALI E METODI

Nel mese di gennaio 2018 un paziente, cardiopatico e di età avanzata, testimone di Geova, doveva essere sottoposto ad intervento chirurgico per un aneurisma aortico sovrenale di importanti dimensioni.

I Chirurghi vascolari, gli anestesisti e i Medici trasfusionisti hanno effettuato un lavoro di preparazione pre-operatoria, portando il paziente a valori ematici di sicurezza, utilizzando la macchina per il recupero intraoperatorio e lavorando con scrupolosità attraverso l'utilizzo del tromboelastografo. Tutto ciò ha consentito, unitamente ad altri presidi, di per monitorare continuamen-

te lo stato ematico del paziente, le sue capacità coagulative specie per il fatto che si trattava di un paziente in doppia terapia antiaggregante (INAO), quindi con un alto rischio emorragico intraoperatorio.

RISULTATI

Seguendo le linee guida del Patient Blood Management del Ministero della salute, attuando la Procedura Aziendale ABO per il contenimento del rischio trasfusionale nonché in linea con la recentissima legge 219 del 22.12.2017 sulle Disposizioni Anticipate al trattamento medico, l'ASL BI ha migliorato il proprio approccio al trattamento trasfusionale, costruendo una vera collaborazione tra professionisti di più discipline, nel rispetto di vincoli clinici di gravità e vincoli religiosi di consenso o rifiuto al trattamento.

Un primo passo per quella medicina del futuro basata sempre più sulla ricerca di quel fine equilibrio sanitario tra tecnologia e pianificazione della cura nel rispetto della volontà del paziente-utente, nonché cittadino che ha una sua specifica capacità giuridica decisionale.

Due rari casi di infezione *Ralstonia mannitolilyca* in una circostanza inconsueta di attività sanitaria presso l'ASL BI di Biella

A.Tedesco¹, Dott. F.D'Aloia², P.Trevisan¹, Cristina Frassati³, Maria Sicari³, L.S.Maffioli⁴, Gianni Bonelli⁵

1 Dirigente medico Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI; 2 Direttore f.f. Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI; 3 Infermiera UPRI ASL BI; 4 Direttore Sanitario ASL BI; 5 Direttore Generale dell'ASL BI

Parole chiave: *Ralstonia mannitolilyca*, attività UPRI, infezioni ospedaliere

INTRODUZIONE

L'ambiente ospedaliero gioca un ruolo fondamentale nella trasmissione di particolari microrganismi. All'interno del Presidio ospedaliero dell'ASL BI sono stati riscontrati due rari casi di infezione da *Ralstonia mannitolilyca* occorsi in due pazienti oncologici trattati con kit monouso per attacco cvc.

MATERIALI E METODI

A seguito della sintomatologia di un paziente ricoverato in Day Hospital Medico (puntate febbrili e brividi scuotenti) vengono eseguite emocolture da cvc e da vena periferica, che evidenziano la presenza del battere *Ralstonia mannitolilyca*, isolato per la prima volta presso il Laboratorio di Microbiologia dell'ASL BI. Al paziente era stato inserito un catetere venoso, che risultava essere inutilizzato da due settimane (data dell'ultimo ciclo di terapia). Lo Specialista infettivologo, dopo aver eseguito revisione di letteratura (con riscontro di articoli riportanti epidemie da *Ralstonia* in pazienti oncologici in terapia immunosoppressiva e portatori di CVC totalmente impiantati) segnala il caso immediatamente all'UPRI. Da un'ulteriore ricerca bibliografica si evince che alcune epidemie erano dovute a liquidi contaminati (utilizzati sia per l'infusione che per la preparazione di antisettici a base di clorexidina in soluzione acquosa utilizzata per la gestione dei cateteri venosi). Dopo qualche giorno un'altro paziente del Day Hospital Medico presenta la stessa sintomatologia durante l'infusione di terapia da cvc totalmente impiantato, rimasto inutilizzato per 3 settimane. Si esegue la stessa procedura con rilevazione della presenza del battere *Ralstonia mannitolilyca*. Vista la presenza di due casi di batteriemia catetere correlata vengono messe in atto le procedure di sorveglianza e controllo da attuare in caso di epidemia. Viene pertanto costituito un gruppo di lavoro formato da Specialisti e dal Responsabile UPRI. Al fine di circoscrivere il fenomeno, viene condotta inizialmente una ricerca di altri eventuali casi presso il Day Hospital

Medico. Dall'analisi dei dati emergono due similitudini: entrambi i casi hanno fatto l'ultimo accesso nel periodo in cui i due precedenti pazienti erano stati ricoverati ed entrambi i pazienti erano stati trattati con un kit monouso predisposto per l'attacco e lo stacco dei CVC in prova presso il Day Hospital. Risulta che, nel mese precedente la presentazione dei casi, presso il Day Hospital Medico e presso la degenza di Oncologia ed Ematologia sono stati provati dei campioni di kit monouso sterili per l'attacco e stacco dei CVC, contenenti tutto il materiale necessario per tale procedura, tra cui delle siringhe preimpilate di soluzione fisiologica per eseguire il lavaggio del CVC. In Day Hospital Medico sono stati consegnati 10 kit il 17/07, ne sono stati aperti 7 (3 vengono consegnati alle ICI integri). Dopo un'indagine di tutti i pazienti transitati dai due reparti e dal Day Hospital nel periodo oggetto di studio, emerge che la causa viene addebitata con quasi certezza all'utilizzo di tali kit, per cui le attività di controllo e sorveglianza hanno coinvolto i pazienti per i quali è stato utilizzato il kit in prova.

RISULTATI

Il riscontro di questi casi mai finora affrontati ha consentito al gruppo di lavoro di scoprire la sorgente di infezione e individuare quelle procedure utili agli operatori sanitari per evitare la diffusione e la patogenicità batterica, specie in soggetti immuno-depressi come gli oncologici in chemio-trattamento. La *Ralstonia* genere comprende quattro sotto specie che possiedono proprietà di fototropismo che li rende capaci di sopravvivere in ambienti poco ricchi (nutrienti) perché utilizzano la luce per le loro necessità di crescita. Questa proprietà la rende versatile nelle sue capacità biodegradabili rendendola abbondante nell'ambiente specie nelle condotte dell'acqua, nelle bottigliette anche in soluzioni di acqua distillata, iniettabile, soluzioni purificate, liquidi parenterali, supera i filtri della sterilizzazione di molti prodotti come le soluzioni saline ed è in grado di sopravvivere in cloredixina allo 0.05%.

Innovazione presso l'Ospedale dell'ASL Bi

Gianni Bonelli¹, P.Trevisan², A.Tedesco³, M.Borello¹, F.D'Aloia⁴, L.S. Maffioli⁵

1 Direttore Generale ASL BI

2 Dirigente medico Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI

3 Responsabile URP ASL BI

4 Direttore f.f. Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI

5 Direttore Sanitario ASL BI,

Parole chiave: Empowerment, umanizzazione, cura dell'utente.

INTRODUZIONE

Presso il Presidio ospedaliero dell'ASL non ci occupa solamente di cure sanitarie in senso stretto, ma si ritiene estremamente importante dal punto di vista olistico fornire all'utenza prestazioni che possono essere considerate loro stesse una cura. In questi ultimi anni sono stati predisposti servizi nel campo della diversità culturale, del confort assistenziale e nel campo relazionale con trasparenza delle informazioni sia verso il cittadino fruitore, sia verso gli stakeholders sanitari.

MATERIALI E METODI

L'ASL BI, per migliorare l'umanizzazione, ha quindi attuato una ricerca per valorizzare le quattro dimensioni della cura:

1. area dedicata ai processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
2. area dedicata all'accessibilità fisica, vivibilità e confort dei luoghi di cura;
3. area dedicata all'accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
4. area dedicata alla relazione di cura.

Inoltre l'ASL BI ha coinvolto il Tribunale del Malato e le numerose Associazioni di volontario per attuare l'empowerment dell'utente, che, attraverso l'utilizzo di un questionario di gradimento somministrato nel corso di prestazioni erogate dall'ASL, ha potuto manifestare i suoi effettivi bisogni.

RISULTATI

L'ASL BI ha migliorato il grado di umanizzazione dell'Ospedale realizzando progetti allineati alle aspettative della propria utenza. Tra questi i più significativi sono stati: storytelling (narrazione condivisa della propria malattia fra utente e operatori familiari), stanza del silenzio (per le diverse confessioni religiose), abbellimento dei locali del Presidio (affissione sui muri di opere d'arte, mostre fotografiche), servizio di mediatore culturale (online h 24 e 365 giorni all'anno), servizio di parrucchiere/barbiere, attivazione della rete wi-fi (usufruibile da parte di utenti, che consente l'utilizzo di tablet, smartphone e computer), convenzioni con gli alberghi cittadini per ospitare i parenti dei pazienti a prezzi agevolati, eliminazione di barriere architettoniche e sensoriali (installazione di impianto vocale audio all'interno degli ascensori), iniziative di socializzazione per gli utenti (Musica e Medicina, incontri musicali nei reparti di degenza), posizionamento di servizio TV in ogni camera di degenza, pieghevole multilingue per spiegare il corretto accesso al Pronto Soccorso anche agli stranieri, libero accesso ai parenti dei degenti all'area di ristorazione aziendale, Pensieri circolari (possibilità di utilizzare dei libri di lettura collocati all'interno di un totem).

VISITA IL SITO

 www.anmndo.org



**il sito di riferimento
per i medici delle
direzioni ospedaliere**



Casa Editrice
Edicom



ORIZZONTI

Come ridurre le infezioni correlate all'assistenza e contrastare la resistenza antimicrobica?



Una valida risposta a questo quesito arriva dai sistemi innovativi di igiene e dalla sanificazione.

Il nuovo sistema di sanificazione PCHS può dimezzare le infezioni ospedaliere del 52% e ridurre i costi correlati del 75%.



Dopo l'articolo scientifico pubblicato nel 2018 su PLOSEone, relativo alla ricerca multicentrica SAN ICA, un nuovo e recente articolo pubblicato su *Infection and Drug Resistance*, cui hanno collaborato l'Università Bocconi (per la parte relativa ai costi), l'Università di Ferrara e l'Università di Udine, ha dimostrato che la diffusione dell'antibiotico-resistenza negli ospedali può essere limitata da metodi igienico-sanitari, il Sistema PCHS, capaci di rimodulare il microbiota ospedaliero, portando a minori consumi e costi di antimicrobici.

Se ne è parlato ancora il 4 e 5 febbraio a Bruxelles in un evento promosso da Active Citizenship Network-Cittadinanzattiva con il sostegno di Copma. Si è affrontato il tema dell'igiene e dei metodi di sanificazione, riconosciuto da tutti come uno dei tasselli fondamentali per combattere il proliferare dei batteri killer e ridurre il numero di casi di infezioni. Un più efficace contrasto alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) non può prescindere dall'adozione di soluzioni innovative.

www.copma.it

PRIMO ANNUNCIO

45° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO



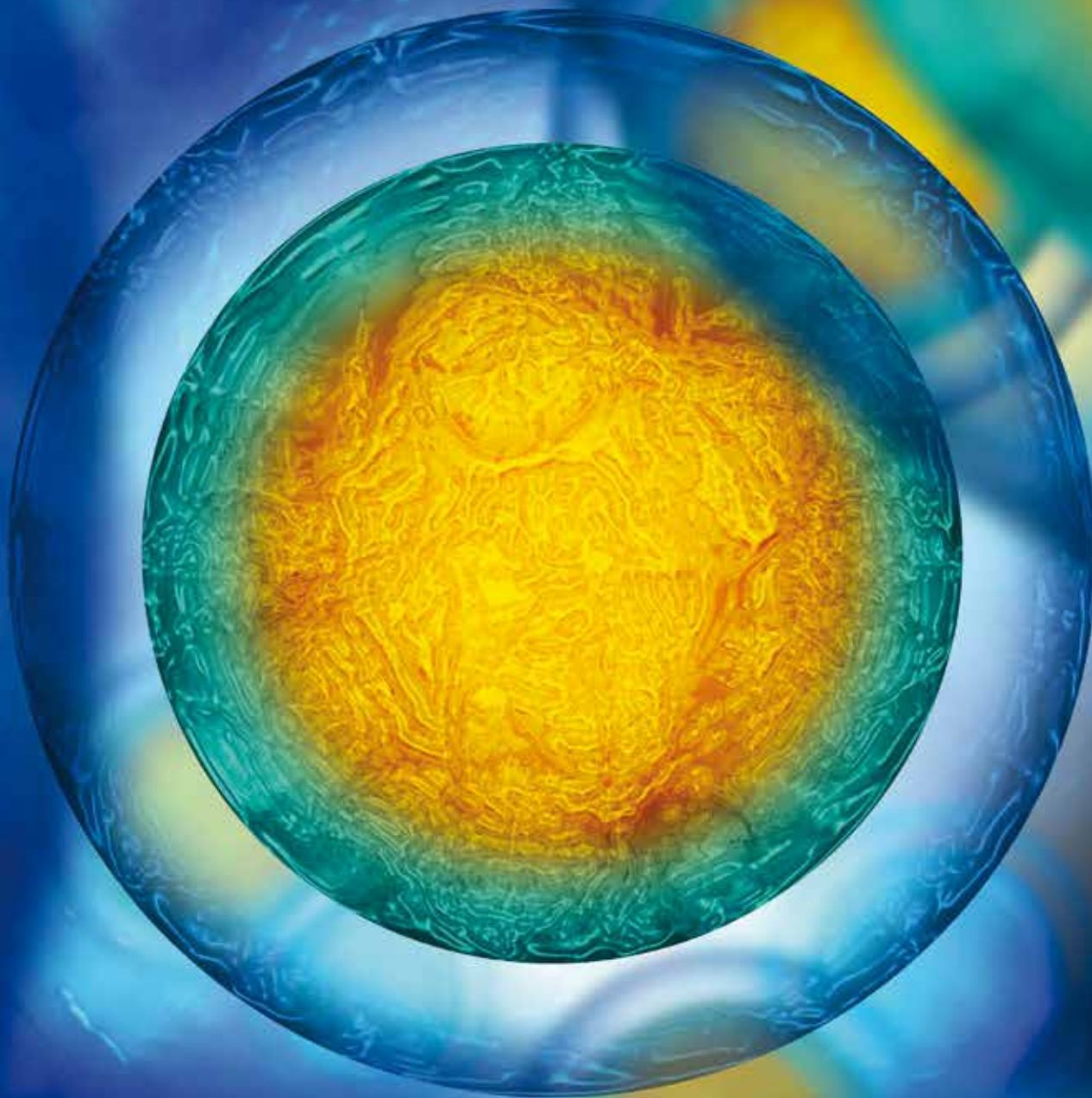
**Il futuro degli Ospedali:
analisi, integrazione, azioni**

Torino, 3 - 4 - 5 giugno 2019

Torino Incontra



L'IGIENE CHE RIDUCE LE INFEZIONI



CI PRENDIAMO CURA DELL'IGIENE E DELLA PREVENZIONE



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

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

