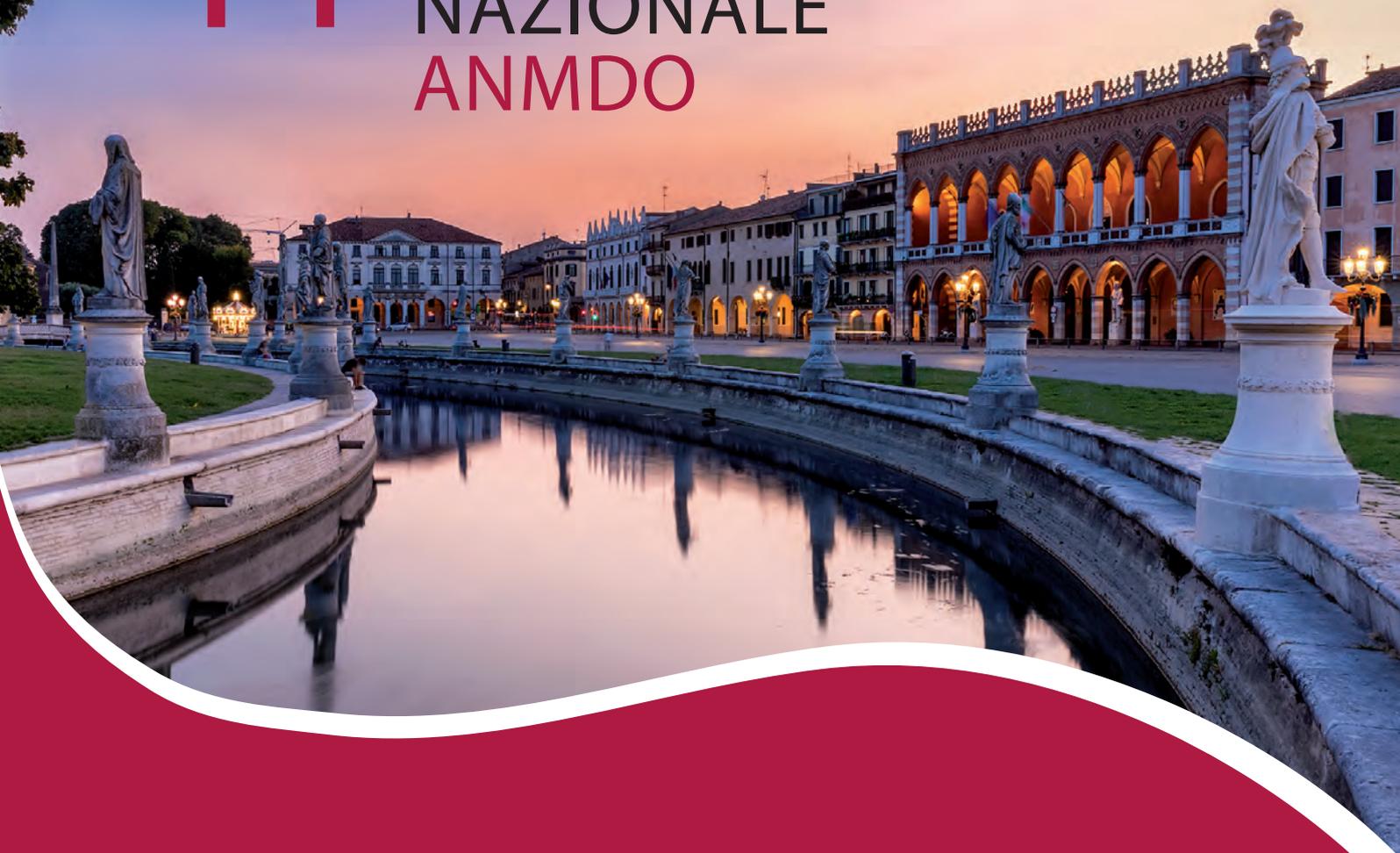


44° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO



Governare l'Ospedale del futuro

L'Innovazione: sfida e opportunità

Padova, 19-20-21 novembre 2018

Centro Culturale Altinate | San Gaetano

COMUNICAZIONI

Titolo: 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.

Autori: 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

Autore-presentatore: Barbiellini Amidei C.

Parole Chiave:

Fine-vita; studio di coorte; caso-controllo

Abstract

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.

STRATEGIE DI MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO CLINICO-ASSISTENZIALE IN EMERGENZA-URGENZA. L'esperienza dell'ASST Grande Ospedale Metropolitan 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 Metropolitan Niguarda
2. Direttore Sanitario, ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda
3. Dirigente medico, S.C. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda
4. Dirigente analista, S.C. Qualità e Rischio Clinico, ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda
5. Direttore del Dipartimento Medico Polispecialistico, ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda
6. Direttore del Dipartimento Organizzazione, Governo Clinico e Qualità, ASST Grande Ospedale Metropolitan 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, aspettando 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. Consolante[#]; M. Cava^{*}; M. Tanaç; M. Celimere[§]

^{*}U.O.C Microbiologia e Virologia; [#] Direzione Medica di Presidio; ^Ç Infermiere Epidemiologo; [§] 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 una 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; Nesoti 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 Ospedaliere-UOC Direzione Medica, Azienda Ospedaliera di Padova

⁵ Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliera di Padova

Presenting author: Contessa Cristina

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, Cardiochirurgia, 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, Pancioli 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.

Autore che presenta il lavoro: Da Re Nadia Rossella

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

F. Dadda⁽¹⁾; MT. Papa⁽¹⁾; S. Zanardi⁽²⁾; D. Nicolosi⁽³⁾

⁽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°.

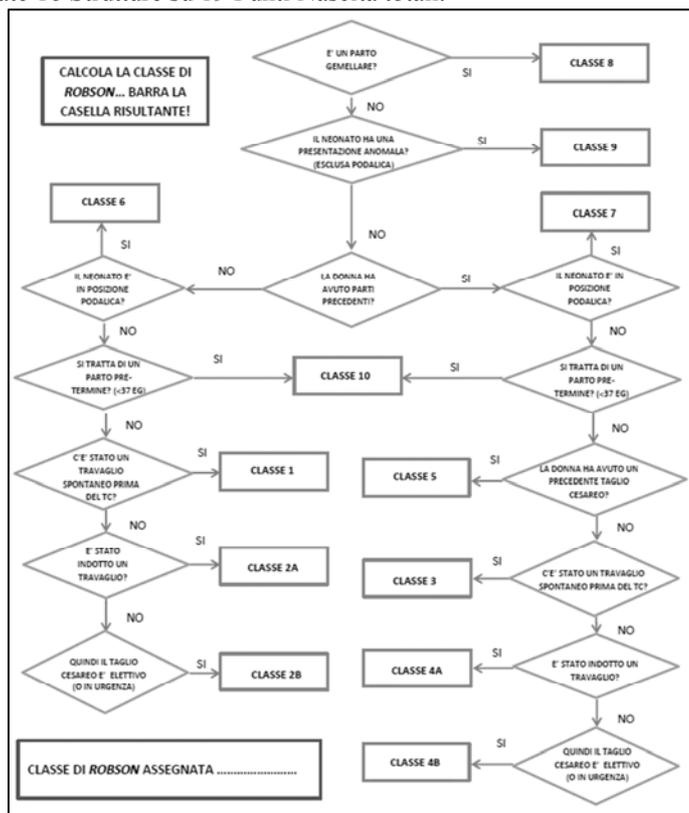
Materiali e metodi

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.

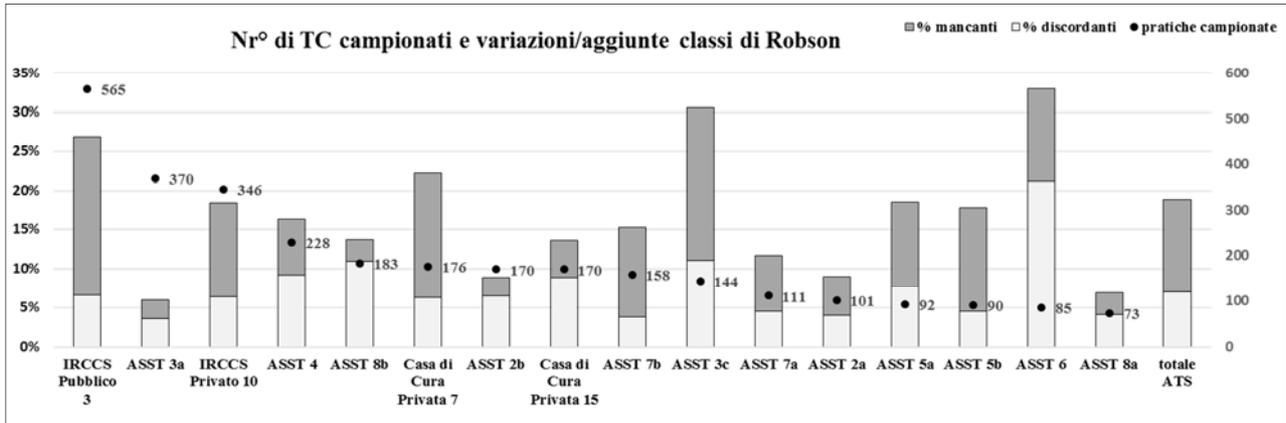
In generale i campi errati erano:

- Modalità travaglio: 37,6%
- Presentazione neonato: 37,6%

- TC precedenti: 21,6%
- Parti precedenti: 4,2%
- Et  gestazionale: 3,8%
- Modalit  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 pi  *item* del CeDAP (calcolata sul totale delle pratiche)   del 9,9%. Di tali ricoveri   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   stata discordanza. Tale dato potrebbe falsare i percentili in cui si inseriscono i Punti Nascita e di conseguenza determinarne decurtazioni/incrementi economici errati.



Autore che presenta il lavoro: Dadda Fabiana

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

Daleno A.; Melpignano L.*; Melodia R.°; Procacci V.°; Savarese M.A.§; Petruzzelli M.§; Chiumarulo L.§; Carlucci M.*.*

** Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari*

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

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

§ 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 standardizzare 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

Autori: Dott. F.D’Aloia*, Dott.ssa P.Trevisan°, Dott.ssa A.Tedesco°, Dott. S.L. Maffioli^, Dott. Gianni Bonelli”

**Direttore f.f. Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, °Dirigente medico Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, ^Direttore Sanitario ASL BI, “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 continuamente 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 collaborazioni 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.

Un caso di “patient blood management” presso l’Ospedale dell’ASL Bi

Autori: Dott. L.S. Maffioli[^], Dott.ssa P.Trevisan^o, Dott.ssa A.Tedesco^o, Dott. F.D’Aloia^{*}, Dr. Gianni Bonelli[”]

[^]Direttore Sanitario ASL BI, ^oDirigente medico Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, ^{*}Direttore f.f. Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, [”]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 continuamente 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 collaborazioni 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

Autori: Dott. F.D'Aloia*, Dott.ssa A.Tedesco**, Dott.ssa P.Trevisan**, Sig.ra Cristina Frassati°, Sig.ra Maria Sicari°^ S.L.Maffioli, Dott. Gianni Bonelli “

**Direttore f.f. Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, **Dirigente medico Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, °Infermiera UPRI ASL BI ^ Direttore Sanitario ASL BI Autori: Dott. F.D'Aloia*, Dott.ssa P.Trevisan°, Dott.ssa A.Tedesco°, Dott. S.L. Maffioli^, Dott. Gianni Bonelli”*

**Direttore f.f. Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, °Dirigente medico Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, ^Direttore Sanitario ASL BI, “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 preriempite 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%.

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

Autori: Dott.ssa A.Tedesco**, Dott. F.D'Aloia*, Dott.ssa P.Trevisan**, Sig.ra Cristina Frassati°, Sig.ra Maria Sicari°, Dott. L.S.Maffioli^, Dr. Gianni Bonelli “

***Dirigente medico Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI *Direttore f.f. Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, °Infermiera UPRI ASL Bi ^Direttore Sanitario ASL BI, “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 mannitolilytica* 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 mannitolilytica*, 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 mannitolilytica*.

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 preriempite 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

Autori: Dr. Gianni Bonelli[^], Dott.ssa P.Trevisan*, Dott.ssa A.Tedesco*, Dr.ssa M.Borello[^], Dott. F.D'Aloia**, "Dott. L.S. Maffioli",
[^]Direttore Generale ASL BI, *Dirigente medico Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, *v Responsabile URP ASL BI, **Direttore f.f. Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, , "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).

Innovazione presso l’Ospedale dell’ASL Bi

Autori: Dott. F.D’Aloia*, Dott.ssa P.Trevisan**, Dott.ssa A.Tedesco**, Dott. C.Prastaro°, Dr. S. Loss. Robin^, Dr.ssa M.Borello, √Dott. S.L. Maffioli”, Dott. Gianni Bonelli^^
****Direttore f.f. Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, **Dirigente medico Direzione Sanitaria di Presidio ASL BI, °Risk Manager ASL BI, ^ Direttore FDA ASL BI, √Responsabile URP ASL BI, “Direttore Sanitario ASL BI, ^^Direttore Generale 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).

Comunicazione Orale

Il mondo sanitario e le Forze dell'Ordine un'alleanza per le vittime di violenza e maltrattamento

De Luca A.*, Perugino S.*, Del Borgo S.*, Lucarelli M.*, Giannini A.M.*, Lauria F[^], Mancini E^{^^}, Stella F.*, Sommella L.*

* Gruppo di lavoro “vittime di violenza e maltrattamento” AOU Sant'Andrea Roma

[^] Comandante Arma dei Carabinieri – RaCIS

^{^^} Dirigente Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato

Parole chiave: violenza di genere, protocollo aziendale, pool d'intesa

INTRODUZIONE E' molto difficile stabilire i reali tassi di incidenza o anche stimare la prevalenza delle violenze o maltrattamenti siano essi rivolti nei confronti di donne, maschi, bambini o anziani. Ciò è dovuto a molti fattori, primo fra tutti la mancata denuncia. L'intervento integrato tra strutture sanitarie, servizi sociali e Forze dell'Ordine (FdO), creando una “rete”, facilita l'emersione del fenomeno e aiuta le vittime a riprendere una vita normale. I Governi internazionali e nazionali hanno dato evidenza di ciò attraverso l'emanazione di normativa molto stringente e con indicazioni operative per le Istituzioni locali.

MATERIALI E METODI L'AOU Sant'Andrea da diversi anni affronta la gestione delle vittime di violenza o maltrattamento che accedono al pronto soccorso interagendo con i servizi sociali del territorio e le FdO. L'esperienza maturata e il recente Accordo Stato Regioni sulla violenza sessuale ha permesso di redigere il “Protocollo di gestione del Percorso clinico assistenziale per la gestione delle vittime di violenza e maltrattamento” multiprofessionale e multidisciplinare con anche il supporto di Polizia e Carabinieri. Il Percorso riguarda la presa in carico interdisciplinare (infermiere, medico, psicologo, assistente sociale) per le presunte vittime che accedono al Pronto Soccorso su aspetti clinici, medico-legali e psico-sociali. Molta attenzione è stata rivolta alla corretta raccolta degli elementi di prova e all'approccio psicologico e sociale per la rielaborazione del trauma ed eventuale sostegno legale e attivazione della rete sociale sul territorio. L'elemento catalizzatore è il “Pool d'Intesa”, facente capo alla Direzione Sanitaria, che supporta la rete nello svolgimento delle proprie attività istituzionali fornendo un contributo tecnico-organizzativo. Per rendere realmente operativo il Protocollo è stato svolto un corso per il personale sanitario e agenti e/o ufficiali di Polizia Giudiziaria (PG) con lezioni svolte da personale docente interno ad Ospedale e Università, delle FdO e con la partecipazione della Procura della Repubblica di Roma. Le tematiche del corso hanno riguardato: l'epidemiologia del fenomeno e impatto sociale, elementi di base sul tipo di comunicazione da tenere, aspetti medico-legali e sulle attività presenti sul territorio (servizi sociali e FdO), la descrizione del Protocollo aziendale per la sua messa in pratica. Tutto ciò per adottare un unico comportamento in tutte le fasi del percorso per evitare errori di gestione a maggior tutela della vittima.

RISULTATI Il Protocollo è attivo dal febbraio 2018, 176 sono stati i partecipanti ai corsi residenziali (75% sanitari; 17% personale PG) che hanno ritenuto il corso di interesse rilevante. Nei mesi successivi sono stati svolti incontri a piccoli gruppi su aspetti specifici del Protocollo. Tutto quanto svolto ha innalzato la soglia di attenzione e la sensibilità al riconoscimento e alla immediata presa in carico della vittima con un suo efficace affidamento alla rete territoriale.

Eventi avversi in chirurgia oculistica: descrizione di cluster di Sindrome Tossica del Segmento Anteriore (TASS)

AUTORI: Di Mare A. (1), Ragni P. (2), Vecchi M. (3), Zoboli D. (4), Lorenzani M. (5), Bacci T.(6), Paoli F. (6), Marchesi C. (7) Mazzi G. (8)

(1) Direttore, Struttura Igiene e tecnica ospedaliera, Azienda USL RE (2) Risk Manager, Struttura Governo Clinico Azienda USL RE (3) Direttore, Struttura di Oculistica Azienda USL RE (4) Direttore, Struttura di Farmacia ospedaliera Area Nord, Azienda USL RE (5) Coordinatore aziendale, Infermieri addetti al Controllo Infezioni Azienda USL RE (6) Laboratorista, ARPAER di RE (7) Direttore Sanitario Azienda USL RE (8) Direttore Presidio Ospedaliero provinciale Azienda USL RE

PAROLE CHIAVE: oculistica, TASS, cluster

INTRODUZIONE

La Sindrome Tossica del Segmento Anteriore (TASS) è un'infezione sterile della camera anteriore dell'occhio, che può manifestarsi tra le 12 e le 48 ore successive a un intervento di chirurgia oculistica sul segmento anteriore. Le descrizioni in letteratura sono limitate a causa di difficoltà diagnostiche e della fugacità delle manifestazioni cliniche; l'incidenza della TASS, intorno allo 0,2%, potrebbe essere sottostimata nei centri che effettuano controlli operatori dopo le 48 ore dall'intervento. Sebbene la maggior parte dei casi si risolva completamente con qualche giorno di terapia topica steroidea, la risposta infiammatoria associata a TASS può causare gravi danni ai tessuti intraoculari e portare a perdita permanente della capacità visiva. Sono segnalati diversi fattori causali, di carattere chimico e fisico, che possono favorire l'insorgenza della sindrome. Descriviamo un cluster di 14 casi di TASS in un Centro di Chirurgia oculistica dell'ex Presidio Ospedaliero, registrato dopo interventi non complicati di facoemulsificazione per cataratta o di chirurgia combinata di faco-vitrectomia, eseguiti in tre ospedali nel periodo luglio-novembre 2016.

MATERIALI E METODI

Negli ospedali dell'AUSL Reggio Emilia, nel periodo luglio-novembre 2016, 1071 pazienti sono stati sottoposti a chirurgia oculare (facoemulsificazione o faco-vitrectomia combinata). Quattordici di essi (13%) ha presentavano una TASS. Dopo le prime segnalazioni la Direzione aziendale ha attivata una task force per acquisire informazioni e programmare azioni di controllo tra cui un riesame della documentazione clinica dei casi e un'indagine epidemiologica volta a identificare le possibili cause del cluster. Sono stati intervistati i componenti dei team chirurgici che hanno partecipato agli interventi. Ai controlli eseguiti come di routine entro 24 ore dall'intervento, tutti i pazienti presentavano da 1 a 2 leucociti nella camera anteriore, assenza di dolore oculare e un millimetro di ipopion. Cinque occhi presentavano una fibrina sulla superficie anteriore della lente intraoculare (IOL) ed edema corneale. La pressione intraoculare era normale in ogni paziente. L'acuità visiva variava da 20/50 a 20/25. Tutti i pazienti sono stati trattati con tobramicina 0,3% gocce oculari, bromfenac gocce oculari, desametasone gocce oculari, tropicamide. In tutti i pazienti, tutti i segni attivi dell'infezione si sono risolti entro una settimana e l'esito visivo è stato di 20/20.

RISULTATI

L'indagine ha considerato i fattori segnalati in letteratura come possibile causa di TASS, con riguardo agli aspetti che avevano subito cambiamenti immediatamente prima delle segnalazioni dei primi casi. Come atteso, il riesame dei comportamenti degli operatori, delle procedure chirurgiche, delle attrezzature di sterilizzazione e dei dispositivi e materiali utilizzati negli interventi non ha mostrato variazioni o criticità. Dall'indagine è risultato che era stata cambiata la fornitura dei bisturi presenti nei pacchi monouso. E' stata ricostruita, per sede ospedaliera, la curva temporale di fornitura nei nuovi bisturi e ne è stata constatata la corrispondenza con le curve epidemiche di TASS di ciascuna sede. La superficie non completamente affilata e regolare delle lame chirurgiche presenti nei pacchi è stata documentata visivamente in microscopia elettronica. Dopo la sostituzione dei bisturi, disposta dalla Direzione aziendale, il cluster epidemico è terminato.

CONCLUSIONI

Molteplici sono i possibili fattori responsabili della TASS e l'individuazione delle cause nei singoli cluster è spesso difficile. Nel nostro caso, i dati epidemiologici e morfologici depongono fortemente per l'uso di bisturi inadeguati. Il cluster ha costituito un'occasione per riesaminare nel dettaglio le attrezzature e le procedure chirurgiche in uso, standardizzare in tutte le sedi le pratiche preventive e sensibilizzare gli operatori sull'importanza della Dispositivo-vigilanza quale strumento utile per migliorare la sicurezza delle cure.

Un programma formativo multidisciplinare per la gestione di outbreak da patogeni multiresistenti

Fattorini M.¹; Rosadini D.¹; Cresti S.²; De Luca A.³; Cubattoli L.⁴; Messina G.⁵; Basagni C.⁶; Tinturini A.⁶; De Marco M.F.⁶

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena

2 U.O.C. Microbiologia e Virologia Clinica, Dipartimento di Biotecnologie Mediche, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

3 U.O.C. Malattie Infettive Universitarie, Dipartimento di Biotecnologie Mediche, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

4 U.O.C. Rianimazione e Medicina Critica, Dipartimento di Biotecnologie Mediche, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

5 Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena

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

Parole chiave: Infezioni Correlate all'Assistenza; Multidrug Resistant Organism; formazione.

Autore presentante: Mattia Fattorini

Modalità di presentazione: Comunicazione

INTRODUZIONE: Le Infezioni Correlate all'Assistenza sostenute da microrganismi multiresistenti (Multidrug Resistant Organism-MDRO) rappresentano una preoccupazione per le strutture sanitarie di tutto il mondo. Viste le difficoltà nella gestione degli outbreak causati da MDRO, sono state redatte linee guida contenenti indicazioni per prevenire e gestire questi temibili eventi: secondo questi documenti, la formazione di tutto il personale coinvolto nell'assistenza sanitaria rappresenta una misura fondamentale. L'obiettivo del lavoro è quello di descrivere un programma formativo, implementato presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS), per la prevenzione ed il controllo degli outbreak sostenuti da MDRO.

MATERIALI E METODI: Il programma è stato indirizzato a tutto il personale sanitario di due reparti dell'AOUS, uno chirurgico e uno di terapia intensiva. A partire da Aprile 2017, le unità sono state entrambe oggetto di un outbreak sostenuto da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai Carbapenemi. Il programma, della durata di 5 ore, è stato ripetuto per quattro edizioni in Ottobre e Novembre 2017, per permettere un'ampia partecipazione del personale interessato.

Seguendo un approccio multidisciplinare, gli argomenti trattati nel corso sono stati affrontati da:

- Una specialista in Microbiologia e Virologia, la quale ha descritto le caratteristiche che rendono i MDRO così temibili per la salute dei degenti.
- Uno specialista in Malattie Infettive, che ha illustrato le misure implementate in un recente outbreak controllato con successo dall'AOUS.
- Una specialista in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, che ha comparato le differenti linee guida disponibili riguardanti la prevenzione e la gestione di tali outbreak.
- Una Coordinatrice Infermieristica per le Infezioni Ospedaliere, la quale ha descritto le corrette procedure da implementare nella gestione dei pazienti colonizzati/infetti da MDRO (lavaggio mani, precauzioni standard ed aggiuntive, ecc.).

Inoltre, in ogni edizione è stato proiettato un video simulante le procedure (corrette e scorrette) effettuate dal personale durante la gestione di un degente colonizzato/infetto da MDRO. Il filmato è stato girato coinvolgendo come attori personale volontario dall'AOUS, ed è stato realizzato dopo l'effettuazione di ripetute osservazioni dei comportamenti dello staff delle due unità.

RISULTATI: Il programma è stato seguito volontariamente da 79 unità del personale sanitario dei due reparti: in particolare, hanno partecipato 54 infermieri (68,4%), 20 operatori socio-sanitari (25,3%) e 5 medici (6,3%). L'efficacia e la qualità formativa del corso sono state giudicate come "Molto rilevanti" o "Rilevanti" da 56/74 partecipanti (75,7%). Questi dati hanno evidenziato il desiderio di migliorare le proprie conoscenze riguardo ai MDRO da parte del personale infermieristico e socio-sanitario, mentre ulteriori azioni dovranno essere intraprese per aumentare la partecipazione dello staff medico a tali eventi. Un monitoraggio delle nuove colonizzazioni/infezioni nelle due unità permetterà inoltre di verificare l'efficacia del programma, il quale è stato rinnovato per altre dieci edizioni nell'anno 2018.

In conclusione, la realizzazione di bundle per la prevenzione e la gestione di outbreak sostenuti da MDRO prevede l'attuazione di differenti azioni: tra queste, la letteratura dimostra come l'implementazione di un'adeguata formazione del personale sanitario sia misura di indiscutibile importanza.

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

Nomi autori: 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: sepsi, 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.

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. È 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.

Autore che presenterà il lavoro in caso di accettazione: Paola Anello

Tabella 1. Caratteristiche degli accessi in PS

Caratteristiche	Sepsi + Setticemia		Diagnosi Sepsi grave + Shock settico		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

*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, $p<0,01$)

Tabella 2. Regressione logistica multivariata rispetto all'attribuzione del codice-colore giallo/rosso al triage (sono state incluse nel modello le variabili significative all'analisi univariata)

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

Titolo: L'esperienza del paziente come indicatore *proxy* della *responsiveness* presso l'AOU di Ferrara.

Autori

Franchino G¹; Bravi F^o; Valpiani G^o; Taglioni M^{*}; Grotti A¹; Carradori T[^].

¹Direzione medica dei dipartimenti clinici e coordinamento di staff, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

^o Accreditamento qualità, ricerca e innovazione, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

^{*} Direzione delle professioni, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

[^] Direzione generale, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Parole chiave *responsiveness* , qualità percepita, *patient experience*.

Introduzione La *responsiveness* è la capacità dei servizi sanitari di rispondere alle aspettative dei cittadini (OMS, 2002). La conoscenza dell'esperienza di cura (*patient experience*) dei pazienti in quanto fruitori di servizi, rappresenta un elemento di valutazione che vede il cittadino coinvolto e partecipe del proprio percorso di cura e responsabile nei processi di pianificazione e valutazione degli stessi. Obiettivo dell'indagine è rilevare la qualità percepita dal paziente ricoverato presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, struttura con 708 posti letto, formato da 9 Dipartimenti ad attività integrata articolati in 35 Unità Operativa con attività di degenza e con i servizi gestionali non sanitari in concessione.

Materiale e metodi L'indagine si è svolta tra Aprile e Giugno 2018 e ha coinvolto tutti pazienti ricoverati in regime ordinario. È stato somministrato in forma anonima il questionario regionale in versione cartacea "La qualità della cura in ospedale", contenente 16 domande chiuse e una aperta articolate su più aspetti: modalità di ricovero, personale sanitario (Medici, Infermieri, Personale di Supporto); la gestione della privacy; il trattamento del dolore; gli aspetti organizzativi, ambientali ed i servizi alberghieri e le informazioni ricevute al momento della dimissione e un'ultima sezione che raccoglieva informazioni socio-demografiche del paziente. Sulla base del numero di dimissioni avvenute nel mese di aprile 2017, si è stimata una numerosità campionaria necessaria di 1207 questionari.

Risultati Hanno aderito all'indagine 1059 pazienti, l'87,7% di coloro a cui è stato somministrato il questionario. Il 53,5% dei rispondenti era di genere femminile, il 95,9% di nazionalità italiana e il 37,1% degli intervistati aveva almeno la qualifica di scuola media superiore. Se si considera la posizione lavorativa il 27,6% del campione aveva un'occupazione, il 49,8% era pensionato. Dai risultati emergono come aree di elevata soddisfazione (considerata come molto adeguata/adeguata da più del 96% dei rispondenti): la gentilezza e la chiarezza sulle informazioni ricevute da parte del personale infermieristico; il rispetto e l'attenzione ai bisogni da parte degli operatori socio-sanitari; gli aspetti organizzativi relativi all'accesso da parte di parenti e familiari; il rispetto della privacy nello scambio di informazioni riservate; le informazioni ricevute al momento della dimissione sulle cure, i controlli da eseguire; la disponibilità di spazio nelle camere di degenza.

Sono considerate aree di potenziale miglioramento e oggetto di minore soddisfazione (considerata come molto adeguata/adeguata da una percentuale compresa tra il 76 e il 90% dei rispondenti) le informazioni ricevute al momento del ricovero e la chiarezza delle informazioni ricevute sui rischi legati alle cure; la pulizia dei locali e dei servizi igienici e i servizi alberghieri relativi alla ristorazione.

Conclusioni L'indagine sulla percezione da parte del paziente rispetto all'esperienza di ricovero ha evidenziato una elevata soddisfazione rispetto alle cure ricevute, mettendo in luce allo stesso tempo, aree su cui la direzione aziendale e gli stessi dipartimenti possono agire in un'ottica di miglioramento continuo.

Titolo

Intensità di cura: fotografia a cinque anni dalla sua applicazione presso l'Ospedale di Pinerolo

Autori

Galis V.¹; Minniti D.²; Reborà M.³; Bisanti F.⁴; Alesina, M.⁵; Audisio L.⁶; Boraso F.⁷

1 Dirigente Medico, Direzione Medica Ospedale "Agnelli" di Pinerolo, ASL TO3, Pinerolo (TO); 2 Direttore SC Pianificazione Strategica e Monitoraggio Attività Sanitarie, ASL TO3, Collegno (TO); 3 Direttore Sanitario ASL TO3, Collegno (TO); 4 Direttore SC Radiologia Chivasso, ASL TO4, Ospedale di Chivasso (TO) in convenzione con Distretto Sud ASL TO3, 5 Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino, 6 Dirigente S.S. Direzione delle Professioni Sanitarie ASL TO3, Collegno (TO), 7 Direttore Generale ASL TO3, Collegno (TO)

Parole chiave

Intensità di cura, chirurgia

Introduzione

Con il Piano Sanitario 2012-2015 la Regione ha previsto il riordino dell'organizzazione dell'attività ospedaliera con il passaggio da ricovero basato sulla disciplina specialistica prevalente all'intensità di cura.

Nel territorio dell'ASL TO3 il riordino per intensità di cura è stato applicato nell'area chirurgica del PO di Pinerolo a partire da settembre 2013, prevedendo una suddivisione tra ricoveri a bassa intensità (Day Surgery e Week Surgery multispecialistici) e ricoveri ad alta intensità (Long Surgery ed urgenza multispecialistica) ed ha coinvolto le 6 specialità chirurgiche di competenza (ORL, Oculistica, Urologia, Chirurgia generale, Ortopedia e Ginecologia).

Già ad inizio percorso erano stati monitorati specifici indicatori che avevano dimostrato un incremento del 18% nel numero di interventi chirurgici nei primi quattro mesi di attività (settembre – dicembre 2013) rispetto allo stesso periodo nell'anno precedente e, sempre nello stesso periodo, un passaggio dal 55% al 70% di pazienti over 65 con frattura di femore operati nelle 48 ore (Pezzano 2014 ANMDO).

Obiettivo del presente lavoro è monitorare, a distanza di cinque anni, l'andamento di specifici indicatori e confrontarli con l'Ospedale di Rivoli, di dimensioni simili e appartenente alla stessa ASL, ove l'area chirurgica al momento mantiene la suddivisione per specialità.

Materiali e Metodi

Sono stati rilevati e confrontati i dati relativi al primo semestre 2018 dei due Presidi Ospedalieri relativi ai seguenti indicatori: Degenza media per specialità e per tipologia di intervento; Tasso di occupazione PL, Intervallo di turn over PL, Indice di rotazione PL e Tasso di riospedalizzazione ai 30 gg per area chirurgica (tutte le specialità) e per le due discipline con il maggior numero di ricoveri (Chirurgia e Ortopedia).

Risultati

I dati relativi al primo semestre 2018 mostrano come l'intensità di cura porti ad una maggior flessibilità ed ottimizzazione globale dell'utilizzo delle risorse, non apprezzabile invece scorrendo il dato per singola disciplina.

Tra le criticità riscontrate si evidenzia la difficoltà nell'attribuzione del centro di costo, la condivisione di risorse che porta ad una minor specializzazione in ambito assistenziale e la non sempre ottimale accettazione da parte del personale sanitario coinvolto.

Ulteriori analisi, da contestualizzare nel differente territorio e bacino d'utenza, sono in atto al fine di stabilire l'organizzazione ottimale dell'attività chirurgica.

Tabella 1 Degenza Media

DEGENZA MEDIA					
	Pinerolo	Rivoli		Pinerolo	Rivoli
Chirurgia	7,8	7,2	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare	5,1	3,6
Ortopedia	11,3	11,0	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	13,4	13,0

Tabella 2 Indicatori di performance e di esito

	TASSO DI OCCUPAZIONE PL		INTERVALLO DI TURN OVER		INDICE DI ROTAZIONE		TASSO DI RIOSPEDALIZZAZIONE AI 30 GIORNI con stessa MDC	
	Pinerolo	Rivoli	Pinerolo	Rivoli	Pinerolo	Rivoli	Pinerolo	Rivoli
Chirurgia	72,7	96,4	4,1	0,4	12,3	16,9	1,63	1,66
Ortopedia	92,2	78,2	1,0	3,6	14,3	11,0	2,04	2,06
Area chir.	89,3	77,9	1,4	3,0	14,5	13,6	1,21	1,53

Titolo

Recupero delle eccedenze alimentari della mensa dell'Ospedale di Pinerolo a fini di solidarietà

Autori

Zanella D.¹, Galis V.²; Minniti D.³; Chiapusso B.⁴; Alesina, M.⁵; Audisio L.⁶; Boraso F.⁷

1 Direttore SC Direzione Medica Ospedale "Agnelli" di Pinerolo, ASL TO3, Pinerolo (TO); 2 Dirigente Medico Direzione Medica Ospedale "Agnelli" di Pinerolo, ASL TO3, Pinerolo (TO); 3 Direttore SC Pianificazione Strategica e Monitoraggio Attività Sanitarie, ASL TO3, Collegno (TO); 4 Referente Area Sud Direzione delle Professioni Sanitarie ASL TO3, Pinerolo (TO); 5 Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino, 6 Dirigente S.S. Direzione delle Professioni Sanitarie ASL TO3, Collegno (TO), 7 Direttore Generale ASL TO3, Collegno (TO)

Parole chiave

Recupero eccedenze alimentari

Introduzione

L'ASL TO3, nell'ottica di continua collaborazione con le Istituzioni e le Associazioni presenti sul territorio e in linea con la definizione dell'OMS di salute, si è resa parte attiva di un'attività non puramente "sanitaria" intesa come erogazione di cure e prevenzione delle malattie. Dal 2017 è quindi stato attivato il progetto di recupero e redistribuzione delle eccedenze alimentari dalla mensa dell'Ospedale di Pinerolo ai fini di solidarietà

Il progetto, che prevede il recupero e la redistribuzione di frutta, pane, cibi da conservare a temperatura ambiente, cibi freddi confezionati, cibi freddi sfusi e cibi caldi sfusi, è parte integrante di un progetto globale che vede coinvolte anche due case di riposo ed alcune associazioni del territorio e capofila il Consorzio Coesa.

Le fasi del processo, dalla raccolta alla somministrazione per il consumo immediato, avvengono in accordo con quanto concordato nella procedura operativa facente parte del protocollo d'intesa stipulato tra le parti, al fine di garantire la sicurezza igienico nutrizionale lungo tutte le fasi del servizio.

Materiali e Metodi

La fase propedeutica alla stipula del protocollo d'intesa, necessaria per l'avvio del progetto, ha portato a numerosi incontri tra i partner, in modo da concordare lo specifico ruolo di ogni attore coinvolto (ASL TO3: effettuazione di formazione degli operatori coinvolti e vigilanza del rispetto delle norme igienico sanitarie; Comune di Pinerolo – Ufficio politiche sociali: coordinamento gruppo di lavoro; contatti con la ditta fornitrice dei pasti, individuazione soggetti/famiglie bisognose; monitoraggio promozione e diffusione dei risultati del progetto; Ditta Dussamn s.r.l.: formazione propri operatori; gestione delle eccedenze dei pasti; fornitura gratuita in comodato d'uso dei sacchetti di carta/plastica, gastronorm e contenitori isotermeici per alimenti, monitoraggio procedura operativa; verifica integrità ed idoneità prodotti fino alla consegna; AVASS: presa in carico e corretta gestione dei pasti; verifica condizioni igieniche del veicolo utilizzato per il trasporto; individuazione soggetti/famiglie bisognose; monitoraggio, promozione diffusione dei risultati del progetto.

Risultati

La popolazione interessata dal progetto (35.000 residenti a Pinerolo, 134.770 nell'intero distretto costituito da più di venti comuni) è interessata da un livello di precarietà economica che ha visto pervenire, nei primi sei mesi del 2018, 739 domande di reddito di inclusione.

I pasti raccolti sono somministrati quotidianamente nel comune di Pinerolo, presso le seguenti sedi: pranzo presso il Centro diurno, dal lunedì al venerdì (24/25 pasti al giorno); cena presso il Centro di Accoglienza Notturna (15 pasti al giorno) dal lunedì alla domenica.

In totale quindi, nel 2017, sono stati distribuiti 6500 pranzi e 5475 cene, per un totale di circa 12.000 pasti; il dato è rimasto invariato nel primo semestre 2018 (circa 6000 pasti distribuiti).

Oltre ad affrontare direttamente il problema legato all'alimentazione, il progetto ha portato ad una maggior coesione e cooperazione tra le diverse associazioni che operano sul territorio, ad una maggior conoscenza dei bisogni sociali dei soggetti coinvolti nel progetto, portando all'ampliamento del progetto, includendo anche processi educativi, che prenderà il via nel 2019.

STUDIO COMPARATIVO DI PERFORMANCE TRA TERMOMETRO INFRAROSSI FRONTALE NO-TOUCH, TIMPANICO E A GALINSTAN

Gentile Leandro^{1*}, Bernini Mirco²

¹ Medico Chirurgo, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia

² Infermiere Epidemiologo, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia

*Presentatore

PAROLE CHIAVE: hta; termometro infrarossi frontale; febbre.

INTRODUZIONE

Le moderne innovazioni tecnologiche hanno portato sul mercato nuovi dispositivi di misurazione della temperatura corporea molto differenti tra loro e nuove metodologie di misurazione, spingendo le aziende sanitarie a effettuare la scelta di quale utilizzare. Tali dispositivi possono assumere un importante rilievo in sanità pubblica in quanto la mancata rilevazione del segno febbre (inteso come una temperatura corporea, $TC > 37,5^{\circ}\text{C}$) potrebbe ritardare il percorso diagnostico terapeutico del paziente o una errata rilevazione potrebbe portare a eseguire indagini non necessarie (emoculture, urinocolture, esami radiologici...etc).

Questo studio, approvato dal comitato Etico di Pavia, si pone come parte di un processo di HTA (Health Technology Assessment) e quindi come ausilio nella valutazione delle performance di un termometro ad infrarossi frontale/palpebrale no-contact (VisioFocus Pro, Tecnimed) comparato con un termometro ad infrarossi timpanico (Genius 2, Covidien) e un termometro in vetro a galistan con misurazione ascellare (Pic Solution VEDO Ecoplus, Geratherm Medical AG) nei pazienti ricoverati presso una U.O. di Medicina.

MATERIALI E METODI

Ogni partecipante ha sottoscritto un consenso informato dopo adeguata informazione sugli obiettivi e modalità della presente ricerca. Sono stati esclusi tutti i pazienti con stato di incoscienza, incapacità a tollerare la misurazione, presenza di dispositivi medici o menomazioni fisiche in grado di ostacolare la corretta rilevazione della temperatura corporea nelle sedi stabilite. La misurazione effettuata con il termometro ascellare sarà considerata di riferimento rispetto a quella ottenuta con il metodo frontale, palpebrale e timpanico.

RISULTATI

Sono stati reclutati 178 pazienti afferenti alla unità operativa di Medicina (età media 76,9 anni) e sono state effettuate 280 misurazioni, in quattro zone del corpo (ascellare, auricolare, frontale e palpebrale) con i tre dispositivi a disposizione, ognuna verrà rilevata bilateralmente per ascella, condotto uditivo e palpebra, due volte per la fronte riportando la media delle due rilevazioni. Delle 280 misurazioni, 133 sono state effettuate su pazienti di sesso maschile e 147 di sesso femminile. La media delle misurazioni effettuate è stata $36,33 \pm 0,66^{\circ}\text{C}$ con il termometro ascellare; $35,93 \pm 0,63^{\circ}\text{C}$ con la modalità palpebrale ($-0,40^{\circ}\text{C}$ rispetto all'ascellare); $36,00 \pm 0,64^{\circ}\text{C}$ con quella frontale ($-0,32^{\circ}\text{C}$ rispetto all'ascellare); $36,72 \pm 0,66^{\circ}\text{C}$ con la timpanica ($+0,40^{\circ}\text{C}$ rispetto all'ascellare).

Le temperature misurate nei quattro distretti corporei mostrano performance variabili in relazione al segno febbre. Infatti, la misurazione palpebrale risulta avere una bassa sensibilità (29%), ma alta specificità (100%); similmente alla misurazione frontale (sensibilità 43%, specificità 100%) al contrario la misurazione timpanica ha alta sensibilità e specificità (93% e 92%) ma un basso valore predittivo positivo (45%).

CONCLUSIONI

Tenuto conto delle numerose variabili e dei possibili bias, dovuti tra l'altro al setting particolare di un reparto di medicina con alta frequenza di soggetti anziani e conseguenti peculiarità della cute e sottocute, nessuno dei dispositivi considerati si è distinto in maniera assoluta. Tuttavia, la misurazione frontale appare lievemente più accurata rispetto alle altre, nonostante uno scostamento rispetto all'ascellare di $0,32^{\circ}\text{C}$, non così dissimile dagli scostamenti della temperatura palpebrale e timpanica ($-0,40$ e $+0,40^{\circ}\text{C}$).

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E USO DI ANTIBIOTICI: DATI PRELIMINARI DEL POLICLINICO CASILINO.

C. Giliberti¹, F. Paradiso², A. Giannotta³, L. Scappaticci¹.

¹ Medico di Direzione Sanitaria Policlinico Casilino, Roma; ² Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva Università degli studi di Roma "Tor Vergata"; ³ Direttore Sanitario Policlinico Casilino, Roma.

Parole chiave: infezioni correlate all'assistenza, antibiotic stewardship.

INTRODUZIONE

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. La prevalenza europea di ricoverati affetti da ICA varia dal 6,8% al 9,3%. L'utilizzo inappropriato di antibiotici è associato all'aumento di fenomeni di antibiotico-resistenza batterica, che si stima sia causa di 25mila decessi l'anno in Europa.

Il Policlinico Casilino ha aderito allo Studio di Prevalenza Europeo sulle ICA e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti dell' European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), con l'obiettivo di stimare le dimensioni del fenomeno ed individuare obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale.

MATERIALI E METODI

Lo studio, effettuato nel febbraio 2018, ha coinvolto tutte le UU.OO. dell'Ospedale ad eccezione dell'area di emergenza-urgenza. Sono stati inclusi tutti i pazienti presenti alle 8.00 nella U.O. oggetto di indagine. Sono state utilizzate le schede di rilevazione indicate dal Protocollo di studio, somministrate da personale infermieristico precedentemente formato.

RISULTATI

Sono state raccolte 227 schede (29 in area intensiva, 61 in area chirurgica, 92 in area medica, 45 in neonatologia). Sono state rilevate 16 (7%) ICA (9 in area medica, 3 in neonatologia, 2 in area chirurgica e 2 in area intensiva), di cui 9 (3,9 % dei ricoverati) contratte presso il nostro Ospedale, 1 presso altra Struttura e 6 ad "origine sconosciuta/altra origine". Le infezioni più frequenti sono state quelle respiratorie (31,3 %) seguite da quelle gastrointestinali (25%), ematiche (18,8%), cutanee (12,5%), urinarie (6,2%); in un caso non era riportata la sede (6,2%). I microorganismi maggiormente isolati sono stati l'A. Baumannii (18,8%) e lo S. Aureus (18,8%) seguiti da C. Difficile (12,5%), S. Epidermidis (12,5%), E. Coli (12,5%), S. Typhi (6,2%) e E. Faecalis (6,2%); in due casi non è stato isolato il patogeno coinvolto (12,5%). Il 62,5% dei pazienti affetti da ICA risultava portatore di almeno 1 device (CVC, catetere urinario, intubazione). 115 pazienti erano in terapia antibiotica al momento della rilevazione (50.6%): 57 (49.5%) per profilassi medica, 38 (33%) per profilassi chirurgica, 5 (4.4%) per ICA, 2 (1.7 %) per infezioni comunitarie, 13 (11.3%) per ragioni non note. Cefalosporine di III e IV generazione (35,6%) e Fluorochinoloni (17,3%) rappresentavano le classi più utilizzate.

Le percentuali di ICA rilevate sono in linea con il dato nazionale di prevalenza. Pur con i limiti intrinseci a tale tipologia di studi, i risultati saranno utilizzati per programmare interventi di miglioramento della qualità assistenziale quali il monitoraggio sistematico dell'effettiva applicazione dei Protocolli interni di prevenzione e gestione delle ICA. Inoltre, la valutazione dei dati sull'utilizzo degli antibiotici, unitamente all'analisi dei flussi della Farmacia Ospedaliera, potrà consentire il consolidamento del percorso di *antibiotic stewardship* aziendale avviato negli ultimi anni.

Logiche *Lean* nella gestione del paziente oncologico: sperimentazione in un Policlinico Universitario

Giubbini G.¹; Angioletti C.²; Traglia S.³; Ghirardini G.²; Barbara A.¹; Specchia M.L.⁴; Boccia S.⁵; Bria E.⁶; Valentini V.⁷; Ricciardi W.⁵; Cambieri A.⁸; de Belvis A.G.⁹.

¹ Medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva, Università Cattolica del Sacro Cuore

² Economista sanitario, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS

³ Medico Chirurgo, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS

⁴ Ricercatore, Università Cattolica del Sacro Cuore

⁵ Professore Ordinario di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore

⁶ Oncologo Medico, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS

⁷ Direttore Dipartimento Diagnostica per Immagini, Radioterapia Oncologica ed Ematologia, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS

⁸ Direttore Sanitario, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS

⁹ Direttore UOC Percorsi e Valutazione Outcome Clinici, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS

Parole chiave: metodologia *Lean*, *patient centered care*, oncologia

Introduzione: Lo studio nasce dalla necessità di mappare il percorso del paziente nel setting di Day Care oncologico (Day Hospital e ambulatori) di un Policlinico Universitario IRCCS, al fine di intervenire su eventuali “colli di bottiglia”. I *Key Performance Indicators* (KPIs) utilizzati per valutare la situazione *quo ante* si sono incentrati su: tempi di attesa; tempi di svolgimento delle singole attività; risorse impiegate.

Materiali e Metodi: La rilevazione risale al periodo 17-30 gennaio 2018, nel quale è stata inclusa la totalità delle prestazioni erogate, suddivise in varie tipologie: prima visita; erogazione terapia; visita + adeguamento piano terapeutico; visita + terapia e.v.; visita + terapia per os; follow-up; altro (posizionamento PICC, ecc.). Gli accessi ammontano a 1351, di cui 422 per sola terapia. Per la raccolta dati sono stati somministrati questionari a pazienti e personale medico, detti rispettivamente *Patient Journey* (PJ) e *Medical Journey* (MJ). Nelle fasi di analisi ed elaborazione dati sono stati applicati i principi *Lean* ai seguenti fini: mappatura visuale del processo e definizione della catena del valore per il paziente; identificazione di elementi di variabilità artificiale, sprechi e attività non a valore aggiunto; definizione di azioni di miglioramento e ridisegno del processo coinvolgendo professionisti e pazienti.

Risultati: Per le visite, tra orari pianificati e di effettiva erogazione si ha un gap medio di 50 minuti ($p < 0,001$) con ritardi molto maggiori al mattino, allorquando erano effettuate il 70% di tali prestazioni. Inoltre, nel periodo sono state perse 76 terapie per slittamenti dovuti a ritardi accumulati nonché al quadro clinico del paziente, le quali - unite alle 66 annullate - hanno determinato un 25% di farmaci non somministrati. Il gruppo di audit costituitosi ha definito una serie di azioni di miglioramento: separazione dei flussi di visita tra mattina e pomeriggio (dedicando quest'ultimo a follow-up e fuori lista); regole - cliniche e organizzative - di prioritizzazione nella messa in lista e di assegnazione degli orari di visita; valorizzazione delle fasi di attesa di pazienti e *caregiver*, anche impiegando volontari e supporti multimediali; caratterizzazione dei singoli ambulatori per problema di salute, con continuità assistenziale da parte dello stesso medico; previsione giornaliera di liste di *overbooking*.

Differenze regionali nei tassi di prestazioni chirurgiche definite a rischio inappropriato dal Decreto “Aggiornamento LEA”

Autori

GOLINELLI D., FRANCHINO G., GOLFERA M., PIERONI G.

Dott. Davide Golinelli, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università degli Studi di Bologna

Dott. Giuseppe Franchino, Direzione Aziendale, Azienda USL di Ferrara

Dott. Marco Golferà, Dipartimento di Medicina molecolare e dello sviluppo, Università degli Studi di Siena

Dott. Gianni Pieroni, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Istituto delle Scienze Neurologiche, Bologna

Presenting author: Davide Golinelli.

Parole chiave: Appropriato dei ricoveri; Day Surgery; DCPM 12/01/2017

Introduzione. L'art. 41 del DCPM del 12/01/2017 (Decreto LEA) individua i criteri di appropriatezza per l'utilizzo del Day-Surgery (DS) e definisce appropriati quei ricoveri in DS per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguite in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente. Il DPCM prevede quindi che l'erogazione di alcune prestazioni avvenga preferenzialmente in regime ambulatoriale. Obiettivo del nostro lavoro è stato quello di fotografare lo scenario italiano attuale, identificando i Ricoveri Ordinari (RO) e in DS che, secondo il recente riferimento normativo, potrebbero essere erogati in regime ambulatoriale.

Metodi. Nell'ambito dei gruppi di lavoro del Rapporto Osservasalute 2017 (Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore), abbiamo interrogato il flusso SDO Ministero della Salute anno 2017, rilevando tutte le dimissioni a livello nazionale e regionale da RO e DS delle prestazioni indicate nel DPCM rapportandole al totale dei dimessi con DRG chirurgici dalle diverse strutture erogatrici. L'elenco di queste prestazioni è definito nell'allegato 6B del citato DCPM. L'indicatore così costruito è stato analizzato per i dimessi sia da istituti pubblici (Grafico 1) che da privati accreditati (Grafico 2), e rappresentare una misura *proxy* dell'appropriatezza relativa alla gestione di tali procedure.

Risultati. Nel 2016, nel nostro Paese, su un totale di 3.739.003 ricoveri chirurgici, sono stati effettuati 309.634 ricoveri potenzialmente erogabili in regime ambulatoriale (8,3%). Di questi ricoveri, 171.744 sono stati effettuati in regime di DS (55,5%) e 137.890 in regime di RO (44,5%). Il tasso di dimissione a livello nazionale per prestazioni “a rischio di inappropriato” erogate dagli istituti pubblici è del 69,3 per 1.000 dimessi con DRG chirurgico, di cui il 40,3 per 1.000 in regime di DS e il 29,0 per 1.000 in regime di RO. Inoltre, il 41,9%, una quota molto elevata dei ricoveri potenzialmente inappropriati risulta ancora erogato in RO. Il dato nazionale del tasso di dimissioni per gli istituti privati accreditati è molto superiore rispetto agli istituti pubblici, pari a 111,9 per 1.000, di cui il 58,1 per 1.000 in DS e il 53,8 per 1.000 in RO. I dati evidenziano una notevole variabilità regionale per entrambe le tipologie di struttura, ma più marcata per le strutture private accreditate dove, nel 2016, oltre il 48% dei ricoveri chirurgici a rischio di inappropriato viene ancora erogato in regime di RO.

Conclusioni. L'analisi effettuata evidenzia un tasso di ricovero ancora elevato per le prestazioni prese in esame, di cui una buona parte svolto in regime di RO. Le regioni dovranno quindi, nel breve e medio termine, impegnarsi per favorire il trasferimento di almeno una parte di tali attività dal regime di RO e di DS a quello ambulatoriale.

Grafico 1 – Tasso (valori per 1000) di dimissioni da istituti pubblici per prestazioni a rischio inappropriata erogate in regime di DS e di RO per Regione – anno 2016. Fonte dati: Ministero della Salute. Flusso SDO, anno 2017.

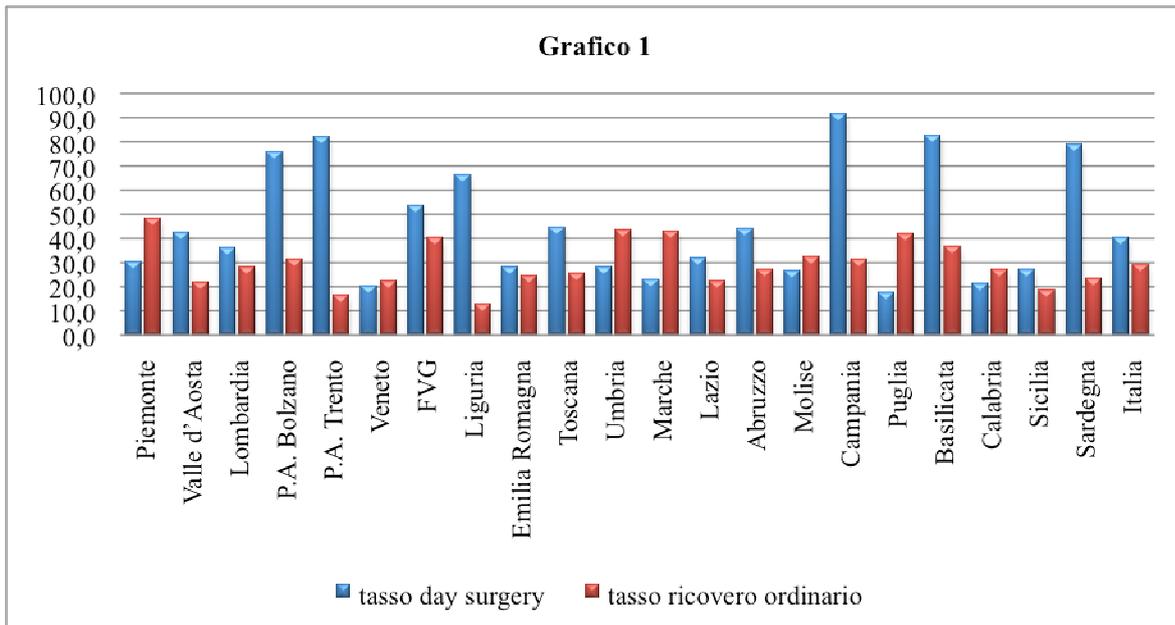
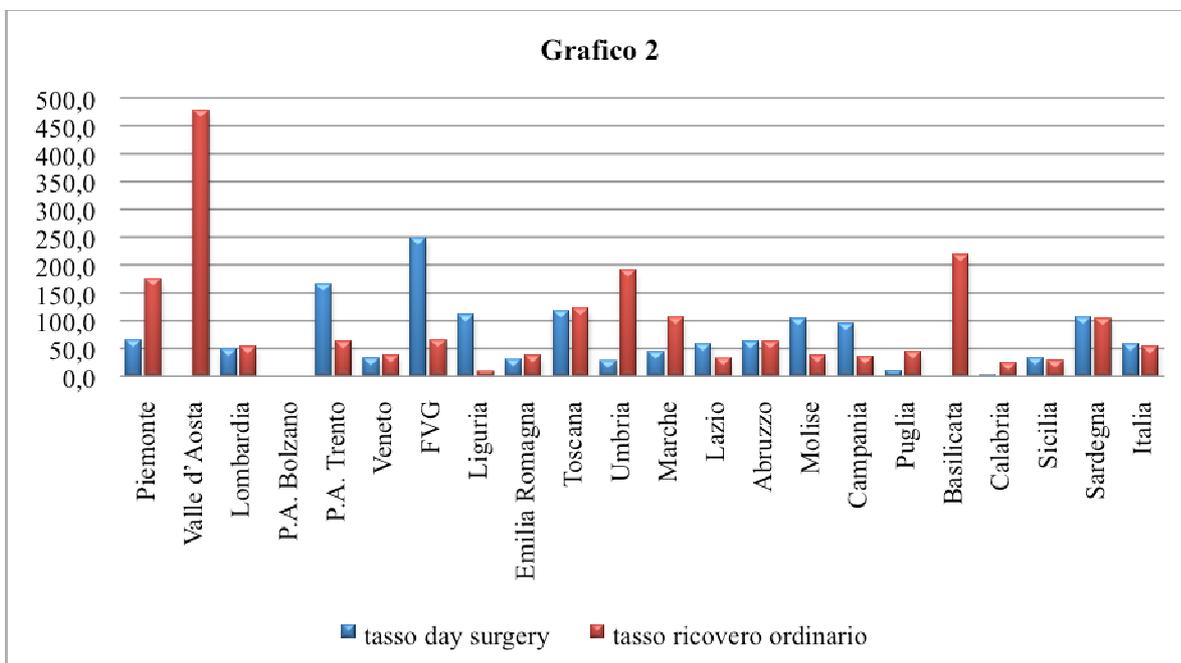


Grafico 2 – Tasso (valori per 1000) di dimissioni da istituti privati accreditati per prestazioni a rischio inappropriata erogate in regime di DS e di RO per Regione – anno 2016. Fonte dati: Ministero della Salute. Flusso SDO, anno 2017.



LA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO NEGLI OPERATORI SANITARI: UN APPROCCIO IRRITUALE

Autori: Govoni G. (primo autore e relatore)*, Ricchi E.**, Cinocca S.***, Lodi V.****.

* Medico Igienista di Direzione Sanitaria _ AOU-BO S.Orsola – Malpighi _ Bologna

** Medico Igienista di Direzione Sanitaria _ AOU-BO S.Orsola – Malpighi _ Bologna

*** Medico in formazione specialistica di Igiene e Medicina Preventiva _ UNIBO _ Bologna

**** Medico del Lavoro U.O.C. Medicina del Lavoro _ AOU-BO S.Orsola – Malpighi _ Bologna

Parole chiave: protezione dei lavoratori dal rischio infettivo in ospedale, DLgs. vo 81/2008, vaccini.

Introduzione.

Nell'ambito della applicazione del DLgs. vo 81/2008 e stante le evidenze epidemiologiche, per le quali il rischio infettivo più frequente, in ambito ospedaliero, è connesso alla "circolazione" di agenti infettivi a trasmissione interumana per via aerea (MRPV _ morbillo, rosolia, parotite, varicella) e secondariamente per via parenterale (HBV), infezioni per la quali disponiamo di vaccini sicuri ed efficaci, il razionale del progetto è quello di aggiornare il tradizionale approccio protezionistico nei confronti del rischio biologico dei lavoratori in ambito ospedaliero, oggi basato essenzialmente sul corretto uso dei DPI in situazioni "a rischio", sulle misure più opportune da adottare per evitare il contatto con materiale biologico potenzialmente infetto, nonché la gestione post-contatto (profilassi post – esposizione) e l'adozione delle misure di profilassi universali (lavaggio delle mani), integrandolo con la profilassi vaccinale nei confronti di queste infezioni da riservare tutte le categorie di lavoratori presenti a qualsiasi titolo in ospedale.

Materiali e metodi.

- il contesto : Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola – Malpighi con 1368 posti letto; con 5160 dipendenti tra Ospedalieri e Universitari, di cui 2896 unità del comparto e 964 unità di dirigenza sanitaria, 1119 unità del ruolo tecnico, 365 del ruolo amministrativo e 16 del ruolo professionale (dati al al 31 dicembre 2017); a cui si aggiungono gli studenti di Medicina dal terzo anno in poi, i medici in formazione specialistica, gli studenti di infermieristica, i laureati frequentatori, ecc. . Secondo quanto previsto dal già citato DLgs. vo 81/2008 il concetto di lavoratore trascende i limiti dei dipendenti dell'Azienda, sanitari o meno che siano, venendo ad includere tutte le categorie di professionisti che frequentano l'ospedale per lavoro (es. atipici, interinali, ditte di appalto) o per tirocinio e formazione (studenti in medicina, specializzandi, frequentatori volontari, volontari, ecc.): sono state così individuate 31 diverse popolazioni di "lavoratori".

- Il progetto : ai fini dell'obbligo protezionistico seguendo questo concetto di "inclusione" il regolamento aziendale prevede che tutti i "lavoratori" devono essere "idonei a lavorare in ospedale" in quanto presentino un titolo anticorpale specifico nei confronti di Morbillo, Rosolia, Varicella o abbiano portato a termine un ciclo vaccinale completo nei confronti di tali infezioni, e una immunità pregressa o ciclo vaccinale completo per HBV (escluse alcune categorie tecnico-amministrative il cui rischio non sarebbe superiore alla popolazione generale). In questa fase si sta valutando inoltre il rischio specifico per Parotite. Il regolamento si articola su tre diverse modalità operative.

1) Progressiva verifica di tutto il personale medico e sanitario dipendente e convenzionato; si è iniziato il controllo dalle aree a maggior rischio (Malattie Infettive, Area Materno Infantile, terapie Intensive, Oncologia, Ematologia, Pronto Soccorso). Ad oggi sono state verificate circa già 500 unità, rispetto alle quali si sono rilevati solo 4 casi di professionisti risultati non idonei, a testimonianza del fatto che, nella nostra realtà, le condizioni che soddisfano i nostri criteri di idoneità sono ampiamente diffusi e devono essere solo correttamente documentati, ed eventualmente integrati.

2) Per i nuovi assunti, i frequentatori, gli studenti delle scuole sanitarie e non, gli specializzandi, ecc. i requisiti di "idoneità" devono essere posseduti prima dell'ingresso in ospedale, assunzione quale prerequisito vincolante. All'Azienda, per tramite delle proprie strutture della Medicina del Lavoro e della Igiene Ospedaliera, resta la verifica documentale di tale idoneità, la consulenza per qualsiasi quesito specifico e, in definitiva, il rilascio della "idoneità all'ingresso".

3) Per i lavoratori delle Ditte in appalto, i volontari di Associazioni e, in definitiva, tutti i casi in cui il datore di lavoro sia una figura diversa dalla Direttore Generale, l'obbligo protezionistico attiene alla responsabilità del datore di lavoro diretto, che lo può esercitare tramite un proprio medico competente, e che è impegnato (come espressamente indicato nei DUVRI) ad impiegare personale con documentata immunità verso Morbillo, Rosolia, Parotite, Varicella, HBV, nonché "indenne da infezione TBC in atto".

Risultati attesi.

Aderire agli obblighi di legge sulla protezione dei lavoratori dal rischio biologico ed infettivo, facendo ricorso anche agli strumenti della profilassi attiva (vaccinazione), aumentando così, attivamente e preventivamente, l'immunocompetenza individuale e di gruppo (cd "di gregge") e riducendo, fino a minimizzare, il "ricircolo" degli agenti infettivi all'interno della popolazione ospedaliera, inclusi ovviamente i pazienti ricoverati (essendo la sicurezza delle cure un risultato per nulla residuale dell'attività protezionistica in atto).

RUOLO E FUNZIONI DEL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO. L'ESPERIENZA DELLA DMO DI UN IRCCS GERIATRICO

Luzi R.¹, Ferrara L.¹, Rocchetti C.², Battistoni F.², Ilari C.² David S.³

¹ *Dirigente medico, Direzione Medica di Presidio, INRCA An*

² *Assistente sociale INRCA*

³ *Direttore Medico Presidio, INRCA An,*

Parole chiave: Dimissione protetta, continuità assistenziale

Introduzione. A quasi 60 anni dalla nascita dei primi Uffici di Servizio Sociale Ospedaliero, si conferma il ruolo fondamentale del Servizio Sociale nel riproporre la centralità del paziente, soprattutto quello con difficoltà e problematiche non esclusivamente “sanitarie” e la necessità di integrare le risorse disponibili. Un ruolo essenziale che si espleta nella definizione di progetti e percorsi di intervento e di sostegno sociale, facendo ricorso e supportando le residue risorse personali, familiari e di ambito comunitario, integrandole nella rete di risorse pubbliche e private, a garanzia di interventi integrati ed appropriati. L'azione del SSO si espleta nell'ottica della continuità delle cure, soprattutto a garanzia delle dimissioni protette concordate con altri Enti quali Comuni, ASL o realtà del Terzo Settore.

Materiali e metodi. L'esperienza del Servizio Sociale Ospedaliero INRCA (SSO) organizzato all'interno della DMP delle due sedi ospedaliere marchigiane di Ancona e Fermo, evidenzia un'attività fondamentale di supporto, non solo al paziente, bensì a tutta la struttura, mettendo in moto percorsi integrati all'interno della rete dell'offerta sanitaria, socio-sanitaria e sociale dei due territori, con il fine ultimo di garantire la continuità assistenziale al momento della dimissione. Tale ruolo è evidenziato dall'attività svolta dal Servizio. Nell'anno 2017 il numero complessivo dei casi pervenuti all'attenzione dei SSO di Ancona e Fermo è risultato pari a n. 668, valore più elevato di quanto rilevato nell'anno 2016 quando furono 627. L'età media è risultata pari a 86 anni, con una prevalenza di donne 60,4 %, rispetto agli uomini (39,5 %). Di tutti i pazienti che hanno avuto bisogno dell'intervento del SSO, la maggioranza ha avuto necessità dell'attivazione del percorso di dimissione protetta, n. 429 pazienti, pari al 64% degli interventi totali. A conferma della complessità e gravità della casistica che accede al SSO, la mortalità durante il periodo di ricovero e di assistenza garantito dal SSO è risultata pari al 22%. La maggior parte degli interventi ha riguardato la dimissione verso le strutture del sistema residenziale n. 343 pazienti, pari al 51% dell'utenza. Le strutture più richieste sono state le Cure Intermedie 179 (27%), le Residenze Protette n. 72 (11%), quindi le RSA con 54 invii (8%). Gli invii verso altre strutture (Hospice, Residenze Riabilitative, ecc.) hanno riguardato complessivamente n. 24 pazienti (4 %). Altri interventi, di tipologia diversa dalla DP hanno riguardato 239 pazienti (36%) , in particolare sono stati indirizzati a:

- informazioni e orientamento sul sistema residenziale;
- orientamento per la prescrizioni di ausili/presidi;
- informazioni e orientamento su modalità di presentazione della domanda per il riconoscimento della Invalidità Civile e della Legge 104/1992;
- informazioni su modalità di presentazione della richiesta per l'attivazione delle tutele legali;
- realizzazione di contatti con i servizi e/o strutture socio-sanitarie del territorio e con le associazioni di volontariato per attivazione supporto assistenziale.

Risultati. Oltre a svolgere un servizio che aumenta la “qualità” dell'assistenza offerta dalla Struttura Ospedaliera, il SSO svolge una funzione fondamentale di informazione e orientamento sull'utilizzo delle risorse sociali e socio-sanitarie extraospedaliere, sui relativi requisiti di fruibilità e le procedure di accesso.

La crisi del SSL e le risorse umane: analisi descrittiva dei medici operanti in Lombardia nel 2018.

A. Magni, Medico in formazione specialistica affiliato all'Università degli Studi di Pavia

G. Cacace, Medico Dirigente, Direzione Sanitaria Casa di Cura La Madonnina

L. Carpinelli, Medico Dirigente, Direzione Sanitaria IRCCS Policlinico San Donato

Introduzione

Sebbene il Servizio Sanitario Lombardo (SSL) sia conosciuto a livello nazionale e internazionale come uno dei migliori, negli ultimi anni si è assistito al manifestarsi di fenomeni quali la riduzione dei ricoveri ospedalieri, l'incremento dei tempi di attesa, l'aumento del rischio di eventi sfavorevoli e di contenziosi legali.

La situazione descritta, nonostante le recenti riforme occorse, potrebbe essere conseguente all'aver trascurato il ruolo fondamentale delle risorse umane e della loro valorizzazione. Il presente studio si propone, attraverso una descrizione e un'analisi quantitativa delle distribuzioni di frequenza dei medici, di sensibilizzare sull'importanza della programmazione del personale sanitario con particolare riguardo a quello a più elevata qualifica.

Materiali e Metodi

È stata progettata e implementata una base di dati contenente l'elenco dei medici operanti nelle strutture del SSL nel 2018. Le informazioni sono state reperite dal sistema informativo regionale ed è stato effettuato un controllo di qualità con le anagrafiche pubblicate dall'Ordine dei Medici e dal Ministero dello Sviluppo Economico. Ciascun medico inserito all'interno della base di dati è identificato univocamente da un codice alfanumerico a sedici cifre (codice fiscale) dal quale è possibile ricavare data e comune di nascita.

Risultati

Dall'analisi dei dati si osserva che i medici operanti nelle strutture del Sistema Sanitario Lombardo nel 2018 sono almeno quarantaseimilaseicentonovantasei (46696). Essendo il numero di abitanti residenti pari a 10'036'258, ci sono 4,6 medici ogni 1000 abitanti; la prevalenza dei medici in Lombardia è fra le più elevate dei paesi OECD.

Il campo di variazione delle loro età è compreso fra i 24 e i 93 anni. La distribuzione per età ha un picco in corrispondenza dei nati nel 1956; l'età media è 50 anni, la mediana è 51 anni.

I medici con un'età lavorativa compresa fra i 25 e i 70 anni sono complessivamente 45134. Si nota una scarsa rappresentatività lavorativa all'interno del SSL dei medici nati nella seconda metà degli anni '80. Nell'ultima decade si è assistito ad una variazione annua media decrementale dei medici significativa (-12%).

Fra i 46696 medici 24421 sono uomini e 22275 donne; nelle coorti nate dopo il 1966 il genere femminile è maggiormente rappresentato a confronto con il maschile. È prevedibile che con i pensionamenti degli anni futuri ci sarà un progressivo aumento della componente femminile.

Il 62% dei medici proviene geograficamente dalla Lombardia; il rimanente 38% da altre regioni Italiane o dall'Estero. Nell'ultimo decennio la variazione annua media decrementale dei medici lombardi è stata del -10%.

Conclusioni

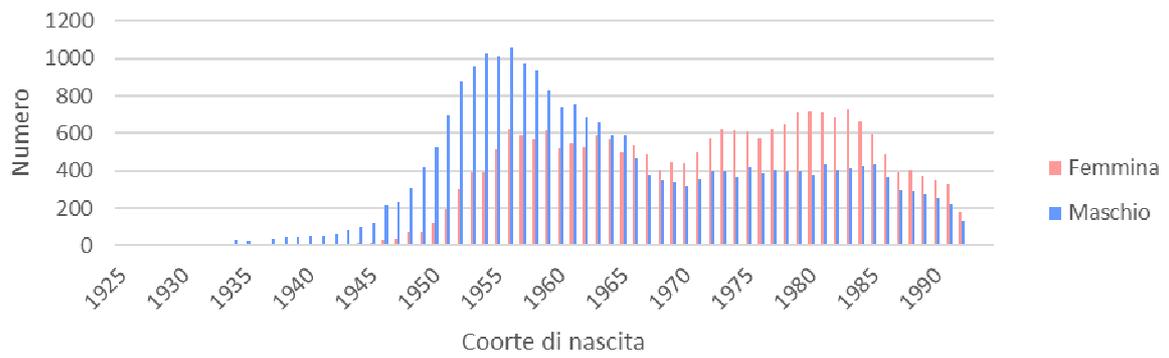
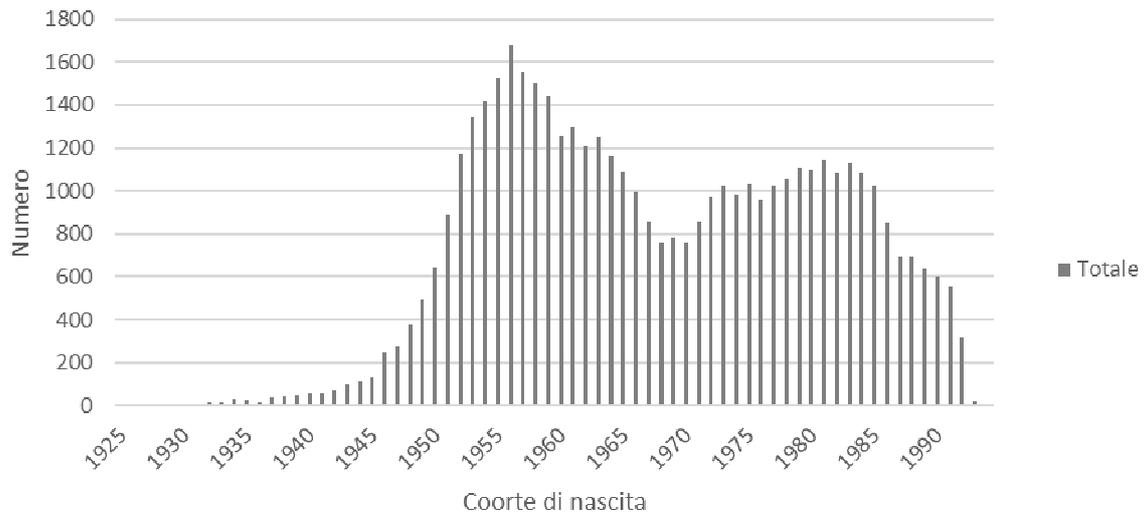
La crisi odierna del Sistema Sanitario Lombardo è contestuale a notevoli fluttuazioni nel tempo della distribuzione della consistenza numerica dei medici e origina quantomeno dalla carenza di meccanismi di moderazione-stabilità delle variazioni sia incrementali che, soprattutto, decrementali dei parametri quantitativi e qualitativi attraverso i quali è possibile descrivere il personale medico.

È auspicabile che, alla luce delle criticità sopra evidenziate, i dirigenti del Sistema Sanitario si adoperino nel promuovere stabili, costanti e bilanciati cronoprogrammi di assunzioni delle risorse umane.

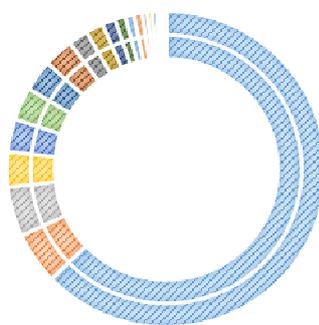
Parole chiave: “#Crisi del SSL”, “#Risorse Umane in Sanità”, “#Medici in Lombardia nel 2018”

Keywords: “#SSL crisis”, “#Health workforce”, “#Medical Doctors in Lombardy in 2018”

Medici operanti nel Sistema Sanitario Lombardo (SSL)



Provenienza geografica



- Lombardia
- Sicilia
- Piemonte
- Calabria
- Veneto
- Liguria
- Abruzzo
- Marche
- Basilicata
- Umbria
- Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste
- #Stato Estero
- Puglia
- Campania
- Emilia-Romagna
- Lazio
- Toscana
- Sardegna
- Trentino-Alto Adige/Südtirol
- Friuli-Venezia Giulia
- Molise

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.

*Autore che, se accettato, presenterà il lavoro.

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 studenti 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±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±0.86). Tali risultati evidenziano come sia urgente riflettere sulla formazione in merito a temi di organizzazione e management sanitario.

Tabella 1: Punteggi medi per ciascuna area e per ciascun tema.

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

DS: deviazione standard; IQR: range interquartile; *: p-value < 0,05.

Attivazione in Pronto Soccorso di un percorso dedicato ai pazienti anziani fragili

E. Marcante¹, A. Rigo², L. Leone³, P. Donegà³, N. Annunziata⁴, D. Spolaore⁴, C. Bertoncello¹, D. Montemurro²

1 Istituto di Igiene, Università degli Studi di Padova; 2 DMO, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta; 3 UOC Medicina, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta; 4 UOC PS, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta.

Introduzione

Il DEA di I livello degli Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta mediamente accoglie circa 53.000 pazienti/anno, di cui il 30% è rappresentato da ultra 75enni in condizioni di fragilità e con un numero di comorbilità ≥ 3 . Il Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU) del Veneto ha richiesto in via sperimentale, sulla base di precise indicazioni, di tracciare un percorso di gestione agevolata di pazienti che si presentano in PS con problematiche di esclusiva pertinenza geriatrica e/o internistica, in assenza di alterazioni delle funzioni vitali in atto e traumi. Tale percorso si propone di ridurre i ricoveri ed i rientri in ospedale a 4 e a 30 giorni dalla dimissione, anche tramite la collaborazione con il Nucleo di Continuità delle Cure (NCC).

Materiali e Metodi

Partendo dalle indicazioni del CREU, un gruppo di lavoro composto da medici specialisti geriatri, internisti e del PS, ha creato, adattato e ampliato un percorso clinico/assistenziale per utenti fragili con età ≥ 75 anni, definendo: modalità di presa in carico dell'infermiere di triage; modalità e tempi di presa in carico del medico di PS, dello specialista geriatra e del NCC; modalità di gestione del paziente alla dimissione tramite accesso ad ambulatori specialistici entro 72 ore e presa in cura dei medici del territorio.

Sono stati creati alcuni campi nel programma gestionale informatizzato che definiscono il percorso del pz ed un setting adeguato:

- **Probabile anziano fragile (PAFRA)**: permette la segnalazione da parte dell'infermiere di triage del paziente candidabile a questo percorso;
- **Flow chart** delle patologie oggetto di valutazione (scompenso cardiaco lieve, anemia cronica, stato di agitazione in decadimento cognitivo noto, scompenso glicemico, disidratazione) con gli accertamenti che il medico di PS dovrà eseguire;
- **Anziano fragile (AFRA)**: rappresenta la conclusione del percorso del paziente in PS;
- **Osservazione Breve Estensiva**: uno spazio funzionale nell'OBI per l'osservazione e la gestione di pazienti dimissibili entro 48h.

Risultati

Il 30/05/2018 è stato attivato il progetto in via sperimentale. Il percorso, nel periodo di osservazione giugno-ottobre 2018, è riuscito ad intercettare il 49% dei pz con le patologie in oggetto che hanno eseguito un accesso in PS negli stessi mesi del 2017. Su 5373 accessi di ultra 75enni, 196 pz sono stati reclutati (rispetto dei criteri di inclusione nell'85% dei casi; soglia indicatore: $>95\%$) e 91 pz non sono stati arruolati. Il percorso ha determinato una riduzione dei ricoveri del 34% rispetto agli stessi mesi dell'anno precedente, dovuta sia ad un maggiore utilizzo dell'OBE (40% vs 27%) sia all'incremento del 28% del tempo medio di permanenza in OBE (sotto le 48h). La migliore appropriatezza di utilizzo di questo setting è evidenziata dalla riduzione del 50% dei rientri in PS a 30 gg e dai rientri a 4 gg pari al 5% (soglia indicatore: $<20\%$). Al NCC sono stati segnalati 222 pazienti di cui 42 non rispettavano i criteri di inclusione nel percorso, a testimonianza di una maggiore sensibilizzazione alle segnalazioni.

Nonostante la priorità assegnata ai pz arruolati rispetto agli altri utenti con uguale codice colore, l'obiettivo riduzione dei tempi d'attesa non è stato raggiunto, in quanto i traumi, esclusi dal percorso, rappresentano una delle patologie di maggiore rilevanza nella casistica del PS. Per questo motivo si evidenzia la necessità di includere nel percorso anche i traumi minori nell'anziano.

PROGETTO ORGANIZZATIVO PER LA CURA DEL PAZIENTE CRONICO COMPLESSO AL “VECCHIO OSPEDALE DI LEGNANO”

AUTORI: E.Massimo (Dir. UOC integrazione ospedale territorio- ASST Ovest Mi) G. Iannello (DSS-Asst Ovest Mi), F.Auxilia (Prof. Ordinario di Igiene-Dipartimento scienze Biomediche Università degli Studi di Milano)

PAROLE CHIAVE: progetti organizzativi, presa in carico cronicità, paziente polipatologico.

INTRODUZIONE

A seguito delle DGR di avvio della presa in carico dei pz cronici, si è previsto un percorso ambulatoriale privilegiato, per realizzare una presa in carico proattiva, per i pz polipatologici e fragili, già frequent user o che hanno scelto l'ASST Ovest Mi come gestore, nel vecchio ospedale di Legnano, solo parzialmente utilizzato, dopo l'attivazione del nuovo ospedale. Si è anche sviluppato un progetto per l'attivazione di una degenza a bassa intensità per la fase a ponte tra ospedale e domicilio, per completare la riqualificazione dell'area.

METODI

Si sono analizzati i dati delle attività ambulatoriali 1/1/2017–30/4/2018 specie le visite di controllo e i relativi slot ambulatoriali disponibili; il flusso Mosa 2018 relativo alle manifestazioni di interesse dei pz. cronici che ci hanno scelto come gestore; sono stati intervistati gli specialisti delle principali cronicità dei frequent user, per individuare la quota dei polipatologici visitati, potenziali fruitori di un percorso privilegiato territoriale. Si sono analizzati i ricoveri 2017 delle U.O più coinvolte e le dimissioni protette dell'ospedale di Legnano. Si è effettuato un benchmarking con aziende con esperienze residenziali.

RISULTATI

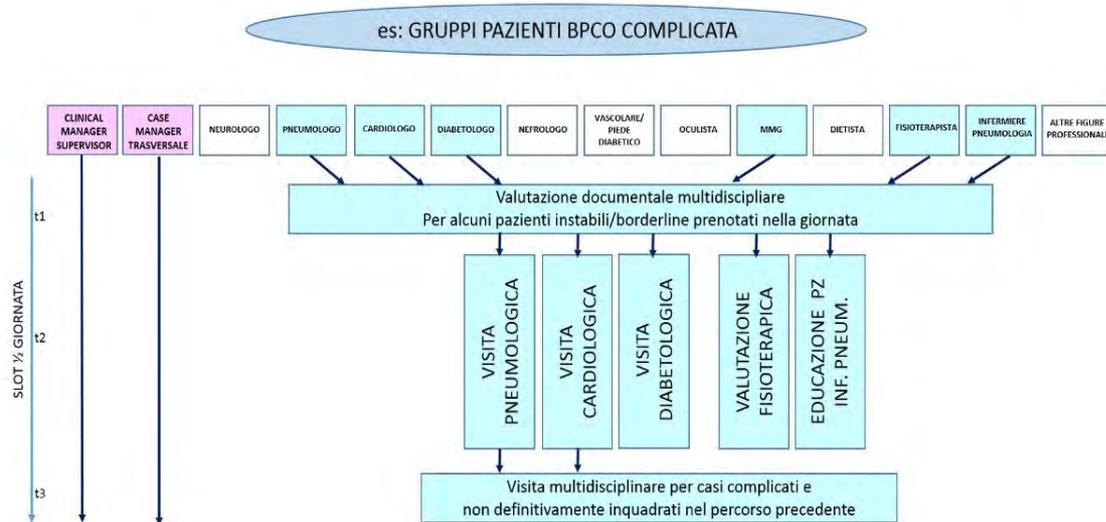
L'analisi dei dati ha sostenuto, per i pz del bacino legnanese, la strutturazione di un modello organizzativo ambulatoriale programmato, proattivo e integrato, con la presenza di figure chiave per un coordinamento che agevola il pz. e i familiari, in spazi e orari dedicati (fig. 1-2). La prenotazione avverrebbe in uno stesso giorno per pz con simile profilo polipatologico con valutazioni multidisciplinari di specialisti e altri professionisti sia per la stesura PAI sia per follow-up di pz complessi evitando ripetuti passaggi tra vari operatori sanitari. Il 13% di dimissioni con trasferimento, con ↑ D.M fino a + di 10 gg vs le dimissioni ordinarie, fa propendere per l'attivazione di P.L a bassa intensità di cure infermieristiche per la gestione postacuzie, assolvendo al fabbisogno di cure intermedie almeno 226 su 546 dimissioni protette. Alla difficoltà iniziale per l'implementazione si contrapporrebbero: soddisfazione del pz/caregiver (sede storica in centro città, efficacia della multidisciplinarietà sulla cura e sull'empowerment pz/famil.); vantaggi per gli operatori(recupero della visione olistica e dell'integrazione tra sanitari); per l'ASST(riqualificazione dell'area, riduzione degli sprechi(10% no show ai controlli) con ricadute sulle performance.

Figura 1: Figure chiave del modello organizzativo ambulatoriale per pz. cronici polipatologici al vecchio ospedale



Figura 2: Modello organizzativo ambulatoriale per pz. polipatologici al vecchio ospedale: percorso dei pz nella giornata di visita

MODELLO ORGANIZZATIVO AMBULATORIALE AL PRESST



Primi 18 mesi di screening metabolico neonatale esteso nella Regione Puglia

Melpignano L.; Tummolo A.°; Daleno A.*; Papadia F.°; Carlucci M.*.*

** Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari - Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII*

° UOC Malattie Metaboliche e Genetiche, Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, Bari, Centro screening neonatale della Regione Puglia

PAROLE CHIAVE: screening neonatale esteso, malattie metaboliche ereditarie, Regione Puglia.

INTRODUZIONE:

Lo screening neonatale esteso (SNE) ai disordini congeniti del metabolismo è lo screening cui sono sottoposti i neonati per errori del metabolismo di amminoacidi, acidi organici, acidi grassi e disturbi del ciclo dell'urea che negli ultimi anni è stato implementato in molte Regioni Italiane.

I bambini affetti sono sempre normali alla nascita, ma i sintomi possono svilupparsi dopo un periodo di latenza che va da pochi giorni, a molti anni.

La malattia è estremamente rara, molto spesso fatale o fortemente invalidante, e la mancanza o il ritardo di diagnosi e trattamento può portare a disabilità evolutiva, ritardo mentale e morte prematura.

Tutte le malattie screenabili sono suscettibili di terapia dietetica o di altre strategie di trattamento salvavita quali terapia sostitutiva enzimatica (ERT), supplementazione vitaminica, trapianto di organi.

La Regione Puglia ed il Policlinico di Bari hanno iniziato questo percorso di screening nel 2017 su 38 malattie rare. Riportiamo i risultati dei primi 18 mesi dello SNE in Puglia.

MATERIALI E METODI:

Gli spot ematici eseguiti su cartoncino vengono eseguiti entro 24 ore dalla nascita da tutti i Centri Nascita della Regione Puglia ed inviati presso il Laboratorio Malattie Metaboliche. I positivi vengono richiamati dal personale medico della U.O. di Malattie Metaboliche per esecuzione del test di conferma e counselling.

Gli Spot ematici di 56748 neonati ottenuti da tutti i centri nascita pugliesi tra marzo 2017 e settembre 2018 sono stati registrati e trasportati entro 48ore al laboratorio presso il Policlinico di Bari-Ospedale "Giovanni XXIII" sottoposti a screening mediante l'uso di spettrometria in tandem massa (MS/MS).

I risultati dello screening sono stati confermati dall'individuazione di alterazioni del profilo di acidi organici, amminoacidi, spot acilcarnitico e dell'analisi del DNA.

RISULTATI:

Le percentuali di maschi e femmine tra i neonati sono state rispettivamente del 47% e del 53%.

I valori di cut-off sono stati stabiliti utilizzando il metodo percentile. I risultati dello screening hanno mostrato positività in 50 neonati dei 156 con sospetto IEM. Tutti i pazienti sono stati diagnosticati in ultima analisi come affetti da IEM, mediante conferma biochimica e/o genetica. Tra questi 50 neonati, 24 (48%) avevano disturbi del metabolismo degli amminoacidi, 9 (18%) disturbi del metabolismo degli acidi organici, 8 (16%) presentavano deficit parziale di biotinidasi, 5 neonati (10%) erano affetti da disturbi dell'ossidazione degli acidi grassi, 3 da galattosemia (6%), 1 paziente da difetto del ciclo dell'urea (2%).

CONCLUSIONI:

Cinquanta neonati affetti da disordini ereditari del metabolismo sono stati individuati mediante lo screening neonatale esteso. La diagnosi precoce ha permesso trattamento immediato e sopravvivenza in 49/50 neonati.

I vantaggi di questo metodo consistono nella velocità di esecuzione (1-2 minuti per ciascuna analisi), la capacità di esaminare numerosi analiti in un singolo punto di sangue, la capacità di riconoscere di diagnosi precoce di numerose malattie rare garantendo maggiore sopravvivenza, minori/assenza disabilità, ed un rapporto favorevole di costo-efficacia nel trattamento precoce di tali malattie..

IL CUP REGIONALE FVG: PERCORSI DI MIGLIORAMENTO CENTRATI SULL'ESPERIENZA DEI CITTADINI

Menegazzi G.¹; Dorotea F.²; D'Angelo C.²; Serafin L.²; Degano S.³.

¹ Dirigente Medico; SC Valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA), EGAS

² Collaboratore; URP, CUP Regionale, supporto ai programmi regionali di screening, EGAS

³ Dirigente Sociologo; responsabile URP, CUP Regionale, supporto ai programmi regionali di screening, EGAS

Autore presentante: Giulio Menegazzi

PAROLE CHIAVE: CUP; accessibilità; specialistica ambulatoriale.

INTRODUZIONE. L'accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento molto rilevante per le Organizzazioni Sanitarie; il suo funzionamento corretto determina benefici a cascata su diverse linee di attività e, non ultimo, è percepito direttamente dall'utenza. Dal 2016 l'EGAS, in qualità di responsabile di gestione del sistema "CUP regionale" della Regione Friuli – Venezia Giulia, ha operato in collaborazione con le Aziende Sanitarie per migliorare l'accessibilità alla specialistica ambulatoriale, monitorando l'efficacia degli interventi attraverso la raccolta periodica di indicatori distribuiti alle Aziende. L'obiettivo dello studio è presentare i principali risultati dall'indagine retrospettiva degli ultimi due anni e evidenziare opportunità e possibili vie di miglioramento future del sistema.

MATERIALI E METODI. Istituito un gruppo regionale con le Aziende con incontri periodici trimestrali, si sono introdotti diversi cambiamenti: condivise regole di base per la costruzione e la gestione delle agende con discussione sistematica delle criticità e strategie, parametrizzate le agende affinché il cittadino abbia la stessa risposta in tutta la regione indipendentemente dalla modalità di prenotazione. È stato creato un manuale informativo unico a disposizione di tutti i prenotatori (CUP aziendali, call-center, farmacie), attuato un percorso formativo anche centralizzato per le farmacie territoriali. Rispetto al contratto del call-center regionale sono stati rivisti i meccanismi di premio e sanzione a carico della ditta con obiettivi di esito più in linea con l'esperienza dell'utenza: si è passati da un sistema che prevedeva un premio in caso di rispetto dei parametri di performance ad un altro che prevede sanzioni progressivamente crescenti in caso di scostamento una o più volte rispetto agli standard previsti. Oltre al già esistente sistema di invio di un SMS di "reminder", per ridurre il tasso di drop-out è stato attivato anche un sistema di richiamata rivolto ai numeri fissi la settimana precedente l'appuntamento con possibilità di conferma/annullo. Sono state introdotte: la possibilità di annullare un appuntamento in modo automatico sulle 24 ore tramite telefono, la tecnologia che consente la prenotazione telefonica anche alle persone sorde. La coesistenza della funzione URP sotto la gestione EGAS ha consentito inoltre la presa in carico di casi di prenotazioni complesse creando percorsi di facilitazione per l'utenza in collaborazione con le Aziende ed attivando sistemi di informazione e trasmissione della documentazione altrimenti non possibili al call-center telefonico.

RISULTATI. Nel primo semestre 2018 i tempi medi di attesa per la risposta di un operatore sono stati in media di 36,8 secondi (-66.7% rispetto allo stesso periodo di controllo nel 2015; $p < 0.001$) e a differenza del passato non sono giunti reclami rispetto alla raggiungibilità del call-center. Sono stati inviati 283.777 reminder SMS e 15.927 chiamate dal call-center (indicatori di esito sul drop-out ancora in corso). Rispetto al semestre di confronto, non sono percepibili differenze significative di accessi alle prime visite ambulatoriali sulla base del canale di accesso: sportello CUP e call-center coprono nel 2018 rispettivamente il 30,3% e 33,6%, seguiti dalle farmacie (11.4%). Ulteriori studi sono in fase di progettazione per valutare i determinanti di accesso ai diversi canali, nonché la scarsa attrattività che ancora riveste il portale web (<1%).

“Non fermiamo l’informazione: un patto tra professionisti della comunicazione e della salute” in Oncologia

R.Micheletti¹, R. Papa², VM Scandali¹, L.Polenta², L.Incicchitti², F.Luzi², MS Ferreiro Cottoruelo², R. Berardi³, G.Serafini², M.Caporossi⁴

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva- Università Politecnica delle Marche; 2 Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria “Ospedali Riuniti di Ancona”; 3 Clinica Oncologica, Azienda Ospedaliera Universitaria “Ospedali Riuniti di Ancona”; 4 Direzione Generale, Azienda Ospedaliera Universitaria “Ospedali Riuniti di Ancona”

Parole chiave: comunicazione, buone pratiche, innovazione

INTRODUZIONE In un’epoca dominata dal web, la ricerca di risposte su internet dà accesso ad una straordinaria quantità di informazioni, purtroppo non tutte accurate e precise. Risulta pertanto indispensabile l’aiuto dei media affinché l’informazione sia sinonimo di garanzia. L’obiettivo è stilare un documento che fornisca delle raccomandazioni condivise da divulgare tra i professionisti sanitari e della comunicazione.

MATERIALI E METODI È stato costituito un tavolo tecnico regionale, composto da un panel di esperti provenienti dai mondi della comunicazione e della salute ai fini di realizzare una “consensus conference”. Mediante l’applicazione di una variante del metodo Delphi (metodo RAND UCLA modificato), i componenti del gruppo hanno valutato affermazioni sia provenienti dalla letteratura scientifica sia prodotte dagli esperti stessi (Good Practice Point, GPP), riguardo le seguenti tematiche: 1. Ricerca e comunicazione, 2. Esiti delle cure e comunicazione, 3. Tecnologia e comunicazione, 4. Assistenza e comunicazione, 5. Farmaci e comunicazione, ed infine raccomandazioni comuni alle tematiche individuate. In ultimo, a corredo di ogni specifico argomento trattato, il gruppo ha ritenuto opportuno presentare alcuni case study di successo.

RISULTATI Dagli articoli selezionati sono state estratte 72 raccomandazioni (40 relative alle tematiche specifiche individuate e 32 trasversali). In seguito a valutazione, è risultato che 57 raccomandazioni hanno ottenuto un punteggio maggiore di 7, 13 compreso tra 4 e 6,9 e 2 inferiore a 4.

Dal lavoro è emersa l’importanza di una collaborazione tra media e salute, al fine di arginare e ridurre i danni procurati da una comunicazione non chiara. Tale documento rappresenta una modalità di stabilire una rinnovata alleanza strategica tra sanitari ed operatori dell’informazione e della comunicazione al fine di produrre indicazioni utili e riproducibili per il bene comune.

Tabella Raccomandazioni, relative a tematiche specifiche, che hanno ottenuto punteggio maggiore

Raccomandazione	Valutazione
RICERCA E COMUNICAZIONE	
Valutare la rilevanza clinica e l’uso di risultati dello studio	8,3
Valutare l’accuratezza del protocollo di ricerca	8,2
ESITI DELLE CURE E COMUNICAZIONE	
Le informazioni sulla salute riportate dai media non possono sostituire in alcun modo la figura del medico: è importante che tale concetto venga colto dal pubblico	8,5
Riportare sempre il contesto nei rapporti sulla salute, in quanto è cruciale.	8,2
TECNOLOGIA E COMUNICAZIONE	
Una maggiore conoscenza da parte del pubblico porta ad atteggiamenti più positivi nei confronti della scienza e della tecnologia	8,6
La comunità scientifica dovrebbe limitare la complessità della terminologia tecnica e il ricorso al gergo medico, rendendo così più agevole la comprensione del significato della ricerca	7,9
ASSISTENZA E COMUNICAZIONE	
Pochissimi articoli sul cancro parlano anche della mortalità e delle tematiche del fine vita, come anche di cure palliative e di assistenza domiciliare, e pertanto sarebbe auspicabile affrontare maggiormente anche questi aspetti della malattia	8,5
Non limitare gli articoli a “fatti sensazionalistici”, seguire l’evoluzione della vicenda nel tempo	8,2
FARMACI E COMUNICAZIONE	
Essere cauti quando si affronta come tematica le indicazioni off-label dei farmaci	8,2
Fornire informazioni complesse sui farmaci (non solo indicazioni, ma anche la frequenza e la gravità degli effetti avversi); considerare un farmaco innovativo solo se definisce una nuova classe ATC	7,8

Costituzione di un Team Accessi Vascolari (TAV) tra UUOO: appropriatezza e costi

D. Montemurro¹, A. Rigo¹, E. Deganello², F. Baratto², ME. Buggio³, C. Bertoncello⁴, E. Marcante⁴

1 DMO, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta; 2 UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta; 3 SPS, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta; 4 Istituto di Igiene, Università degli Studi di Padova.

Introduzione

La terapia infusione ha una rilevante importanza sia per il paziente acuto e sia per quello con previsione di degenza protratta. La mancanza di un accesso vascolare adeguato comporta gravi conseguenze per il paziente quali: ritardo di inizio del piano terapeutico o nutrizionale, allungamento delle giornate di degenza, aumento del disagio e dello stress, esposizione impropria del pz a rischi correlati alle potenziali complicanze. Esistono oggi una varietà di dispositivi vascolari capaci di rispondere alle diverse esigenze terapeutiche/assistenziali del pz: i cateteri periferici (Midline, Minimidline, agocannule), i CVC ad inserzione cervicotoracica (CICC) e ad inserzione periferica (PICC) ed i cateteri a lungo termine (PORT, Cateteri Cuffiati Tunnellizzati). Questa varietà di presidi, ciascuno con specifiche indicazioni e tecniche di impianto, richiede sempre più alta professionalità da parte del personale e una “regia” condivisa e, se possibile, unica. La precedente organizzazione degli accessi vascolari era garantita da personale afferente a diverse Unità Operative e non era distinta dalle altre attività cliniche-assistenziali: ciò comportava spesso poca appropriatezza nella scelta del presidio, tempi troppo lunghi per l’impianto e difficoltà nel valutare nel tempo le complicanze. Da gennaio 2018 è partito un progetto aziendale finalizzato alla creazione di un gruppo multidisciplinare dedicato (TAV) in grado di rispondere con la massima appropriatezza e tempestività alle crescenti domande ospedaliere e territoriali e di monitorare complicanze e costi legati al posizionamento dei cateteri vascolari.

Materiali e metodi

La realizzazione del progetto ha previsto la costituzione di un Gruppo di Lavoro multidisciplinare medico-infermieristico finalizzato alla condivisione delle linee guida internazionali e alla redazione di una Procedura Operativa Aziendale sulle modalità e criteri di intervento del TAV; la definizione dei componenti del Team, delle specifiche responsabilità, la standardizzazione dell’addestramento degli impiantatori e delle procedure di impianto; la centralizzazione dell’impianto dei cateteri centrali in una sala dedicata e l’implementazione dell’impianto bedside dei cateteri periferici; l’identificazione di un unico Centro di Costo all’interno della UOC Anestesia e Rianimazione; l’informatizzazione del sistema di prenotazione, della richiesta di consulenza, della gestione e del monitoraggio delle complicanze; la formazione del personale infermieristico di ospedale e territorio per la corretta gestione dei cateteri; la definizione di un set di indicatori di monitoraggio (% di utilizzo del format di richiesta, % appropriatezza della scelta del PICC).

Risultati

Il confronto tra i primi sei mesi del 2017 e del 2018 ha evidenziato: la riduzione dell’inappropriatezza nel posizionamento di CVC (da 27% a <5%); l’aumento degli impianti di PICC, Midline, Minimidline e agocannule (da 113 a 200); l’aumento di impianti effettuati da infermieri dal 52% al 72% e l’utilizzo dell’apposito format di richiesta e refertazione è >90%.

Lo sforzo organizzativo sostenuto dalla Direzione Medica con la collaborazione di personale di diverse UUOO, sia dell’Ospedale che del Territorio, sembra aver già dato buoni risultati sul piano clinico e formativo. Il risparmio di “tempo medico” va nella direzione della razionalizzazione delle risorse; siamo tuttavia ancora in attesa dei dati completi sui risparmi derivanti dalla nuova organizzazione.

**Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
CASE MANAGEMENT DEL PAZIENTE ONCOLOGICO**

**(Monti P. – Direttore Sanitario Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori; Torresani M. – Ingegnere Gestionale P.O. Gestione Operativa– Direzione Sanitaria;
De Martino P. – Direttore s.c. Gestione Amministrativa Servizi Sanitari e Convenzioni; De Simone Sorrentino A. – Collaboratore Amministrativo Professionale - s.c. Gestione Amministrativa Servizi Sanitari e Convenzioni;
Di Florio O. – Infermiera Case Manager – Centro Servizi; Togni S. - Infermiera P.O. Sviluppo Organizzativo e Professionale - s.c. SITRA; Tricomi M. – Ingegnere Collaboratore Area Tecnica – s.c. ICT)**

Parole chiave: accompagnamento, multidisciplinarietà, pianificazione

Introduzione: Regione Lombardia con le DDGRR X/6551 e X/7655/2017 ha avviato un percorso per rispondere ai problemi di salute, appropriatezza e continuità delle cure dei pazienti cronici; tra questi sono annoverati i pazienti che costituiscono la mission dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, cioè i malati con neoplasia in fase acuta, in follow up ed i trapiantati attivi e non attivi.

L'evoluzione della patologia oncologica verso la cronicizzazione e l'introduzione di nuovi farmaci orali, rendono difficile garantire un follow up tempestivo, appropriato, standardizzato e strutturato ed avere certezza dell'adesione alle cure da parte del paziente.

Materiali e metodi: La normativa regionale prevede che ogni azienda ospedaliera si possa accreditare come soggetto gestore, deputato cioè a siglare con il paziente un patto di cura; la struttura sanitaria si impegna ad effettuare un'analisi integrata dei bisogni globali del paziente, predisporre il piano di cura individuale, fissare gli appuntamenti previsti, erogare presso di sé o presso soggetti erogatori in convenzione le prestazioni, monitorare l'aderenza alla terapie e l'avvenuta effettuazione degli accertamenti previsti e lo stato di salute del paziente. Il paziente si impegna ad aderire alle cure, e viene accompagnato ad acquisire una "ability to cope" della sua patologia cronica.

INT ha pertanto attivato un centro servizi, con la presenza di un infermiere case manager, due medici (un cardiologo e uno pneumologo) che completassero le valutazioni dei pazienti multiproblematici rispetto alla valutazione più specificatamente specialistica degli oncologi, ed una centrale operativa (in parte interna ed in parte esterna) volta al contatto organizzativo con il paziente, al monitoraggio dell'aderenza all'accesso degli esami, alla verifica dell'occupazione delle agende.

Risultati: in 5 mesi sono stati valutati 228 pazienti che avevano manifestato intenzione di essere presi in carico da INT, siglati 180 patti di cura e firmati 175 PAI. I pazienti hanno mostrato in elevata percentuale una grande soddisfazione, anche per l'accurato primo contatto con il case manager e il medico del centro servizi che ha valutato globalmente lo stato di salute dei pazienti. Gli aspetti positivi sono la presa in carico multidisciplinare, già modello dei cancer center, che tuttavia qui trova integrazione col medico che si occupa delle comorbidità (disease management team): l'analisi dei decessi dei pazienti oncologici infatti dopo 5 anni evidenzia una correlazione alle patologie associate o agli effetti delle cure oncologiche più che alla patologia oncologica stessa. Il modello inoltre "costringe" a monitorare l'andamento delle cure e l'adesione al programma terapeutico (il 30% dei pazienti in trattamento oncologico orale dimentica talvolta di assumere i farmaci); incrementa la disponibilità di dati e pertanto consente di elaborare indicatori di salute; riduce l'ansia dei pazienti e dei familiari per la gestione delle prenotazioni; obbliga a garantire la continuità tra diversi livelli di assistenza.

Gli aspetti critici del nuovo percorso sono costituiti dal sistema informatico che non è ancora al passo con le necessità di questo nuovo modello, l'elevato impegno medico e infermieristico necessario ad una vera e completa presa in carico, e la ancora troppo scarsa flessibilità dei modelli organizzativi delle organizzazioni sanitarie (difficoltà nella integrazione ospedale territorio)

Implementazione di un ambulatorio per gli accessi vascolari: opportunità per innovare.

Muca A. ⁽¹⁾, Radeschi G. ⁽²⁾, Garrino C. ⁽³⁾, Turinetto L. ⁽⁴⁾, Russo R. ⁽⁵⁾

⁽¹⁾Medico di Direzione Sanitaria, ⁽²⁾Anestesista Rianimatore, ⁽³⁾Medico internista, ⁽⁴⁾CPSE, Referente CIO, ⁽⁵⁾Direttore Sanitario - Presidio Ospedale Cottolengo - Torino

Parole chiave

Accessi vascolari, Tip location

Introduzione

I pazienti ricoverati in ospedale sono sempre più complessi e fragili, con molte comorbidità spesso con esaurimento del patrimonio venoso superficiale. La mancanza di un accesso venoso adeguato comporta aumento del tempo infermieristico per reperirlo, ritardi di terapia, disagio e stress per il paziente. La scelta del dispositivo venoso più appropriato si basa soprattutto su tipologia di farmaci o soluzioni endovenose da infondere, durata prevista della terapia e ambito di impiego (intraospedaliero, lungodegenza o domiciliare). Inoltre, le linee guida più recenti (1,2) raccomandano l'utilizzo del metodo ECG intracavitario, unitamente all'ecoguida, per il controllo intraprocedurale del posizionamento della punta del catetere venoso centrale; ciò evita l'esposizione del paziente e degli operatori a radiazioni ionizzanti e riduce i costi (3).

In quest'ottica l'ospedale Cottolengo con l'approvazione della direzione sanitaria nel 2017 ha avviato il progetto di un ambulatorio dedicato per gli accessi vascolari coordinato da un team medico infermieristico specializzato con l'obiettivo di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.

Materiali e metodi

È stato costituito un gruppo di lavoro con la partecipazione di medici esperti, dell'Uopri Cio e direzione sanitaria.

Il progetto è stato sviluppato per fasi, alcuni simultanee altre successive. Gli interventi intrapresi hanno compreso:

- adeguamento strutturale, tecnologico e igienico-sanitario di un ambulatorio dedicato
- definizione di un percorso organizzativo ed amministrativo
- aggiornamento e integrazione di protocolli, procedure, istruzioni operative finalizzate a prevenzione delle infezioni catetere correlate, manutenzione di dispositivi e gestione delle principali complicanze.
- completamento della formazione di due infermieri e certificazione delle loro competenze in impianti di cateteri venosi centrali a inserzione periferica (PICC) e midline. Il percorso formativo è stato monitorato con feedback firmati da tutor e operatore.
- analisi delle conoscenze e delle competenze mediante questionario somministrato al personale sanitario.
- realizzazione di un corso di base, quale momento formativo obbligatorio, destinato al personale infermieristico.
- acquisizione di un sistema di controllo della punta mediante ECG intracavitario validato localmente anche per pazienti in fibrillazione atriale (4). In quaranta procedure (Port e PICC) la punta del catetere in giunzione atrio-cavale è stata verificata con un doppio controllo: intraprocedurale mediante ECG intracavitario e post-procedurale con Rx Torace. La verifica è stata documentata dalla stampa del tracciato ECG e dal referto radiologico del controllo postprocedura.

Risultati.

Si è registrata una progressiva riduzione di cateteri centrali ad inserzione centrale (CICC) con parallelo incremento dei dispositivi a inserzione periferica (PICC e minimidline). Nei primi nove mesi del 2018, oltre a presidi totalmente impiantabili, sono stati posizionati 277 cateteri (4.7% CICC, 46.9% PICC, 48.4% minimidline). Nello stesso periodo del 2017 ne erano stati posizionati 95 (83% CICC, 16% PICC, 1% minimidline).

Il questionario, al quale ha risposto il 74% del personale raggiunto (60% medici, 80% infermieri) ha permesso di individuare punti di forza e criticità, come il mismatch tra conoscenze teoriche e comportamenti abituali nella pratica quotidiana, nonché bisogni formativi.

Il posizionamento con ECG intracavitario ha confermato in tutti i casi esaminati accuratezza ed affidabilità; la validazione locale ha permesso di evitare l'Rx torace per il controllo della punta.

Bibliografia.

- (1) Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011
- (2) INS Infusion Therapy Standards of Practice 2016. Journal of Infusion Nursing 39 (2016) S46-48
- (3) Moreau N.L., Electrocardiogram (EKG) Guided Peripherally Inserted Central Catheter Placement and Tip Position: Results of a Trial to Replace Radiological Confirmation - J Vasc Access 2010; 15(1), 9-15
- (4) Gao Y. et al. - The safety and accuracy of ECG-guided PICC tip position verification applied in patients with atrial fibrillation. Therapeutics and Clinical Risk Management 2018;14 1075-1081

Simulazione di una maxi-emergenza in un ospedale ad alta complessità: valutazione descrittiva sulla disponibilità di posti letto attivabili in ottemperanza al Piano di Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF).

Novelli V.¹, Muzzi A.¹, Cutti S.¹, Angeli V.², Ceresa I.³, Savioli G.³, Toscani M.⁴, Marena C.¹.

¹Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

²Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Pavia

³UOC Pronto Soccorso Accettazione, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

⁴UOC Prevenzione e Protezione, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Introduzione:

L'organizzazione ospedaliera dei soccorsi in caso di maxi-emergenza è assicurata dall'attivazione del PEIMAF. Lo scopo è delineare soluzioni organizzative e logistiche più idonee a fronteggiare un eventuale massiccio ed imprevisto afflusso di feriti. Il PEIMAF prevede di identificare la tipologia delle misure da adottare, le modalità, i tempi di esecuzione, i responsabili e gli esecutori materiali dei diversi interventi sia in relazione alle risorse ordinariamente disponibili, sia in rapporto a quelle supplementari, mobilitate in seguito all'emergenza.

Materiali e metodi

Sono state effettuate nel mese di Ottobre 2018 due simulazione teoriche di un incidente maggiore all'interno della Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo", con lo scopo di stimare il numero reale di posti letto che la Fondazione è in grado di liberare prontamente per far fronte all'aumento repentino del numero di feriti che in corso di una maxi-emergenza affluiscono alla struttura stessa ("bed source capacity"). La capacità di accogliere feriti in corso di maxi-emergenza è stimata in base alla disponibilità ordinaria di posti letto ed alla stima di possibili posti letto in sovrannumero, attivabili in caso di emergenze maggiori. In occasione della simulazione è stato pertanto chiesto al Medico di Guardia di ciascun Reparto oggetto di analisi, di comunicare in tempo reale il numero di posti letto occupati e liberi e le caratteristiche dei degenti, in occasione di due rilevazioni a 2h e a 24 h dall'evento simulato.

Risultati

Durante la prima simulazione in 15 reparti si è visto che nel giorno 11/10 erano attivabili 359 letti suddivisi in A 2.23%, B 23.40%, C 23.96%, D 11.14%, E 18.38%, F 20.89%. (A: pz che richiede elevata intensità di cura, B: pz che richiede livello di cura intermedio, C: pz che può essere trasferito in sicurezza in un posto letto con livello monitoraggio/intensità inferiore rispetto all'attuale, D: pz che può essere trasferito in un'ipotetica discharge room presidiata da personale infermieristico, nella quale è mantenuta la terapia in atto, E: pz che può essere trasferito in un ospedale a minor intensità di cura, F: pz che può essere dimesso a domicilio in sicurezza). Dopo 24 h erano attivabili 368 letti suddivisi in A 7.07%, B 31.52%, C 14.67%, D 11.96%, E 13.04%, F 21.74%. Nel giorno 18/10 in 17 reparti erano attivabili 400 letti suddivisi in A 9.25%, B 34.25%, C 15%, D 8%, E 14%, F 19.5%. Dopo 24 h erano attivabili 383 letti suddivisi in A 5.48%, B 30.29%, C 15.40%, D 8.88%, E 12.27%, F 27.68%.

Conclusioni

Dall'analisi si evince che i reparti che hanno fornito la maggiore disponibilità di posti letto sono stati pneumologia, ortopedia e le medicine; documentando una apprezzabile e consolidata formazione degli operatori (medici e infermieri) in tema di maxi-emergenza. La tipologia di pazienti più rappresentata è quella che richiede intensità di cura di pari livello, seguita da quella che può essere trasferita al domicilio. E' opinione comune, che il buon successo della gestione ospedaliera per un afflusso di massa di persone vittime di un evento calamitoso, è il risultato della piena consapevolezza di prevederne il rischio e di saperlo affrontare con una adeguata predisposizione di piani operativi di contrasto e idonea formazione degli operatori sanitari.

MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE NELLA TRANSIZIONE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

AUTORI : Bardini F^a, Bisceglia J^b, Sileo C^b

AFFILIAZIONE:

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

^b Direttore Socio Sanitario, ASP IMMeS e PAT, Milano

^b 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

Riorganizzazione della gestione dei Rifiuti Sanitari

Parise G. Direzione Medica di Ospedale di AULSS 1 Dolomiti (DdO), inf. L. Rasa DdO, inf. L. Tona DdO, MC Zanella DdO, De Carlo S. Coad. Amm. DdO, Inf. R. Rech DdO, OSS.A Miatto DdO, Zanella R. Direttore Funzione Ospedaliera AULSS 1

Parole

Rifiuti sanitari, Organizzazione

Introduzione

L'Azienda ULSS 1 Belluno a Febbraio 2015 aveva 19 Unità Locali di Produzione Rifiuti (UL) (3 sedi ospedaliere, 13 sedi distrettuali, 3 ambulatori veterinari): in tutte le UL erano prodotti (RS) sanitari pericolosi a rischio infettivo (prevalentemente CER 18.01.03*, CER 18.02.02* per gli ambulatori veterinari), mentre presso le sedi ospedaliere vi era la produzione di ulteriori tipologie di R pericolosi (es. reflui di laboratorio CER 18.01.06*). Tra le attività di smaltimento era previsto eseguire nella singola UL tutte le necessarie attività di registrazione (il riscontro dei formulari, la compilazione dei registri cartacei di carico e scarico e dei registri informatizzati SISTRI con la necessità di avere altrettanti registri di carico e scarico e dispositivi SISTRI). Tali attività come da normativa vigente dovevano essere svolte entro tempi determinati (per i RS entro 5 giorni per i volumi superiori ai 200L e 30 giorni per quelli inferiori ai 200L, mentre per i rimanenti R entro 10 giorni).

Nel 2015, L'Azienda ULSS 1 Belluno, facendo riferimento alla normativa vigente (in particolare art. 4, comma 3 del D.P.R.254/2003 e articolo 266 comma 4 del 152/2006), ha deciso di implementare un modello di gestione amministrativa che prevedeva l'accentramento su una sede.

Materiali e metodi

La riorganizzazione ha previsto le seguenti attività:

- mappatura delle attività sanitarie suddividendole in 3 categorie principali: Ambito ospedaliero (art. 8 del DPR 15.07.2003 n°254)/Assistenza Sanitaria Domiciliare (art.4, comma 2 del D.P.R. 254/2003 stabilisce che il luogo di produzione dei R pericolosi a rischio infettivo prodotti nello svolgimento delle attività del personale sanitario delle strutture pubbliche e private all'esterno delle aziende sanitarie, sono le aziende medesime, così come ribadito anche dall'articolo 266, comma 4 del d.lgs. 152/2006 che prevede che i R provenienti da attività di manutenzione o assistenza sanitaria si considerano prodotti presso la sede o il domicilio del soggetto che svolge tali attività)/Ambito extra-ospedaliero non domiciliare (art. 4, comma 3 del D.P.R.254/2003, stabilisce che i R sanitari prodotti dalle attività svolte dal personale sanitario delle strutture pubbliche presso gli ambulatori decentrati "si considerano altresì prodotti presso le strutture sanitarie di riferimento").
- Mappatura delle UL, analizzando la tipologia di R prodotti, suddividendole per area geografica ed assegnandole alla sede di riferimento più vicina.
- Identificazione e descrizione in procedura aziendale delle figure professionali che concorrono alla corretta gestione dei R.
- Analisi in merito al personale presente nelle UL, provvedendo ad assegnare le funzioni, non già individuate nella gerarchia aziendale, fornendo idonea formazione in merito alla gestione dei R ed alle nuove modalità operative.
- Acquisizione di programma informatizzato con miglioramento delle modalità operative di registrazione.

Risultati

La riorganizzazione ha previsto 3 step: 1)2015 analisi dell'esistente e della normativa di riferimento; 2)2016 individuazione di 4 sedi amministrative di riferimento passando da 19 a 4 registri di carico scarico e dispositivi SISTRI; 3) 2017 passaggio a 1 sede amministrativa con la presenza di 1 registro di carico e scarico e 1 dispositivo SISTRI.

Clinical governance a Bisanzio

Autore: Sergio Pili Direttore Medico Ospedale Carbonia

Parole chiave: Storia, Ospedale, Organizzazione

Introduzione

In occidente sino al XVI secolo gli ospedali erano semplici ricoveri. Nel mondo bizantino esistevano invece strutture organizzate per curare i malati (Ξενώνας). Tra le fonti la più informata è il Typikon del Monastero del Cristo Pantocratore del 1136 che accanto alle attività monastiche descrive l'organizzazione dell'annesso ospedale.

La struttura, l'igiene e la gestione dei pazienti.

Aveva cinquanta letti in cinque bracci destinati a pazienti con: traumi; patologie acute, intestinali e oculari; donne e uomini (due). Letti con materasso, cuscino, lenzuola e coperte, di cui 6, perforati, per pazienti che non potevano raggiungere la latrina. Ciascun braccio con un letto extra per i ricoveri eccedenti. Ogni paziente nel suo letto, mentre in Occidente fino al 1500 “erano degenti insieme a due o quattro in letti (...) montati su cavalletti (...) promiscuamente per forme mediche, chirurgiche e infettive. Molti entrati per infermità leggere, vi contraevano infezioni, e la mortalità, specialmente tra le puerpere e i feriti era altissima. Tutti i servizi (...) si svolgevano in sala. I cadaveri restavano a lungo vicino al malato. I teli si lavavano nel vicino corso d'acqua dove talvolta sfociavano i rifiuti” (Ronzani). Il Pantocratore aveva camini che scaldavano gli ambienti e latrine, per uomini e per donne, sempre pulite e illuminate la notte. Il bagno era praticato due volte alla settimana, o “tante quante prescritte dal medico”, in locali con vasche linde, brocche piene d'acqua e asciugamani. Ciascun malato aveva un menù bilanciato e sufficiente a prevenire le carenze vitaminiche che affliggevano i pazienti occidentali. I pasti erano due: la colazione e la cena.

Lo staff e l'organizzazione.

Gli statuti dell'occidente non contenevano principi di organizzazione sanitaria e prevedero medici solo dopo il 1300 e solo occasionalmente. Il typikon è un compendio di organizzazione sanitaria. Ad ognuna delle corsie maschili erano assegnati 2 medici e 5 infermieri e 2 inservienti. Nel reparto femminile operavano 3 medici, di cui uno donna (iatraina), 6 infermieri e 2 inservienti, tutte donne. 4 medici (2 chirurghi e 2 internisti) e 8 infermieri assicuravano l'ambulatorio. Al vertice della gerarchia medica stavano quelli della sezione patologie acute, oculari e intestinali. Subito dopo i 2 della corsia traumi. Quindi i medici dei reparti maschili, quelli della sezione femminile e, infine, gli ambulatoriali. 2 medici di grado superiore e senza compiti operativi, detti primmikierioi (Primi), visitavano le corsie, riesaminavano i pazienti, verificavano le terapie e ascoltavano le lamentele.

I medici non lavoravano contemporaneamente ma si alternavano uno al mese. D'inverno con un accesso, dal primo maggio al quattordici settembre anche dopo il pasto serale per un secondo accesso. La notte in ciascun reparto operava un infermiere. Lo xenon impiegava un farmacista con cinque erboristi e un docente che insegnava la medicina ai figli dei medici. Vi erano inoltre un usciere, cinque lavandaie, un custode dei bollitori, due cuochi, un barbiere, un portiere, un tesoriere, tre preti, due lettori, due fornai, quattro becchini, un pulitore di latrine, un mugnaio, un artigiano per tenere puliti e affilati gli strumenti chirurgici e uno specialista in chirurgia dell'ernia.

Conclusioni.

Il Typikon descrive un ospedale strutturato per tipologie nosologiche correlate alla criticità, al sesso e alla modalità di cura con un'organizzazione orientata al paziente. Si intravedono le dimensioni di una governance sostenuta da una visione sistemica per processi, chiare leadership e coinvolgimento del personale. Tutto proceduralizzato con chiarezza sconcertante. Come sia stato possibile sperimentare un millennio fa modelli di organizzazione ospedaliera così moderni è per molti aspetti un mistero che interroga sulla storia e l'eredità dell'impero bizantino.

Ospedale “senza porte”. Percorsi di alternanza scuola lavoro.

Ponti S. *, Classe IV C Istituto “Mariano IV d’Arborea” Ghilarza**, Personale Sanitario, Tecnico ed Amministrativo P.O.”G.P. Delogu”Ghilarza***.

*Direttore Sanitario P.O.”G.P. Delogu”Ghilarza,

**Istituto Superiore “Mariano IV d’Arborea” Ghilarza

*** Personale Sanitario, Tecnico ed Amministrativo P.O.”G.P. Delogu”Ghilarza

Parole Chiave: Ospedale. Scuola. Lavoro.

Introduzione: Le Aziende Sanitarie in generale, e l’ospedale in particolare è “una entità multidimensionale: è cioè, allo stesso tempo, luogo di cura, di ricerca, di formazione, di lavoro, di vita, di socializzazione, di interazione e conflitto tra culture e personalità, azienda o parte di azienda e pubblico servizio, centro che spende e centro che produce, nodo di reti e snodo di percorsi”.

Contenuti: Nel corso dell’Anno Scolastico 2017/2018, l’A.T.S. Sardegna – ASSL di Oristano a seguito di incontri propedeutici tra la Direzione Sanitaria del Presidio e il personale Docente della Scuola, ha stipulato una convenzione (Reg.ASSL n°2124 del 01.03.2018) con l’ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE “MARIANO IV D’ARBOREA”, Ghilarza, inerente il percorso formativo “Alternanza Scuola Lavoro” per la Classe 4 C dell’Istituto. Il percorso formativo personalizzato prevedeva un percorso preliminare interno alla scuola, seguito da un tutor interno, ed uno stage in ospedale, seguito da un tutor esterno. Lo stage formativo in ospedale si è svolto nel mese di aprile 2018 per due settimane nel P.O. “G.P. Delogu” di Ghilarza, ed in particolare nella Direzione Sanitaria ed Amministrativa, il Laboratorio Analisi, il Servizio di Radiologia, l’Ufficio Tecnico, le Sale Operatorie, il Servizio Accettazione CUP, il Centro Alzheimer e la Medicina Generale. Il personale delle strutture interessate ha accolto gli studenti, informandoli e formandoli sulle proprie attività, sulle norme, le procedure e i supporti informatici con cui si svolge il servizio. All’inizio di ogni giornata il Tutor esterno teneva un incontro sull’esperienza giornaliera e sullo specifico Servizio che si andava ad analizzare. Al termine delle due settimane il Tutor esterno ha valutato l’operato e i risultati raggiunti dai discenti e ne ha dato formale comunicazione all’Istituto.

Conclusioni: L’esperienza maturata nel corso dello specifico Percorso di Alternanza Scuola Lavoro può essere un valido esempio da riproporre nelle diverse realtà degli ospedali italiani. Nella nostra esperienza tale percorso ha permesso agli studenti, durante la formazione all’interno della struttura sanitaria, di conoscere e apprendere le specifiche dinamiche operative dei servizi ospedalieri ed un corretto approccio al mondo del lavoro. L’esperienza non è stata utile unicamente agli studenti, ma raccontando (storytelling) la propria organizzazione anche gli operatori hanno acquisito nuovi strumenti e dato nuovo valore all’operato quotidiano, questo attraverso una nuova chiave di lettura offerta dagli studenti e dalla Scuola. Non è importante dove si lavora, se si opera in un Servizio o in una grande struttura sanitaria, è importante il proprio operato, è importante come si perseguono gli obiettivi, è importante il senso di appartenenza all’organizzazione e quale è il percorso che si sta facendo con la propria organizzazione per realizzare l’ospedale del futuro. Il governo complessivo dell’ospedale deve fare riferimento ad un unico sistema di integrazione, coordinamento ed orientamento basato sul “valore umano”.

ANALISI DI INDICATORI DI ATTIVITÀ E DEI TEMPI DI SALA NEI PRESIDII DI CASTELFRANCO E MONTEBELLUNA

AUTORI: ROSSO E.[1], LORENZONI M.[2], BERTI C.[3]

[1] MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA, [2] DIRETTORE MEDICO PRESIDIO OSPEDALIERO DI FELTRE, ULSS 1 DOLOMITI [3] DIRETTORE UNICO DELLA FUNZIONE OSPEDALIERA, PRESIDIO DI CASTELFRANCO VENETO E MONTEBELLUNA, ULSS 2 MARCA TREVIGIANA.

PAROLE CHIAVE: SALE OPERATORIE, EFFICIENZA, TEMPI DI TURNOVER

INTRODUZIONE

Le sale operatorie rappresentano il cardine dell'organizzazione ospedaliera sia in termini di complessità che di costi. Analizzare i dati di performance è fondamentale non solo per incrementare l'efficienza delle sale, ma anche per controllarne la sicurezza. Il Manuale per la Sicurezza in sala operatoria raccomanda infatti tra i punti irrinunciabili "Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria".

MATERIALI E METODI

Sono stati analizzati i dati relativi al periodo settembre 2017-maggio 2018, estratti dal database Opera, che permette l'inserimento delle singole tempistiche da parte del personale in sala operatoria.

Si sono calcolati gli indicatori di attività delle sale. Sono stati esclusi dal calcolo gli interventi che iniziano dopo l'orario decretato come fine attività delle sale.

Sono stati analizzati media e mediana dell'orario di ingresso in sala e di incisione del primo paziente della giornata per ciascuna chirurgia e media e mediana dell'orario di uscita dalla sala e sutura dell'ultimo paziente.

Si sono ricavati i tempi chirurgici (incisione-sutura) e i tempi anestesiológicos (ingresso in sala-incisione, sutura-estubazione, estubazione-uscita sala) e i tempi di turnover per ciascuna U.O.

RISULTATI

Sono stati analizzati 6108 interventi: 3287 a Montebelluna, 2821 a Castelfranco.

L'indice di occupazione maggiore a Castelfranco Veneto è rappresentato da Chirurgia generale (88,1%), il minore da Ortopedia (64,7%) (Tab. n. 1). A Montebelluna la Chirurgia migliore è Otorinolaringoiatria (90,1%), la peggiore Ortopedia (75,7%). U.O. Maxillofacciale entra per prima in sala, mentre Ortopedia per ultima. La chirurgia che incide per prima è Chirurgia generale, l'ultima Ortopedia. A Montebelluna la prima per ingresso in sala è Ginecologia e per incisione Otorinolaringoiatria, l'ultima Chirurgia generale.

Chirurgia generale e Ginecologia hanno la percentuale più bassa di tempo chirurgico sul totale a Castelfranco. Tempi anestesiológicos più lunghi si hanno per Chirurgia vascolare. A Montebelluna la Chirurgia con percentuale più alta di tempo chirurgico è Otorinolaringoiatria (65,1%).

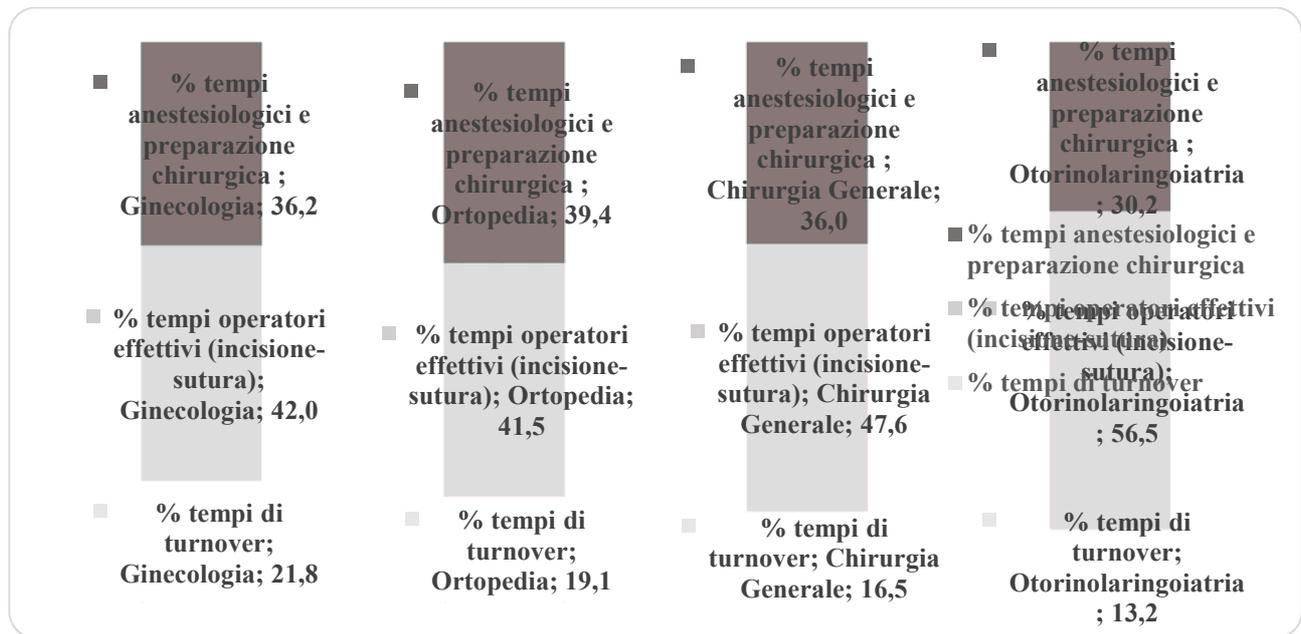
A Castelfranco Veneto i tempi di turnover più bassi appartengono a Ginecologia e Chirurgia Maxillofacciale. Otorinolaringoiatria ha la percentuale più bassa a Montebelluna. (Fig. n. 1)

A Castelfranco la percentuale degli interventi programmati rinviati è pari al 7,4%; il 29% dei casi è legato ad una programmazione in lista operatoria inadeguata.

Tabella n. 1: Calcolo dell'indice di utilizzazione delle sale per il presidio di Castelfranco V.to

Indice di utilizzazione grezzo (%)								
	Chirurgia generale	Breast unit	Chirurgia vascolare	Urologia	Chirurgia maxillo	Ginecologia	Ortopedia	IOV
SETTEMBRE	86,7	94,4	86,5	70,6	66,5	72,6	67,8	
OTTOBRE	92,5	77,2	82,0	63,7	77,8	56,8	62,3	
NOVEMBRE	93,4	74,4	79,5	52,0	73,8	71,6	64,0	
DICEMBRE	104,4	80,0	83,1	78,6	69,4	57,7	69,9	
GENNAIO	88,0	83,0	100,9	89,5	84,0	58,4	63,6	
FEBBRAIO	87,2	82,8	72,3	64,6	73,2	81,8	56,6	
MARZO	72,9	78,2	70,2	62,4	58,9	83,4	53,6	181,2
APRILE	67,7	83,9	77,2	99,4	69,1	76,8	70,0	108,8
MAGGIO	104,6	81,6	82,0	96,8	71,0	78,2	78,9	116,3
TOTALE	88,1	81,5	81,4	75,2	71,6	70,6	64,7	124,0

Figura n.1: Percentuale di tempi di turnover, tempi chirurgici veri e propri e tempi anestesiologicali e di preparazione del paziente sul totale (somma dei tempi anestesiologicali e di preparazione, tempi chirurgici e tempi di turnover). Presidio ospedaliero di Montebelluna.



MANAGEMENT DEI PERCORSI CHIRURGICI A GOVERNANCE INFERMIERISTICA IN STAFF ALLA DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA

M. Salemi¹, F. Benazzi², F. Spampinato³, A. Grasso⁴, L. Antolini⁵, B. De Toffoli⁶, S. Migotto⁷, A. Sparviero⁸.

¹Direttore di Dipartimento della Funzione Ospedaliera – Aulss2 Marca Trevigiana

²Direttore Generale – Aulss2 Marca Trevigiana

³Direttore Risorse Umane – Aulss2 Marca Trevigiana

⁴Dirigente Medico Direzione Medica Presidio Ospedaliero – Aulss2 Marca Trevigiana

⁵Dirigente Medico Direzione Medica Presidio Ospedaliero – Aulss2 Marca Trevigiana

⁶Infermiere di Direzione Medica Ospedale – Aulss2 Marca Trevigiana

⁷Responsabile Servizio Professioni Sanitarie Ospedaliere – Aulss2 Marca Trevigiana

⁸Infermiere di Direzione Medica Ospedale – Aulss2 Marca Trevigiana

Parole Chiave: infermiere manager, percorsi chirurgici, indicatori di performance

Introduzione: Il ruolo dell'infermiere e la sua evoluzione negli anni, in un contesto come il SSN in continuo cambiamento, hanno fatto sì che si presentassero sempre nuove opportunità professionali in ambito clinico assistenziale, per pratiche che, fino a qualche anno fa, erano solo ed esclusivamente ad appannaggio dei medici. L'obiettivo dello studio è stato capire se il nuovo ruolo infermieristico dell'infermiere manager possa dare un valore aggiunto anche su gli aspetti manageriali della governance di processi sanitari, come la governance i percorsi pre-operatori e dei blocchi operatori.

Materiali e metodi: Lo studio è stato svolto nei presidi ospedalieri di Conegliano e Vittorio Veneto dell'Aulss2 Marca Trevigiana della Regione del Veneto, nell'ambito di due tesi di Master in coordinamento che hanno analizzato l'impatto della nuova figura infermieristica sulle performance di due ambiti distinti:

- Governance dei percorsi pre-operatori centralizzati
- Governance dei blocchi operatori

Sono stati analizzati dettagliatamente le criticità già presenti nel 2016/2017 ed effettuato un controllo delle stesse a distanza di un anno 2017/2018 in seguito all'introduzione della nuova figura. Analizzando i dati provenienti da 61301 ricoveri e di 46550 interventi, oltre che indicatori di performance del P.N.E. di Agenas e Progetto Bersaglio.

Risultati: sono state risolte il 70% circa delle criticità presenti nelle due aree di intervento per ogni Presidio ospedaliero, in generale.

- ❖ Management infermieristico dei percorsi pre-operatori centralizzati
 - Rispetto tempo di attesa interventi chirurgici oncologici e non dall'80% al 100%
 - Rispetto normativa vigente in merito a presa in carico del paziente sia del S.S.N. che in L.P.
 - Riorganizzazione percorsi pazienti, accertamenti clinici, riorganizzazione turni del personale
 - Implementazione di un protocollo unico
- ❖ Management infermieristico blocchi operatori
 - Riorganizzazione programmazione delle liste operatorie
 - Ottimizzazione del percorso paziente dentro il blocco operatorio
 - Implementazione di un sistema informatizzato per un corretto monitoraggio dei tempi operatori
 - Ottimizzazione dei tempi di sala operatoria (ingresso in sala operatoria entro le ore 8:00, inizio intervento entro le ore 8:30, e conclusione sedute operatorie entro le ore 14:00)
 - Ottimizzazione risultati degli indicatori di performance

In conclusione l'inserimento della nuova figura infermieristica, a ruolo manageriale, in staff alla Direzione Medica, permette, oltre che migliorare gli indicatori di performance, di riformare in efficacia ed in efficienza le prestazioni sanitarie dell'area di interesse.

IL CASE MANAGEMENT NEL PROCESSO DI IMPLEMENTAZIONE DELLA PRESA IN CARICO ASST SETTE LAGHI - VARESE

*Salzillo A. *; Bravi C. M. **; Tomasin R. P. ***; Staffa A. M. G. *****

*Direttore SocioSanitario, **Direttore Generale, ***Direttore DAPSS, ****Responsabile DAPSS
Azienda Socio-Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi

Parole chiave:Case Management

Introduzione

La Legge Regionale 23/2015 di Regione Lombardia ha introdotto un ripensamento delle modalità per la gestione della domanda e dell'offerta del Sistema Sanitario Lombardo, integrando la componente ospedaliera con quella territoriale, definendo nuovi modelli assistenziali di *integrated care* e relativi attori, ruoli e funzionamento generale.

E'definita la figura del case manager, che deve essere individuata dal gestore della presa in carico al fine di svolgere una funzione di coordinamento di natura gestionale - organizzativa sulle attività assistenziali delle persone in carico, garantire la continuità del percorso e l'armonia degli interventi in un contesto in cui sono coinvolti molteplici soggetti erogatori.

L'ASST dei Sette Laghi in Varese ha aderito alle indicazioni regionali attivando: un luogo fisico per l'accoglienza e la gestione del paziente cronico (Centrale di Case Management), una piattaforma informatica (HEMA) di supporto alla definizione del PAI, un Contact Center attivo tutti i giorni 8.00-20.00

Materiali e metodi

La Centrale di Case Management accoglie le attività di n. 2 medici e n. 4 infermieri e permette di prendere in carico e seguire gli assistiti attraverso l'utilizzo di tecnologie telematiche, raccogliendo informazioni per favorire il coordinamento dei servizi, allo scopo di garantire una presa in carico efficiente ed efficace.

L'Obiettivo è di garantire la presa in carico dell'utente affetto da patologie croniche, in una logica proattiva, migliorando la qualità delle cure, ottimizzando le risorse disponibili, omogeneizzando gli strumenti ed i processi assistenziali nella filiera ospedale – territorio, evitando la frammentazione dei processi.

I Clinical e i Case Manager si adoperano al fine di:

- promuovere la presa in carico dei cittadini firmatari del Patto di Cura attraverso interventi di valutazione, monitoraggio, educazione, follow up e coordinamento dei servizi;
- limitare gli accessi impropri al sistema di emergenza urgenza, attraverso interventi proattivi e di prevenzione delle acuzie delle patologie croniche;
- contrarre la durata della degenza ospedaliera, sia favorendo l'attivazione di dimissioni protette, che contattando i servizi territoriali, al fine di facilitare l'assistenza a domicilio.

La sistematizzazione dei percorsi nella piattaforma di presa in carico e la definizione dei PAI aziendali per le 65 patologie è stata ottenuta attraverso dei focus groups di clinici che hanno definito i set di prestazioni da assicurare e il timing delle stesse. Attraverso la combinazione algoritmica dei diversi profili assistenziali e l'utilizzo della piattaforma informatica HEMA vengono pianificate completamente il percorso di cura, le consulenze e le indagini strumentali di controllo.

Il Case Management è il modello di riferimento aziendale del progetto; sono in corso di implementazione i modelli del Chronic Care Model e Model of Innovative Care and Chronic Conditions allo scopo di creare team multiprofessionali proattivi.

Risultati

Predisposizione di agende ambulatoriali ad hoc: 20 specialità coinvolte, 26 agende dedicate, 84 posti settimanali. Da luglio 2018 risultano pubblicati n. 230 PAI e relative prese in carico su n. 660 Patti di Cura firmati. La customer satisfaction rivela un risultato medio-alto del 98% dei presi in carico.

Nota:Il lavoro se accettato verrà presentato dalla dr.ssa Salzillo Adelina Direttore Sociosanitario Azienda Socio-Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi

CERTIFICAZIONE ISO 9001:2015 DEI PDTA AZIENDALI PRESSO L'AOU OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA: PRIMA ESPERIENZA ITALIANA.

Scandali V.M.¹; Papa R.²; Ferreiro Cottoruelo M.S.²; Incicchitti L.²; Luzi F.²; Polenta L.²; Gallo M.M.²; Zanni M.C.²; Micheletti R.¹; Serafini G.²; Caporossi M.³

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università Politecnica delle Marche - Ancona

² Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" - Ancona

³ Direzione Generale, Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" - Ancona

Presentatore: Valerio Mattia Scandali

Parole chiave: PDTA; ISO 9001:2015; innovazione.

INTRODUZIONE

I PDTA rappresentano efficaci strumenti per il miglioramento della qualità dell'assistenza fornita ai pazienti; spesso però manca l'evidenza della efficace progettazione, dell'efficiente controllo organizzativo e della misurazione dei risultati.

Gli Ospedali Riuniti di Ancona hanno una consolidata tradizione basata sulla certificazione ISO 9001 dei servizi, sanitari ed amministrativi, di supporto ai reparti di degenza. Con la necessità di transitare alla nuova norma ISO 9001:2015, la Direzione Generale ha pertanto deciso di ampliare l'ambito del certificato a tutta l'Azienda, interessando prioritariamente i PDTA aziendali.

L'obiettivo principale nella realizzazione del progetto è stato quello di certificare l'Azienda secondo la norma ISO 9001:2015 in base alla sua capacità di realizzare PDTA ed erogarli a garanzia della qualità dell'assistenza fornita ai pazienti.

MATERIALI E METODI

La visita ispettiva effettuata dall'Ente esterno accreditato è stata condotta dal 10 al 12 settembre 2018.

La valutazione è avvenuta attraverso il campionamento di 3 percorsi aziendali per l'anno 2018, a cui seguiranno, nei prossimi 3 anni, ulteriori valutazioni annuali che coinvolgeranno i PDTA attualmente operativi in azienda e quelli che verranno implementati nel corso degli anni.

RISULTATI

L'Azienda ha formalizzato con determina aziendale 23 PDTA: tra questi, i primi verificati durante la visita ispettiva sono stati 3 percorsi per la gestione di patologie oncologiche, in particolare del Tumore della Mammella, del Tumore del Colon Retto e del Melanoma cutaneo.

In seguito alla visita ispettiva, il progetto ha raggiunto tutti gli obiettivi con la ricezione, in data 14/09/2018, del certificato di conformità alla norma ISO 9001:2015 rispetto al seguente oggetto: *“Progettazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) a garanzia della qualità dell'assistenza sanitaria fornita ai pazienti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona con specifico riferimento all'attività di degenza ed ambulatoriale oltre ai processi relativi ai servizi trasversali ai PDTA”*

CONCLUSIONI

La capacità dell'Azienda, maturata negli anni, di produrre PDTA secondo i più elevati standard metodologici ha consentito di richiedere ad un ente esterno di certificare l'Azienda stessa secondo la capacità di progettare ed erogare percorsi di cura di assoluta qualità.

Il collegamento dei PDTA con il sistema della certificazione ha consentito pertanto di verificare l'organizzazione rispetto agli standard formulati nei percorsi, promuovendo la riduzione della variabilità e della autoreferenzialità nelle scelte clinico-assistenziali, e di conseguenza il miglior management dei pazienti.

E' stato quindi profondamente modificato l'approccio tradizionale basato sulla certificazione di singole strutture aziendali, per passare ad una reale certificazione aziendale dei processi clinico-assistenziali.

Al momento, non risulta alcuna altra esperienza di livello nazionale di certificazione aziendale ISO 9001:2015 per PDTA.

INFEZIONE DA C. DIFFICILE: ESPERIENZA DI UNA SORVEGLIANZA ATTIVA PRESSO IL POLICLINICO CASILINO.

L. Scappaticci¹, F. Paradiso², M. Rocchi³, C. Ambrosone², A. Giannotta⁴, C. Giliberti¹.

¹ Medico di Direzione Sanitaria Policlinico Casilino, Roma; ² Medico in Formazione Specialistica In Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"; ³ Medico di Laboratorio Policlinico Casilino, Roma; ⁴ Direttore Sanitario Policlinico Casilino, Roma.

Parole chiave: Clostridium Difficile, sorveglianza attiva.

Autore che presenterà il lavoro: Dott.ssa Lucia Scappaticci (e-mail: lscappaticci.polcas@eurosanita.it)

INTRODUZIONE

L'infezione da Clostridium Difficile (ICD) è una delle principali cause di malattia gastrointestinale correlate all'assistenza (ICA), la cui prevenzione rappresenta una delle sfide più importanti di Sanità Pubblica.

Il Policlinico Casilino ha aderito ad uno Studio di Sorveglianza attiva delle ICD coordinato dall'INMI L. Spallanzani nell'ambito del Progetto CCM 2017 "Clostridium Difficile: buone pratiche per la diagnosi, la sorveglianza, la comunicazione e il controllo della diffusione nelle strutture sanitarie" il cui scopo era quello di determinare l'incidenza delle ICD nelle strutture sanitarie di tre Regioni Italiane (Lazio, Campania e Friuli-Venezia Giulia) e fornire una metodologia comune di monitoraggio.

MATERIALI E METODI

Lo studio, effettuato dal 1 gennaio 2018 al 30 giugno 2018, ha coinvolto tutti i Reparti dell'Ospedale, ad eccezione dell'area di DEA/PS, dialisi, Day Hospital. Sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati che hanno presentato sintomatologia riferibile a ICD e risultati positivi ai test diagnostici. Per la raccolta dati sono state utilizzate le preposte schede che registravano: reparto, sesso, età, sintomatologia, tipologia di test effettuato, precedenti ricoveri, luogo di acquisizione di ICD, outcome.

RISULTATI

I dati preliminari mostrano che su 11.611 ricoveri, 303 soggetti sono stati testati per ICD e 21(0,2%) sono risultati positivi. Le ICD sono state rilevate in tre Reparti: in Medicina d'Urgenza 10 casi su 599 ricoveri (1,7%), in Medicina 10 su 782 (1,3%), in Cardiologia 1 caso su 1653 ricoveri (0,06%). L'età media dei soggetti era di 82 anni, il 38% uomini, il 62% donne. Su 21 casi, 16 (76%) sono stati classificati come infezioni correlate all'assistenza, di cui 9 contratte in altre strutture e 7 correlate al ricovero, 3 (14%) comunitarie, 1 (5 %) di origine non definita.

I risultati mostrano un quadro di prevalenza di ICD compatibile con quello internazionale (1-15/1000 ricoveri). La maggior parte delle ICD risultano essere correlate all'assistenza. Ciò conferma l'utilità di una sorveglianza attiva, associata ad una puntuale verifica dell'applicazione dei Protocolli al fine di limitare la diffusione interna e ponendo particolare attenzione ai soggetti sintomatici che provengono da altre strutture di cura.

Determinazione del consumo di risorse nei ricoveri per sepsi, sepsi severa e shock settico

Spinosa S.⁽¹⁾; Petrucci A.G.⁽¹⁾; Carnelli V.⁽²⁾; Dotti M.⁽¹⁾; Scuderi E.⁽²⁾; Traverso M.A.⁽¹⁾; Zanardi S.⁽²⁾; Nicolosi D.⁽³⁾

⁽¹⁾ Dirigente Medico, 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

Keywords

Sepsi

Shock settico

Consumo di risorse

Introduzione

Nel corso dell'esercizio 2016 è stato condotto uno studio descrittivo su 3772 ricoveri, volto a sperimentare una metodologia per determinare il consumo di risorse nei ricoveri per sepsi, sepsi severa e shock settico mediante l'utilizzo di una checklist realizzata *ad hoc*. In considerazione dei *bias* rilevati ed al fine di confermare i risultati precedentemente ottenuti, è stato condotto un approfondimento che ha preso in esame 626 ricoveri prodotti nell'anno 2017 da 11 Strutture Ospedaliere afferenti al territorio di ATS Milano e recanti in diagnosi principale i codici di sepsi, sepsi severa, shock settico e setticemia. Si precisa che lo studio è tuttora in corso e pertanto i dati presentati sono parziali.

Materiali e metodi

Sulla base delle indicazioni fornite dalle Linee Guida Internazionali sulla sepsi del 2012 e tenuto conto delle Linee Guida di codifica della Regione Lombardia (DGR IX/2057/2011) è stata costruita una nuova e più dettagliata *checklist* volta ad individuare la presenza dello stato settico (*parte a*) e a stabilire il consumo di risorse effettivo in termini di prestazioni sanitarie, strumentali e farmacologiche di ogni singolo ricovero (*parte b*) (Figura 1). Quest'ultimo punto è stato valutato assegnando ad ogni item un valore da 1 a 5 a seconda della complessità della prestazione eseguita definendo così 3 livelli di consumo in base allo score ottenuto: basso (1-10), medio (11-20) e alto (21-37).

Risultati

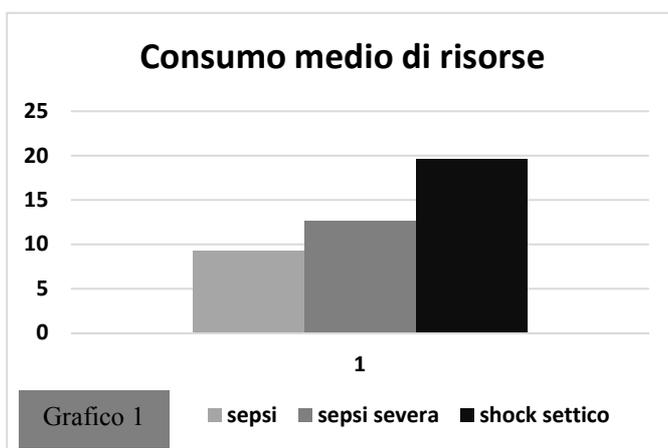
Su un totale di 626 casi, 156 (24,9%) risultavano essere effettivamente sepsi, 257 (41,1%) sepsi severa e 213 (34%) shock settico. Dall'analisi dei dati emerge un differente consumo medio di risorse in relazione alle tre diagnosi: sepsi 9,3, sepsi severa 12,6 e shock settico 19,6 (Grafico1). Tale andamento risulta omogeneo tra le diverse Strutture, confermando i dati emersi dal precedente studio.

Lo studio quindi, attraverso la sola analisi della documentazione sanitaria, seppur parziale, ha permesso di evidenziare il consumo di risorse nella casistica in esame, sottolineando come lo shock settico determini un consumo medio maggiore in linea con la complessità del quadro clinico. Sono stati inoltre valutati l'impatto della setticemia sul consumo di risorse, la tipologia dei microrganismi isolati e l'antibiotico terapia adottata.

Se a studio concluso i risultati dovessero essere confermati, a nostro avviso ciò suggerirebbe la possibilità di revisione delle attuali regole di codifica.

Consumo di Risorse	si	no	non presente
Passaggio in terapia intensiva			
Utilizzo vasopressori			
Emoderivati			
Cortisonici ev.			
somministr. Liquidi ev. (fisiologica ; ringer acetato/lattato)			
somministr. di plasma exp.			
Monitoraggio diuresi			
Emocoltura/e			
Microrganismo			
O2terapia /ventilazione meccanica non invasiva			
ventilazione meccanica invasiva			
Antibiotico terapia			
Principio attivo			
Ega			
Altri monitoraggi			
Consulenze			

Figura 1



Autore che presenta il lavoro: Spinosa Silvia

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
GESTIONE OPERATIVA E DATAWAREHOUSE PER L'ANALISI STRATEGICA DI INDICATORI
CLINICI E GESTIONALI

Torresani M. – Ingegnere Gestionale P.O. Gestione Operativa, Direzione Sanitaria – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori;
Baili P. – Statistico, Direzione Scientifica;
Monti P. – Direttore Sanitario)

Parole chiave: Datawarehouse, Cartella Clinica Elettronica, Gestione Operativa

Introduzione: Le direzioni delle aziende sanitarie manifestano un sempre crescente bisogno informativo che risulta cruciale nei processi decisionali a carattere organizzativo e strategico (es. accoglienza, puntualità, saturazione risorse). In particolar modo, la Direzione Strategica deve misurare l'attività svolta attraverso indicatori gestionali oggettivi sui quali poter impostare le proprie valutazioni e i piani di sviluppo. Allo stesso tempo i direttori dei singoli reparti/servizi sono interessati ad approfondire i medesimi indicatori, contestualizzandoli per il proprio settore e leggendoli anche da un punto di vista clinico e gestionale.

In questo contesto l'Istituto (INT) ha di recente avviato un progetto di Datawarehouse aziendale, affidandone il coordinamento alla funzione di staff denominata Gestione Operativa. La finalità del progetto è realizzare una piattaforma informatica con la quale restituire la reportistica gestionale, clinica e scientifica di interesse per i ruoli dirigenziali delle strutture e per la Direzione Strategica.

Materiali e metodi: La sfida principale è rappresentata dall'elevata varietà di dati da analizzare e dalle diverse fonti informative tra cui, oltre ai tradizionali sistemi gestionali (es. CUP, ADT, ERP), si aggiungono i sistemi che supportano processi specifici (es. Sale Operatorie, Chemioterapia, Radiologia, Radioterapia) e su tutti la Cartella Clinica Elettronica (CCE). L'introduzione della CCE nel 2016 ha completato il processo di digitalizzazione in INT e consente ora di raccogliere sistematicamente una serie di dati clinici codificati, quali Diagnosi, Fase di malattia, Stadiazione, dati anamnestici (es. fumatore, comorbidità) e dati clinici e strumentali in formato strutturato (es. esami di laboratorio).

Il Datawarehouse è caratterizzato da una elevata complessità tecnica che cresce con l'aumentare dei flussi informativi che occorre analizzare ed integrare. Per questo motivo INT ha adottato un approccio incrementale che, dopo aver impostato un modello generale, affronta progressivamente i diversi strati informativi collegati al paziente e al suo percorso di cura (il singolo episodio, le procedure, i farmaci somministrati).

Il progetto Datawarehouse è presidiato da un Gruppo di lavoro multi-disciplinare che rappresenta le diverse aree di INT: amministrazione, clinica e ricerca. Ciò consentirà in futuro di elaborare indicatori utili anche sotto il profilo della ricerca, consentendo al clinico-ricercatore di analizzare i dati secondo i criteri utili all'attività scientifica della propria specialità.

Risultati: Il Datawarehouse è entrato in esercizio dal 1° Settembre presso cinque reparti pilota che hanno partecipato alla progettazione e alla messa a punto del cruscotto di indicatori. A partire da Novembre il sistema sarà esteso a tutti i reparti e verrà via via ampliato dalla Gestione Operativa per una reportistica sempre più completa.

Un esempio del potenziale utilizzo del Datawarehouse è la misurazione del volume di prestazioni ambulatoriali effettuate secondo le diagnosi codificate in CCE, questo consente di verificare il carico per gruppo di patologia/stanza visita ed eventualmente di bilanciare l'attribuzione di risorse.

Lo sviluppo futuro del Datawarehouse è aperto a diversi scenari progettuali e di ricerca che spaziano dalla Genomica, alla correlazione con fonti dati esterne (DWH Regionale - DGR 491/2018), sino all'integrazione dei Patient Reported Outcomes/Experiences.

LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN P.S. NEL PERIODO INFLUENZALE: MISURE STRAORDINARIE E TEMPORANEE DI POTENZIAMENTO DI POSTI LETTO NELLA ASST DI MANTOVA

Autori:

C. Basili, Direttore Sanitario presidio ospedaliero Mantova, ASST di Mantova

M. Bolognini, Bed Manager, Struttura Semplice Governo dei Processi Clinici Aziendali, Direzione Sanitaria ASST di Mantova

M. Galavotti, 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		

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%

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 3: indicatori

RSA Sub acuti Melograni Mantova

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

RSA Sub acuti Scarpari Forattini Schivenoglia MN

- Ricoveri totali numero 30 Pazienti :
- Degenza media 8,23 gg
- Giornate disponibili Usufruite 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 contenzioso medico-legale e la Legge Gelli-Bianco: sta mutando l'andamento della sinistrosità?

Vetrugno G.¹; Diodato L.²; Cicconi M.³; Cammarata D.⁴; Berloco F.⁷; Spagnolo A.⁵; Foti F.⁶

¹Risk Manager Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" – UCSC (FPG), Roma

²Claims Handler interno UOS Risk Management FPG, Roma

³Specialista in formazione in Igiene e Medicina Preventiva, Istituto di Sanità Pubblica UCSC, Roma

⁴UOS Risk Management FPG, Roma

⁵Specialista in Medicina Legale, UOS Risk Management FPG, Roma

⁶Specialista in formazione in Medicina Legale, Istituto di Sanità Pubblica UCSC, Roma

⁷Responsabile UOS Radioprotezione e Igiene Ospedaliera FPG, Roma

Key words: sinistri, penale, Legge Gelli

Introduzione

La cd. Legge Gelli si è prefissa l'obiettivo di garantire la sicurezza delle cure e di assicurare un più efficace governo del fenomeno della responsabilità sanitaria e del suo corollario noto con il termine di medicina difensiva. A due anni circa dalla sua introduzione, per verificare se le aspettative del Legislatore siano state effettivamente soddisfatte per lo meno su tale versante, questo studio si è posto l'obiettivo di valutare l'andamento dei sinistri della Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" – UCSC (FPG) che coinvolgono l'area del Pronto Soccorso dal 2016 ad oggi ed ha messo a confronto l'entità del fenomeno tra quanto osservato nel 2016 e quanto avvenuto dall'entrata in vigore della normativa ad oggi.

Materiali e Metodi

I dati sono stati estratti dall'Archivio Sinistri dell'UOS Risk Management di FPG con esclusivo riferimento ai sinistri di nuova generazione 2016-2018. E' stata posta attenzione ai sinistri che hanno coinvolto il Pronto Soccorso, per i quali è stata individuata la modalità di presentazione di ciascuno di essi (sequestro; richiesta di risarcimento danni tramite legale; istanza di mediazione; ricorso ex 696 bis c.p.c.; ecc.), selezionando quelli di natura penale.

Risultati

La revisione dei dati ha confermato la tendenza ad una lieve riduzione dei sinistri di nuova generazione per anno nel triennio 2016-2018 (Grafico 1). Le aree maggiormente esposte al fenomeno sono costituite da quella del Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, quella ortopedico-traumatologica e quella di chirurgia oncologica. Evidente l'aumento dei sinistri di natura penale negli ultimi due anni. Tra i sinistri che hanno coinvolto il Pronto Soccorso, nel 2016 il 14% è risultato essere di natura penale, nel 2017 il 32% e nel 2018 il 30% (Grafico 2).

Grafico 1

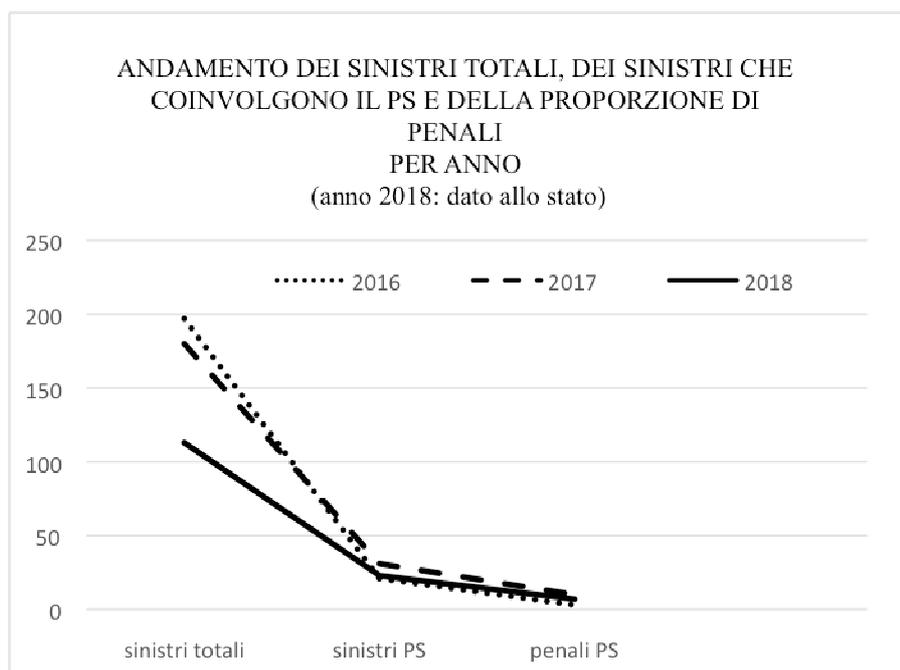


Grafico 2



La Legge Gelli ha dunque mancato il bersaglio? Sebbene i dati raccolti risentano di possibili fattori di confondimento (procedimenti penali avviati per sinistri stradali), considerando che tali dati si mantengono verosimilmente costanti nel tempo, la ragione di tale incremento percentuale potrebbe risiedere in una scelta di comodo del presunto danneggiato che, per ovviare alle spese peritali imposte dalla nuova disciplina civilistica obbligatoria (conciliazione), si rivolga allo strumento penale per utilizzare la consulenza del P.M. (gratuita) a fini civilistici. Il dato osservato conferma il recente grido di dolore sull'esplosione del penale lanciato dalla Procura di Milano.

Titolo: Epatocolangite da *Mycobacterium fortuitum*

Autori: E. Zilli, S. Marconato, S. Lo Menzo, P. Sartore, T. Tomasello, G. Basso, S. Parisi, P. Benini

Parole chiave: Colangite litiasica, *Mycobacterium fortuitum*, Qualità

Introduzione: *Mycobacterium fortuitum* è un micobatterio non tubercolare a rapida crescita. È ubiquitario ed è descritto in infezioni complicate cutanee, ossee e polmonari. Di seguito si riporta il caso clinico di un paziente, S.G. di 75 anni, affetto da epatocolangite recidivante da *M.fortuitum* nel quale l'acquisizione dello stesso è avvenuta in ambito lavorativo.

Materiali e Metodi: Il paziente S.G. ha effettuato, da marzo 2017 a giugno 2018, quattro ricoveri per colangite litiasica recidivante. Nei primi tre ricoveri gli esami microbiologici (emocoltura e drenaggio biliare dopo ERCP e colecistectomia, questi ultimi ad aprile 2018) sono risultati negativi; a partire dalla prima giornata di tutti e tre gli episodi di ricovero era stata intrapresa terapia con ciprofloxacina. Durante l'ultimo ricovero dalle emocolture è stato isolato un microrganismo insolito per il tipo di terreno usato che è stato identificato come *M.fortuitum* sia con la spettrometria di massa che con la tecnica molecolare e sul quale viene allestito l'antibiogramma con i farmaci di elezione. Il paziente è stato quindi trattato per 4 settimane con ciprofloxacina e bactrim con risoluzione del quadro.

M.fortuitum appartiene ad un gruppo di batteri definiti "micobatteri non tubercolari" (NTM-Non Tuberculous Mycobacteria) in natura ubiquitari, isolati dal terreno, acque, liquami, umidificatori, polvere sia in contesti rurali che urbani; in grado di produrre biofilm (reservoirs per questi microrganismi) e colonizzare, anche in ambienti ospedalieri, cateteri a permanenza e altri dispositivi medici (aerosol, endoscopi, broncoscopi). In particolare *M.fortuitum* è associato a focolai nosocomiali ed è riconosciuto come la causa più frequente di infezioni del tessuto cutaneo e dei tessuti molli, nonché di infezioni catetere-correlate e linfadeniti soprattutto in pazienti immunodepressi. Rara è la disseminazione ematica.

Essendo *M.fortuitum* un germe atipico ambientale e poiché il suo riscontro all'emocoltura è un evento raro si è ritenuto opportuno escludere una contaminazione e conseguente acquisizione in ambito nosocomiale durante l'intervento di colecistectomia. Sono stati effettuati controlli ambientali, microbiologici e sono state riviste le procedure di sterilizzazione secondo una logica di miglioramento continuo della qualità delle indagini applicate.

Risultati: I test ambientali e microbiologici sono risultati negativi. Non sono stati riscontrati segni clinici e/o radiologici di micobatteriosi polmonare, così come segni clinici di infezioni cutanee o ossee. Il paziente non era portatore di CVC né aveva segni di immunodepressione. La rivalutazione del caso ha portato al riscontro di un fattore di rischio misconosciuto all'ingresso, ossia che il paziente, pur pensionato, continuava a lavorare come idraulico a contatto con acque contaminate. La terapia antibiotica con ciprofloxacina ha verosimilmente mascherato gli altri episodi rendendo impossibile l'isolamento microbiologico ma è ragionevole ritenere che il *M.fortuitum* abbia rappresentato l'agente eziologico di tali infezioni *ab initio*, rendendo inverosimile l'ipotesi di un'acquisizione in ambito nosocomiale.

Autori:

E. Zilli Direttore Medico, Direzione Medica Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

S. Marconato Dirigente Medico, Direzione Medica di Ospedale Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

S. Lo Menzo Dirigente Medico, Pediatria Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

G. Basso Coordinatrice Infermieristica, Infermiera epidemiologa, Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

T. Tomasello Dirigente Medico, Medicina Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

P. Sartore Biologa, Referente Microbiologia Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

S. Parisi Professore di Malattie Infettive, Università degli Studi di Padova

P. Benini Direttore Sanitario, ULSS 6 Euganea

Regione del Veneto

TITOLO: PROGRAMMARE L'URGENZA: METODOLOGIA PER LA GESTIONE DEI RICOVERI DA PRONTO SOCCORSO IN AREA MEDICA. ANALISI DI TRE ANNI DI APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO

AUTORI: BERTI C.[2], ROSSO E.[1], FUSCO M.[2], PANAZZOLO J. [2]

[1] UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA, [2] DIREZIONE UNICA DELLA FUNZIONE OSPEDALIERA DI CASTELFRANCO VENETO, ULSS 2 MARCA TREVIGIANA.

PAROLE CHIAVE: RICOVERI URGENTI, PRONTO SOCCORSO, AREA MEDICA

INTRODUZIONE

L'aumentato afflusso in Pronto Soccorso in determinati periodi stagionali può comportare un incremento di ricoveri di pazienti anziani pluripatologici e un aumento del tasso di occupazione dei posti letto in area medica. Nei presidi ospedalieri di Castelfranco Veneto e Montebelluna si è introdotto a partire da novembre 2015 un nuovo protocollo di gestione dei ricoveri urgenti al fine di:

1. Ridurre degenza media
2. Limitare il fenomeno degli appoggi
3. Contenere il tasso di occupazione dei posti letto
4. Ridurre riammissioni

MATERIALI E METODI

I dati sono stati ricavati dai flussi correnti (SDO).

Si sono confrontati il periodo novembre 2014- marzo 2015 e novembre 2015- marzo 2016 in termini di percentuale di riammissioni, degenza media e percentuale di appoggi in reparti diversi al fine di valutare dopo pochi mesi l'impatto dell'introduzione della procedura. Si sono paragonati gli stessi parametri nel periodo marzo 2016- febbraio 2017 e marzo 2017- febbraio 2018.

Successivamente abbiamo analizzato gli ultimi due anni per valutare la situazione attuale. Sono stati valutati i dati disponibili fino ad agosto 2018.

RISULTATI

L'introduzione della procedura ha comportato un rapido miglioramento nella degenza media totale (**-1,9 giornate di degenza media** totale) e nella degenza media in quasi tutte le U.U.O.O., con un lieve aumento complessivo (**+0,7 %**) della percentuale di riammissione (Tab n. 1). La degenza media è rimasta stabile nel periodo marzo 2016-febbraio 2017 ed è lievemente migliorata nell'ultimo periodo con **8,6 giornate di degenza media** (+1% riammissioni rispetto al periodo novembre- marzo 2016). Parimenti è migliorata la gestione del paziente: si è ridotto il fenomeno degli appoggi nel periodo novembre 2015- febbraio 2016 (Tabella n. 2).

L'analisi degli ultimi due anni ha evidenziato un trend in aumento dei ricoveri da Pronto Soccorso. Il filtro da PS rimane costante (**15% circa Montebelluna, 18% circa Castelfranco**). La degenza media è migliore rispetto al periodo precedente l'introduzione del protocollo: 11 U.O. su 12 presentano nel 2018 una degenza media inferiore o uguale alla degenza media regionale. Inoltre il numero di riammissioni nella stessa U.O. risulta in calo nel 2018 rispetto al 2017 in quasi tutti i reparti analizzati. I ricoveri da Pronto Soccorso sono distribuiti in maniera più omogenea nel corso della settimana nel 2018 rispetto al 2017. I reparti effettuano una buona percentuale di dimissioni anche nel fine settimana.

Tabella n. 1: Numero ricoveri, riammissioni, percentuale riammissioni e degenza media periodo novembre 2014-marzo 2015 vs novembre 2015-marzo 2016. CF= Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto, MB= Presidio Ospedaliero di Montebelluna.

	Nov 14- Mar 15				Nov 15-Mar 16			
	N. Ricoveri	N. Riammissioni	% RR	Degenza media	N. Ricoveri	N. Riammissioni	% RR	Degenza media
Cardiologia CF	302	22	6,6	5,7	311	20	6	5,6
Ematologia CF	68	6	8,0	7,3	82	9	11	6,3
Medicina CF	960	127	14,3	10,6	817	118	14	7,7
Cardiologia MB	186	16	7,6	8,3	165	15	9	8,8
Geriatria MB	336	32	9,9	12,4	348	43	12	11,2
Medicina MB	581	53	9,0	14,8	590	66	11	12,5
Nefrologia CF	92	14	13,4	10,0	109	17	16	9,0
Neurologia CF	273	20	6,8	8,3	301	14	5	7,7
Oncologia CF	92	18	23,1	12,8	117	17	15	9,2
Gastroenterologia CF	151	11	8,8	7,0	127	16	13	7,2
Angiologia CF	70	8	11,5	11,7	109	10	9	8,9
Pneumologia MB	90	9	10,9	10,9	90	8	9	9,8
Totale	3201	336	10,4	10,7	3166	353	11,1	8,8

Tabella n. 2: Presenza media giornaliera nello stesso reparto, presenza media in appoggio in altri reparti e percentuali di appoggio nello stesso reparto o in reparti differenti

		Totale	Medicina CF	Cardiologia CF	Ematologia CF	Nefrologia CF	Neurologia CF	Oncologia CF	Gastroent. CF	Angiologia CF	Cardiologia MB	Geriatria MB	Medicina MB	Pneumologia MB
Nov 14- Feb 15	Presenza media giornaliera stesso reparto	265,7	66,4	14,6	6,4	7,9	19,8	9,8	9,1	7,3	10,4	41,9	64,4	7,7
	Presenza media giornaliera appoggio in altri reparti	9,9	4,7	0,3	0,0	0,7	0,2	0,1	1,5	1,6	0,1	0,3	0,4	0,0
	% Stesso Reparto	96%	93%	98%	99%	91%	99%	99%	86%	82%	98%	99%	99%	100%
	% Altri Reparti	4%	7%	2%	1%	9%	1%	1%	14%	18%	2%	1%	1%	0%
Nov 15- Feb 16	Presenza media giornaliera stesso reparto	231,9	57,5	14,4	6,1	7,3	18,8	9,4	7,1	6,8	9,4	34,3	53,7	7,2
	Presenza media giornaliera appoggio in altri reparti	4,8	0,7	0,3	0,0	0,2	0,5	0,2	1,2	0,7	0,2	0,1	0,5	0,1
	% Stesso Reparto	98%	99%	98%	100%	97%	97%	98%	85%	91%	98%	100%	99%	98%
	% Altri Reparti	2%	1%	2%	0%	3%	3%	2%	15%	9%	2%	0%	1%	2%

Titolo

La nebulizzazione con perossido d'idrogeno e acido peracetico: perfezionare la sanificazione per ridurre la trasmissione dei microorganismi multi resistenti

Autori

Di Caprio A. (Direttore Medico ff – Direzione Medica Bassano – ULSS7 Pedemontana);

Bartolini A. (Dirigente Medico – Microbiologia- Presidio ospedaliero di Rete Bassano);

Disconzi C. (Infermiere Controllo Infezioni – Direzione Medica Bassano – ULSS7 Pedemontana);

Tricarico P. (Dirigente Medico – Direzione Medica Bassano – ULSS7 Pedemontana);

Zoppelleto M. (Dirigente Biologo – Responsabile Microbiologia - Presidio ospedaliero di Rete Bassano – ULSS7 Pedemontana);

Simoni B. (Direttore Sanitario – ULSS7 Pedemontana)

Introduzione

L'importanza di garantire la sanificazione dei dispositivi medici (DM) ed elettromedicali che vengono frequentemente a contatto con i pazienti ha spinto a cercare delle forme complementari di disinfezione ambientale per contenere la diffusione degli Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE). Da giugno 2018 è stato sperimentato presso la Rianimazione un sistema di disinfezione che satura l'ambiente con acido peracetico e H₂O₂. La microbiologia ha supportato le prove di efficacia sul campo complementari alla valutazione del dossier tecnico.

Materiali e Metodi

Per provare l'efficacia della nebulizzazione disinfettante è stato valutato l'effetto indiretto su coltura a concentrazione nota di 3 diversi microrganismi tra quelli di frequente riscontro su superfici ospedaliere con capacità di formare biofilm: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* ed *Escherichia coli*. In seguito al risultato soddisfacente del test con questi microrganismi è stata valutata l'efficacia anche su un ceppo di *Klebsiella Pneumoniae* produttrice di carbapenemasi (KPC).

Il metodo *in house* utilizzato ha previsto la semina in terreno nutriente dei microrganismi indicatori seguita da un'incubazione a 37°C overnight. Successivamente, delle soluzioni contenenti numero definito di ufc/ml sono state inoculate in una serie di piastre da posizionare su superfici ad altezze diverse nel locale da trattare. I controlli di crescita microbica non sono stati sottoposti a nebulizzazione, ma incubati direttamente in termostato a 37°C. In aggiunta, considerato che i tamponi permettevano di effettuare controlli di superfici più difficili da raggiungere, sono stati eseguiti contestualmente anche dei tamponi a tempo 0 (prima della nebulizzazione) e a tempo 1 (dopo nebulizzazione).

Durante i test, la sorveglianza di routine dei CPE è stata mantenuta come indicatore di efficacia aspecifico.

Oltre alla valutazione microbiologica, sono stati comparati i costi con il sistema di pulizia in uso (intervento extra a dimissione paziente infetto) per valutare l'impatto economico.

Risultati:

La metodica *in house* utilizzata ha evidenziato un'ottima performance dello strumento di disinfezione poiché la crescita microbica per i 4 microrganismi indicatori utilizzati è stata pari a 0 ufc/ml sia per le piastre inoculate sia per i tamponi di superfici. I controlli di crescita microbica hanno attestato la vitalità dei ceppi utilizzati e la corretta differenza di concentrazione. La sorveglianza attiva in Rianimazione ha documentato 9 casi incidenti di colonizzazione nel quadrimestre giugno/settembre 2018 rispetto alla media di 15 casi degli ultimi 3 anni (2015-17) nella stessa fascia stagionale. Rispetto al quadrimestre precedente del 2018 (febbraio – maggio) si è scesi da 26 a 9 casi incidenti.

Per quanto riguarda l'impatto economico, il costo orario di un intervento straordinario del fornitore servizio pulizia è pari al costo ciclo disinfezione, ma oltre alla stanza e agli arredi fissi sanificati dal fornitore appalto, attraverso la nebulizzazione è possibile assicurare anche la disinfezione di tutte le apparecchiature elettromedicali, carrelli, DM e qualsiasi altro materiale si introduca nel locale.

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE DEL PERSONALE DELL'ISTITUTO TUMORI (IRST) - IRCCS DI MELDOLA

Bertoni L.¹; Bragagni M.²; Caso M.A.³; Galardi F.⁴; Massa I.⁵; Silimbani P.⁶; Vespignani R.⁷; Ravaoli V.⁸; Altini M.⁹

¹Medico in Formazione Specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara;

²Responsabile Processi Trasversali, IRST IRCCS di Meldola;

³Medico Competente AUSL della Romagna, sede territoriale di Forlì;

⁴Direzione Sanitaria, IRST IRCCS di Meldola;

⁵Coordinatore Gruppo Outcome Research, IRST IRCCS di Meldola;

⁶Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza, IRST IRCCS di Meldola;

⁷Applications & Engineering Manager, IRST IRCCS di Meldola;

⁸Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico, IRST IRCCS di Meldola;

⁹Direttore Sanitario, IRST IRCCS di Meldola.

Keywords: vaccinazione, prevenzione, operatori sanitari.

INTRODUZIONE

Il ruolo cruciale della vaccinazione in Sanità Pubblica, quale strumento efficace e sicuro di prevenzione primaria delle infezioni è ormai consolidato e supportato da numerose evidenze scientifiche. In questo contesto, la vaccinazione degli operatori sanitari acquisisce una rilevanza fondamentale, come già espresso nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2017-2019), nella Carta di Pisa e nel Calendario per la Vita. Per di più, in un momento come questo di diffusa diffidenza e messa in discussione della rilevanza delle vaccinazioni, l'operatore sanitario che si vaccina rappresenta un mezzo necessario per trasmettere un forte messaggio di fiducia all'interno della popolazione. Nonostante questo, le evidenze più recenti dimostrano come le coperture vaccinali tra gli operatori sanitari non siano ottimali e, in certi casi, addirittura insoddisfacenti. Anche alla luce di questo, la Regione Emilia-Romagna ha pubblicato una delibera (DGR Num. 351 del 12/03/2018) sul rischio biologico in ambito sanitario, dove si sottolinea la necessità per gli operatori sanitari, in particolare quelli a contatto con i pazienti maggiormente immunocompromessi, di eseguire tutte le vaccinazioni raccomandate al fine di contrastare la diffusione in ambito ospedaliero di importanti malattie infettive.

In IRST è stato avviato un progetto di sensibilizzazione sull'importanza delle vaccinazioni, rivolto non solo agli operatori sanitari, ma a tutto il personale che lavora presso l'Istituto, con l'obiettivo principale di definire lo stato attuale della copertura vaccinale dei professionisti IRST e successivamente valutare l'impatto delle azioni messe in campo, misurando il numero di professionisti che si sottopongono alle vaccinazioni mancanti.

MATERIALI E METODI

Per fare questo, abbiamo prodotto un modulo di consenso ad hoc, al fine di poter richiedere alle diverse AUSL di appartenenza i certificati vaccinali di coloro che hanno rilasciato il consenso, in modo da poterli poi valutare e definire le inadempienze. Abbiamo inoltre sottoposto al personale un questionario anonimo, già validato e disponibile sul sito di HProImmune, al fine di valutare opinioni e attitudini degli operatori verso le vaccinazioni, prima della campagna vaccinale. Abbiamo definito un'agenda per programmare le consulenze individuali e contestualmente, quando possibile, eseguire le vaccinazioni. Abbiamo infine studiato con il servizio informatico un sistema di feedback delle vaccinazioni effettuate in Istituto.

RISULTATI

La campagna consisterà in una serie di eventi formativi (sia collettivi, sia per le singole UUOO) con un approccio più multidisciplinare possibile. Sarà offerta ai lavoratori una consulenza individuale per valutare le vaccinazioni mancanti tra quelle raccomandate: vaccino anti-epatite B, anti-varicella, anti-morbillo-parotite-rosolia (MPR), anti-diftero-tetano-pertosse (dTpa), il vaccino anti-influenzale e il vaccino anti-herpes zoster (dipendenti ≥ 65 anni e non immunizzati) e verrà data loro la possibilità di effettuarle gratuitamente direttamente sul posto di lavoro.

Al termine del progetto (circa 1 anno) misureremo quanti operatori hanno completato il proprio ciclo vaccinale e faremo un confronto dello stato vaccinale del personale dell'Istituto pre e post-campagna di sensibilizzazione.

44° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

Padova 19/21 novembre 2018

L' INFORMATIZZAZIONE DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: QUALITA' E COMPLETEZZA DEI DATI

Maria Vittoria Nesoti *, Deris Gianni Boemo*, Angela Vinelli*, Giovanni Carretta *, Annamaria Saieva*, Alfio Capizzi *, Cristina Contessa *, Greta Bordignon*, Beatrice Gallo*, Carmela Fanin*, Andrea Bortoloni^, Danilo Buffolo ^, Marco Marchese^, Marco Rao^, Marco Villano^, Fabiola Guasti^^, Daniele Donato^^

* Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera di Padova (AOP), Padova

^ UOC Information Technology, AOP, Padova

^^ UOC Controllo di Gestione, AOP, Padova

^^^ Direttore Sanitario, AOP, Padova

Key Words: SDO: Schede di dimissione ospedaliera, informatizzazione, atti operatori, codifica.

INTRODUZIONE

Nel 2016 è stata intrapresa in AOP l'azione di informatizzazione per la codifica delle SDO. Ciò è stato dettato dalla necessità di snellire i processi in un'ottica paper-less, di raggiungere gli obiettivi in termini di percentuale di SDO chiuse sul totale dei dimessi del mese precedente e di soddisfazione dei requisiti di completezza della SDO così come previsto dalla normativa regionale e nazionale in merito.

MATERIALI E METODI

L'attività di informatizzazione ha previsto l'implementazione di un sistema WEB (QUANI-reparto) che si interfaccia con il sistema di gestione ricoveri, gestione liste di attesa e attività operatoria SSI e con il sistema di creazione dei flussi per gli invii ai competenti uffici regionali EasyCat. Con metodologia bottom-up tramite numerosi incontri con i clinici, il portale WEB QUANI-reparto (ad accesso con password personale al solo personale medico dipendente) è stato implementato e perfezionato, su di esso sono costantemente e progressivamente immessi dei blocchi con campi obbligatori mano a mano che si avvicendano le indicazioni regionali e nazionali sulle modalità di codifica. Tale WEB si interfaccia con il sistema aziendale di generazione degli atti operatori informatizzati SSI di modo che il reparto dimittente che genera la SDO possa introdurre nei campi procedure, le esatte procedure codificate dal chirurgo nell'atto operatorio. Vi sono inoltre blocchi relativi ai campi per i codici trauma nei casi previsti, e ai campi obbligatori per la sola regione Veneto (per es. creatinina sierica nei casi previsti, frazione di eiezione etc). All'atto del completamento della SDO QUANI-reparto permette di simulare il DRG che ne esita permettendo al clinico di rivedere i casi in cui il DRG non esita corretto, cosa che nel formato cartaceo non era possibile, così come permette di impedire l'uscita di una SDO incompleta nei campi obbligatori.

Inoltre il sistema QUANI-reparto interfacciandosi anche con EasyCat (sistema che tariffa il ricovero e gestisce i flussi) ha permesso la creazione di un cruscotto di controlli automatici che vengono di volta in volta effettuati dalla Direzione Medica di Ospedale e che viene costantemente implementato. A tali azioni si affianca una costante attività di formazione a tutto il personale aziendale coinvolto.

RISULTATI

Dall'implementazione di tale attività sono stati raggiunti gli obiettivi regionali di completezza e qualità del flusso SDO, i blocchi impostati hanno permesso un nettissimo miglioramento anche della percentuale di chiusura degli atti operatori just in time per l'invio regolare del flusso, inoltre si è assistito ad un miglioramento molto evidente della qualità di codifica merito anche dell'imponente attività formativa svolta in aula e con metodologia sul campo accreditata ECM

CONCLUSIONI

L'attività di completa informatizzazione di questa tipologia di processi sta permettendo una sempre migliore qualità del dato, una sempre migliore qualità della codifica e un sempre più importante coinvolgimento e presa di coscienza dell'importanza dello strumento SDO da parte del personale coinvolto.

Rischio infettivo e personale non sanitario nell'epoca dell'esternalizzazione dei servizi di supporto

A Brighenti[^], M Bagnoli^o, Fusaroli P^o, Cimatti E^{oo}, Angelini R*, Silvestrini G*, Casadio GP*

[^]Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche, Ancona

^o Direzione Medica di Presidio AUSL Romagna Ambito di Ravenna

^{oo} Direzione Infermieristica Settore Rischio Infettivo AUSL Romagna Ambito di Ravenna

* Servizio di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica AUSL Romagna Ambito di Ravenna

Parole Chiave: Rischio Infettivo, Sicurezza in ospedale, Servizi in gestione appaltata

Relatore: Dott.sa Aura Brighenti

Introduzione

La recente delibera regionale ER n. 351 del 12/03/2018 riporta le linee d'indirizzo relative la gestione del rischio biologico in ambiente sanitario, con specifiche indicazioni per l'idoneità alla mansione per l'operatore sanitario. La gestione di un focolaio di morbillo ha fatto emergere però il ruolo rilevante che anche gli operatori ausiliari tecnici possono rivestire nella diffusione delle infezioni ospedaliere e quindi le difficoltà nella gestione del rischio infettivo nel personale con mansioni ricomprese nei servizi in gestione appaltata.

Materiali e Metodi

Attraverso un'analisi retrospettiva dei dati relativi il focolaio in oggetto e delle azioni messe in campo nel corso della gestione del focolaio, si sono analizzate le principali criticità emerse e le strategie messe in campo per contenere la diffusione della malattia e mettere in sicurezza operatori sanitari e pazienti.

Il focolaio conta in totale 8 casi: uno primario, uno secondario e sei terziari.

Per 5 su 8 il contagio è avvenuto in ambiente ospedaliero; di questi 2 erano ausiliari con funzione di addetto al trasporto personale che erano entrati in contatto con il caso secondario.

In seguito alla segnalazione di ciascun caso di morbillo, la Direzione Medica di Presidio (DMP) in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP), per quanto di competenza, si sono occupati di proporre la profilassi ai contatti a rischio e/o della sorveglianza, in accordo con le indicazioni nazionali e regionali.

Questa sinergia ha permesso di arginare la diffusione della malattia e di identificare tempestivamente i casi terziari e gestirli opportunamente in ambito ospedaliero oltre che in comunità. Per quanto riguarda il personale ausiliario, dall'analisi a posteriori dei turni, solo uno risultava nella lista dei contatti del caso secondario, e dunque trattato come tale. Il secondo, poiché in transito occasionale presso il PS, diveniva noto solo al momento dell'anamnesi raccolta con segni manifesti di malattia. Questo ha fatto sì che tale operatore, nel periodo di contagiosità venisse impiegato anche in alcuni servizi critici. L'indagine epidemiologica condotta tra i contatti, fortunatamente non ha rilevato la presenza di pazienti suscettibili.

Al fine di contenere la diffusione della malattia e assicurare la prosecuzione del servizio di trasporto, la DMP e il DSP in accordo con il Servizio di Prevenzione e Protezione della Ditta appaltatrice, hanno deciso di effettuare rapidamente uno screening sierologico al personale ausiliario impiegato in reparti a più alto rischio di trasmissione. I prelievi sono stati eseguiti in ospedale e inviati al laboratorio centralizzato. Nell'arco della stessa giornata in virtù degli esiti sono stati ridefiniti i turni di servizio, è stata proposta la vaccinazione agli operatori suscettibili e loro somministrata presso gli ambulatori del DSP.

La dirigenza e il medico competente della Ditta hanno quindi deciso di adottare il protocollo di sorveglianza sanitaria in uso per gli operatori sanitari dipendenti AUSL.

Conclusioni

L'esperienza ha messo in luce la presenza di un vuoto normativo relativamente le disposizioni in materia di gestione del rischio biologico per la categoria di lavoratori che non sono operatori sanitari in senso stretto e non sono nemmeno dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, ma che, al pari del personale sanitario e dipendente, lavorano in ambiente sanitario ed entrano in contatto con i pazienti.

Abstract

Il Fast Track Pediatrico nell'Ospedale del Mugello

Autori: 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

Autore che presenterà il lavoro: Bassetti Andrea

Affiliazioni: ¹Direttore Sanitario Ospedale Mugello, ²Direttore Pediatria Borgo S.Lorenzo, ³Direttore Medicina d'Urgenza Borgo S.Lorenzo, ⁴Direttore SOS Assistenza Infermieristica Mugello, ⁵Coordinatrice Pronto Soccorso Borgo S.Lorenzo, ⁶P.O. Direzione Infermieristica SOS AI Mugello, ⁷Direttore Area Pediatrica USL Toscana Centro, ⁸Direttore 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 interdipartimentale per implementare il FT Pediatrico con nuove attività assistenziali presso la linea-materno 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 prefestivi e festivi.

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

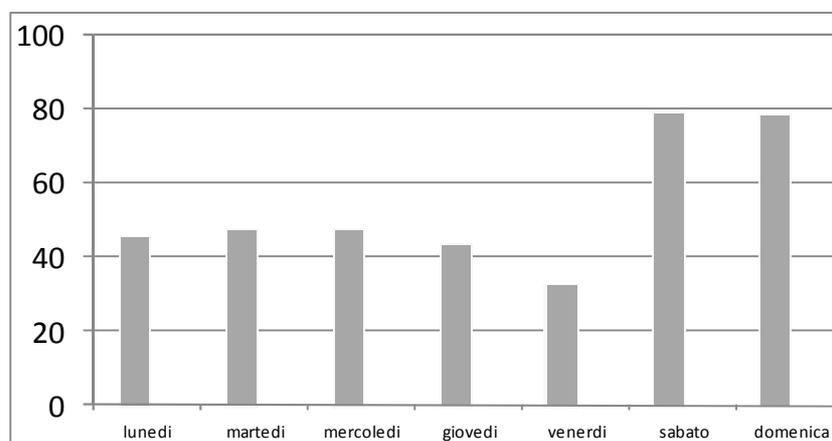


Grafico 1 - Accessi codici minori pediatrici (età 0-8 anni) in orario di attivazione fast track (9-19) per giorno della settimana
Periodo: aprile-agosto 2018

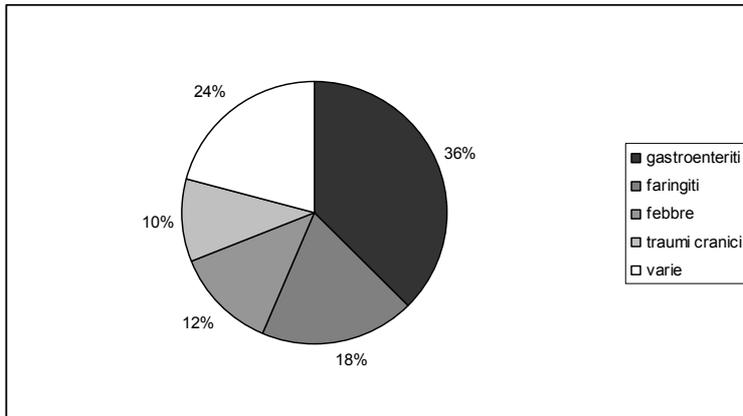


Grafico 2 - Patologie degli accessi pediatrici codici minori inviati a fast track

ABSTRACT

GESTIONE DI UNA TECNOLOGIA, LINEE GUIDA ED EFFICACIA

Dott. Francesco Badiali*

Dott.sa Clorinda Passaniti**, Dott. Filippo Rinaldi***, Dott.sa Chiara Pagnin****, Dott. Stefano Ferretti*****

Università degli studi di Bologna*, Dipartimento di Medicina, Università degli studi di Padova***, Azienda Ospedaliera di Padova

Area tematica: HTA

Parole chiave: hta, TPN, Vacuum-assisted closure therapy

INTRODUZIONE

La TPN (sistema terapeutico a pressione negativa) è un approccio non invasivo per la cura delle ferite. Il sistema si serve di un'unità terapeutica per somministrare pressione negativa (sub-atmosferica) controllata alla zona della ferita. Lo scopo della TPN è ridurre le tempistiche di guarigione di alcuni tipi di ferite, una alternativa più efficace alle classiche medicazioni.

I dispositivi presi in considerazione sono "ActiVac" ed "VAC ulta", fabbricante KCI MEDICAL PRODUCTS (UK), e come influiscono nel processo di cura del paziente.

Gli obiettivi dello studio sono:

- Valutare l'adesione e l'efficacia delle linee guida Regionali nell'utilizzo della terapia, rispetto delle indicazioni cliniche e di durata della cura e dello specialista consulente
- L'analisi della variabilità delle varie unità operative coinvolte, in termini di degenza media dei pazienti ed esito della cura.

MATERIALI E METODI

Analisi prospettica dei casi trattati raccolti da documentazione clinica e da una scheda che raccoglie i dati durante tutto il periodo di cura del paziente, come da linee guida Regionali. Lo studio viene effettuato su tutti i pazienti trattati, e con i dati provenienti dalle loro cartelle cliniche è stato costruito un dataset, implementato in R e analizzato con tecniche statistiche descrittive ed inferenziali.

RISULTATI

Il reparto che utilizza di più la TPN è Chirurgia Plastica, con degenza media per paziente inferiore rispetto agli altri reparti. Per quanto riguarda l'**appropriatezza** d'uso, ovvero il rispetto dell'intervallo di cura 10-21 giorni, vede Chirurgia Plastica con il 58.33% dei suoi pazienti, Chirurgia con il 64%, Lungodegenti con 20% ed infine i reparti medici con il 66.66%.

Il dato va letto tenendo conto dei giorni medi di degenza del paziente, che per Chirurgia Plastica è di 12 giorni, per chirurgia è 21 giorni, per i lungodegenti è di 22 giorni e per i reparti medici è 12 giorni.

CONCLUSIONI

Il sistema di monitoraggio previsto dal documento regionale ha evidenziato una buona adesione alle linee guida per l'indicazione clinica, per la durata dei trattamenti nel 55.85% dei casi almeno, e il rispetto delle competenze professionali, che vede nel Chirurgo plastico la figura di riferimento.

Esiste un margine di miglioramento ed ottimizzazione, evidenziato da un overused della terapia nel 44.15% circa dei casi trattati.

Scheda Integrata per la Sicurezza del Paziente Chirurgico in sala operatoria (SISPAC)

S. Ogana¹, C. Brundu²

(1) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

(2) Unità di Clinical Risk Management, ATS Sardegna, ASSL Sassari,

Parole chiave: Sicurezza; Check-list; Formazione

Introduzione:

I programmi dell'OMS «SAFE SURGERY SAFE LIVES» e «GUIDELINES FOR SAFE SURGERY» hanno l'obiettivo di migliorare la sicurezza degli interventi chirurgici attraverso la promozione di raccomandazioni e la definizione di standard di sicurezza.

Il Ministero della Salute recepisce tali direttive prevedendo specificamente l'adozione di una check-list operatoria. La Regione Autonoma della Sardegna con Delibera n. 40/27 del 7.8.2015 "Linee d'indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia" mette a punto la Scheda Integrata per la sicurezza del Paziente Chirurgico (SISPAC): elaborata da un tavolo tecnico multidisciplinare sulla base delle check-list proposte dall'OMS e dal Ministero della Salute ed integrata sulla base delle esperienze acquisite in ambito regionale, questa scheda rappresenta uno strumento per contenere errori ed eventi avversi durante il percorso peri-operatorio.

Scopo dello studio: il monitoraggio del primo semestre del suo utilizzo tramite campionamento casuale del 10% delle cartelle chirurgiche e relative schede prodotte in due Presidi Ospedalieri del Nord Sardegna.

Materiali e Metodi:

La SISPAC è una Scheda articolata in tre fasi che integra la Cartella Clinica del Paziente Chirurgico.

Prima fase "Preparazione Intervento": tre gruppi di item riguardanti rispettivamente la presa in carico del Paziente, la preparazione dell'Intervento e quella del Paziente.

Seconda fase: tre gruppi di item (A-Sign In; B-Time Out; C- Sign Out), la vera e propria "Check-list", da compilare in team (Chirurgo, Anestesista e Strumentista) dall'arrivo del Paziente fino alla sua uscita dal blocco operatorio.

Terza fase "Post Operatorio" spetta a Infermiere Anestesista (verifica dei parametri vitali del Paziente appena operato) e Infermiere che effettua il monitoraggio durante il periodo post operatorio.

Prima dell'introduzione della SISPAC il personale addetto al suo utilizzo è stato formato.

The image displays the SISPAC form, which is divided into several sections:

- 1. Preparazione intervento:** Includes fields for patient name, date of birth, date of surgery, and room number. It also has sections for diagnosis, type of intervention, informed consent, and documentation.
- A) Sign In:** A checklist for the surgical team (Chirurgo, Anestesista, Strumentista) to confirm patient identity, allergies, and readiness for surgery.
- B) Time Out:** A checklist for the team to confirm the surgical site, procedure, and patient status before starting the operation.
- C) Sign Out:** A checklist for the team to confirm that the patient is stable and ready for transport.
- Verifica parametri vitali all'uscita del blocco operatorio:** A section for the anesthesiologist to record vital signs.
- 3. Post operatorio:** A section for the nurse to record patient status and vital signs.

Risultati:

Il 100% delle SISPAC è stato compilato, ma quasi nessuna adeguatamente:

- varie interpretazioni della voce NP: «non prescritto», «non praticato», «non previsto», «non pertinente»;
- compilazione per intero con spunta anche negli item NP e note scritte sulla scheda;
- mancata compilazione di intere sezioni;
- mancata compilazione di singoli item;
- in nessuna scheda è stata annotata la temperatura corporea del Paziente
- nell'ottava sezione le caselline sono state usate per scrivere dentro SI/NO in un gran numero di casi.

SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO, HUMANITAS GRADENIGO PRIMO OSPEDALE D'ITALIA CERTIFICATO ISO 45001

Autori: Tralli A.¹; Tangolo D.²; Berno P.³; Pala M.⁴; Silvagni I.⁵; Fresi F.⁶; Chiarenza M.⁷.

Parole chiave: Sicurezza, Salute, Certificazione

INTRODUZIONE

Humanitas Gradenigo è il primo ospedale italiano a ottenere la certificazione ISO 45001, massimo riconoscimento in materia di sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro. Il prestigioso traguardo è stato conferito per mano di Bureau Veritas, leader mondiale nella valutazione di conformità e certificazione della Qualità, dell'Ambiente, della Salute e della Sicurezza e della Responsabilità Sociale. Si tratta del frutto di un lavoro di riorganizzazione interna avviato nel 2016 e che ha visto l'Ospedale riservare la massima attenzione a tutti i temi relativi alla sicurezza.

La conformità allo standard internazionale ISO 45001 assicura l'ottemperanza ai requisiti previsti per i Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro e consente a un'Organizzazione di valutare meglio i rischi e migliorare le proprie prestazioni, considerando con attenzione il proprio contesto e i propri interlocutori (le cosiddette "parti interessate").

Lo standard può essere adottato da qualsiasi Organizzazione operante in tutti i tipi di settori e attività e ha lo scopo di rendere sistematici per un'Azienda, il controllo, la conoscenza, la consapevolezza e la gestione di tutti i possibili rischi insiti nelle situazioni di operatività normale e straordinaria sul luogo di lavoro.

Lo standard ISO 45001 richiede inoltre che la direzione si impegni, in prima persona e che i lavoratori vengano coinvolti direttamente nell'individuazione e gestione del sistema, creando così un circolo virtuoso di miglioramento della Salute e Sicurezza dei lavoratori stessi.

MATERIALI E METODI

Le fasi principali dell'iter di certificazione hanno compreso una verifica preliminare che ha analizzato le lacune e valutato la conformità dell'Ospedale ai requisiti normativi. Ha quindi fatto seguito una verifica iniziale che ha valutato a sua volta l'implementazione dei principi e della struttura di base della OHSAS (analisi del contesto e delle parti interessate, rischi e pericoli più significativi, legislazione e normativa applicabile, descrizione del sistema). Una volta superato questo passaggio, l'Ospedale ha avuto accesso alla verifica di certificazione che ha coinciso con il rilascio del certificato. A quest'ultimo hanno fatto e faranno seguito le visite di sorveglianza per assicurare il corretto mantenimento del sistema che, dopo tre anni, comporteranno il rinnovo della certificazione, sempre subordinato al corretto mantenimento del sistema.

RISULTATI

La certificazione ISO 45001, ancor meglio della OHSAS 18001 di cui è evoluzione, rappresenta un efficace strumento per ottimizzare la gestione dei rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, in quanto parte da un focus su analisi del contesto e dei rischi. Già per OHSAS, INAIL ha fornito dati confortanti che vedono una riduzione del 27% nell'indice di frequenza e del 35% nell'indice di gravità degli infortuni nelle aziende certificate.

La nuova certificazione rappresenta un'evoluzione della OHSAS 18001 e attesta che il modello organizzativo di Humanitas Gradenigo ha raggiunto lo standard previsto in materia di valutazione del rischio, conformità legale, aspetti formativi, appalti, emergenza e altro. Accanto ai lavori strutturali e al rinnovo delle attrezzature che, ad esempio, ha comportato la sostituzione di tutti i letti e tutte le barelle dell'Ospedale, è stato intrapreso un percorso di preparazione e di formazione che ha riguardato tutto il personale interno ed esterno dell'Ospedale.

¹ Responsabile Servizio Qualità, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

² Direttore Sanitario, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

³ Direttore Generale, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

⁴ Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

⁵ Servizio Qualità, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

⁶ Responsabile Ufficio Tecnico e Manutenzione, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

⁷ Responsabile Ingegneria Clinica, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

PROGETTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: INFORMAZIONI UNICHE, INTEGRATE E A DISPOSIZIONE DI CHI LAVORA AL PERCORSO DI CURA

Autori: Tangolo D.¹; Carlevato M.T.²; Falconieri A.³; Mascheroni S.⁴; Germano C.⁵; Pavanelli S.⁶; Berno P.⁷.

Parole chiave: Documentazione sanitaria, qualità, percorsi di cura

INTRODUZIONE

La cartella clinica in uso in Humanitas Gradenigo è stata sino all'estate di quest'anno era una cartella concepita all'inizio degli anni 2000 e mal si prestava ad accompagnare i professionisti negli attuali processi di cura.

Una situazione analoga, in termini di obsolescenza si osservava anche per la documentazione presente negli ambulatori e nel pronto soccorso.

L'informatizzazione della documentazione è prevista per il prossimo anno, tuttavia abbiamo pensato che un passaggio diretto dalla situazione attuale alla documentazione elettronica avrebbe potuto creare molti problemi.

Si consideri anche il fatto che nella nostra realtà lo sviluppo di percorsi di cura è piuttosto rilevante e disporre di documentazioni suddivise per categorie professionali mal si coniuga con una visione d'insieme

Contiene informazioni uniche, integrate e messe ordinatamente a disposizione di tutti i professionisti impegnati nel percorso di cura del paziente.

Si tratta di una soluzione studiata per favorire l'attività di programmazione e monitoraggio del paziente nonché il dialogo tra le diverse figure dell'Ospedale. La nuova cartella clinica mette i diversi professionisti in condizione di conoscere in modo sempre più rapido e circostanziato qual è la situazione del paziente rispetto al suo processo di cura.

MATERIALI E METODI

Sono stati formati dei gruppi di lavoro che per mesi hanno coinvolto medici, infermieri, coordinatori infermieristici e Servizio qualità dell'Ospedale (circa il 20% del personale sanitario) che si sono anche occupati di tracciare i risultati della pianificazione delle cure.

Una serie di incontri formativi con il personale medico e assistenziale dei reparti ha fatto da prologo all'avvio della sperimentazione che proseguirà fino al perfezionamento della cartella, definita dopo la sperimentazione effettuata dai diversi professionisti che ne evidenzieranno le eventuali criticità ai gruppi di lavoro ai quali toccherà il lavoro di riscrittura fino al raggiungimento di un risultato condiviso.

Ai reparti coinvolti nella sperimentazione è infine riservata un'attività specifica di tutoraggio che assiste il personale medico e assistenziale nell'affrontare eventuali difficoltà di interpretazione e compilazione. La sperimentazione entro la fine dell'anno sarà estesa a tutti i reparti di degenza dell'Ospedale.

Con analoga modalità di lavoro (coinvolgimento dei professionisti, valutazione delle modifiche proposte, tutoraggio e supporto) si è proceduto e si sta procedendo sulla documentazione ambulatoriale e di Pronto Soccorso, queste ultime informatizzate cambiando precedenti sistemi gestionali.

RISULTATI

I primi riscontri scaturiti dall'avvio della sperimentazione hanno evidenziato una semplificazione nel processo di acquisizione dei dati relativi al paziente nonché una più immediata fruizione degli stessi da parte del personale medico, sanitario e assistenziale. Si tratta di un andamento progressivo che va perfezionandosi di giorno in giorno e che va estendendosi ai diversi reparti dell'Ospedale dai quali ricava nuovi dati: un circolo virtuoso che sta mettendo nelle mani delle diverse figure professionali dell'Ospedale coinvolte un nuovo e più pratico strumento di cura finalizzato alla comunità dei pazienti di Humanitas Gradenigo.

Ma un elemento a nostro avviso estremamente importante è rappresentato dalla progettazione condivisa dello strumento che consente di facilitare il lavoro di équipe e il miglioramento dei percorsi di cura.

¹ Direttore Sanitario, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

² Direzione Sanitaria, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

³ Servizio Qualità, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

⁴ Servizio Qualità, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

⁵ Responsabile Sistemi Informativi, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

⁶ Sistemi Informativi, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

⁷ Direttore Generale, Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino

LA CHIRURGIA DELL'EPILESSIA FARMACO RESISTENTE: il centro Hub interaziendale dell'Emilia-Romagna

Golferi M.¹; Vaona I.²; Messina G.¹; Pieroni G.³

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dip. Med. Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena

² Direzione Sanitaria AUSL di Bologna

³ Direzione Operativa IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna

Parole chiave: Reti cliniche, Epilessia, Neurochirurgia

Introduzione Le malattie a bassa prevalenza ed elevata complessità, sono una sfida per le regioni dove la gestione e la presa in carico sono assicurate da centri territoriali *Spoke* e centri di riferimento regionale, *Hub*. La Regione Emilia Romagna (RER) ha individuato diversi percorsi specifici per tali patologie: il più recente è il percorso chirurgico delle epilessie, patologie in cui i farmaci nel 30-40% dei casi risultano totalmente o in parte inefficaci. In RER, dove si stima vivano 18-20.000 persone con epilessia, dei quali 6.000 casi *non-responder*, potenzialmente candidabili a un percorso di chirurgia curativa dove, se anche solo un 3% fosse idoneo, si potrebbero trattare fino a 40-80 nuovi casi all'anno.

Materiali e Metodi: Nel periodo 2008-2017 in RER, presso due diverse strutture, sono stati effettuati 115 interventi di chirurgia dell'epilessia dei quali 103 presso l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna (ISNB) e 12 presso l'Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara (OCSAE). In questo periodo la mobilità attiva risulta elevata (45%), con 52 casi provenienti fuori RER; parimenti si registra anche una elevata mobilità passiva (72%), con 144 residenti RER operati in strutture di riferimento extraregionali tra il 2008 e 2016.

L'insufficiente risposta alla domanda espressa dalla popolazione residente in RER è riconducibile a più cause tra cui: limitato numero di chirurghi con adeguati skill in tale ambito, gap tecnologico che non consente di eseguire studi elettrofisiologici pre intervento in grado di qualificare l'indicazione chirurgica, ma, soprattutto l'analisi condotta ha evidenziato che è il parziale funzionamento della rete tra gli *Hub* e gli *Spoke* a condizionare in modo determinante la situazione descritta.

Tramite il lavoro svolto da un gruppo di professionisti incaricati di individuare tempestive soluzioni per migliorare l'offerta in tale ambito, l'Assessorato alla Sanità della RER, con la DGR 1172/2018, ha riproposto un progetto e specifiche linee guida per la selezione e il trattamento del sottogruppo di pazienti farmaco resistenti tramite chirurgia curativa.

Si individua così centro *Hub* in due sedi di riferimento (ISNB e OCSAE), dove saranno seguiti protocolli e percorsi condivisi, alle quali i Centri *Spoke*, composti da professionisti con specifiche competenze (neurologi, pediatri e neuropsichiatri), potranno avviare, secondo un criterio geografico, i pazienti eleggibili per una completa presa in carico.

La selezione di candidati idonei per l'intervento avviene nelle sedi *HUB*, presso le Unità di Monitoraggio Intensivo per l'Epilessia. Un team multidisciplinare effettua accertamenti tramite video-EEG, valutazione neuropsicologica, *imaging* strutturale su RM (3T) e tramite PET.

Effettuate le necessarie valutazioni, la decisione sulla presa in carico è concordata nel corso di periodiche riunioni collegiali fra i due responsabili delle sedi *Hub* ed è condivisa con tutti i professionisti coinvolti nel del Percorso, compresi quelli dei Centri invianti.

Risultati L'obiettivo del progetto individuato dalla DGR 1172/2018 è sviluppare un Percorso efficiente di selezione e trattamento chirurgico delle persone con epilessie focali in RER. Pur essendo prematura una valutazione sugli esiti, la rete che si propone di mettere in campo dovrebbe consentire di fornire già nel breve e medio periodo un'assistenza di alta qualità, sfruttando i punti di forza presenti nelle strutture *Hub*, nonché la collaborazione ricercata presso le sedi *Spoke*

Autore presentante Marco Golferi (marco.golferi@student.unisi.it)

La verifica del PEMAFA aziendale durante una reale maxi-emergenza

Del Curto C.¹, Sancini S.¹, Faccincani R.², Cibelli M.T.³, Garancini P.¹, Moro M.¹, Di Napoli D.¹, Carlucci M.⁴, Mazzuconi R.⁵

¹Dirigente medico, Direzione Sanitaria, Ospedale San Raffaele, Milano

²Coordinatore Area Chirurgica, Pronto Soccorso, Ospedale San Raffaele, Milano

³Infermiera di Area Critica, Terapie Intensive, Ospedale San Raffaele, Milano

⁴Direttore Pronto Soccorso e Chirurgia Generale e delle Urgenze, Ospedale San Raffaele, Milano

⁵Direttore Sanitario, Ospedale San Raffaele, Milano

Parole chiave: PEMAFA, Maxi-emergenza

INTRODUZIONE: Il 25.01.2018 alle ore 06.57 un treno regionale (con una stima di 250 passeggeri a bordo) deraglia vicino a Milano. Alle 07.20 SOREU (Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza) comunica la presenza di deceduti e feriti al triage dell'Ospedale San Raffaele (OSR), che è la struttura ospedaliera più vicina al luogo dell'incidente in grado di gestire pazienti traumatizzati gravi.

Materiali e metodi: gli operatori che hanno preso parte alla gestione dell'evento sono stati coinvolti in debriefing o intervistati telefonicamente: i dati ottenuti sono stati confrontati con quanto previsto dal PEMAFA (Piano di Emergenza per il Massiccio Afflusso di Feriti) e dalle Action Cards (istruzioni operative specifiche per la maxi-emergenza).

Risultati: Alle 07.20 il capoturno attiva l'allerta ed effettua la ricognizione della capacità ricettiva: il PS ha in carico 41 pazienti, la sala per le urgenze è libera, le Terapie intensive hanno 2 posti letto. Alle 07.31 SOREU conferma l'invio di alcuni pazienti e il capoturno attiva, in accordo con la Direzione Sanitaria, il I° livello del PEMAFA. OSR si riorganizza tramite le Action Cards:

- la capacità ricettiva aumenta in circa 30 minuti perché parte del personale di area critica presente in ospedale si reca in PS, dove 19 pazienti vengono inviati al domicilio e 10 vengono ricoverati nei reparti che hanno anticipato le dimissioni; le Terapie Intensive rendono disponibili 9 posti letto trasferendo i pazienti stabili nei reparti a minor intensità di cura; viene bloccata l'attività elettiva mettendo in stand by 25 sale operatorie
- l'attività di coordinamento del PS viene affidata all'*Hospital Disaster Manager* (HDM)
- I pazienti valutati al triage vengono identificati con un codice alfa numerico progressivo, ogni attività effettuata viene registrata su apposita documentazione cartacea (Cartella clinica, registro triage, richieste di esami).
- Il governo dell'ospedale è affidato all'Unità di Crisi (UdC): la Direzione Sanitaria, con il supporto di Servizio Infermieristico, Ufficio stampa, Vigilanza, Direzione Servizio Clienti e Servizio di Psicologia Clinica, attiva e coordina le risorse critiche, gestisce il flusso di informazioni interne, con i media, le forze dell'ordine e i parenti dei feriti.

Discussione: nonostante l'esiguo bilancio finale (in circa 2 ore OSR ha ricevuto 3 codici rossi, 1 giallo e 6 verdi provenienti dall'incidente e 2 gialli e 2 verdi non coinvolti), la corretta attivazione del PEMAFA ha permesso di:

- rendere velocemente disponibili le risorse critiche altrimenti impegnate nell'attività ordinaria
- ottenere un efficace coordinamento delle attività e dei flussi di informazioni.
- testarne applicabilità, efficacia, validità
- promuoverne il miglioramento continuo: il supporto psicologico fornito ai feriti lievi (non solo ai parenti) è stato inserito nella nuova revisione così come l'attivazione di un numero telefonico unico per la ricezione delle chiamate esterne; le difficoltà di comunicazione fra SOREU e UdC per la congestione delle linee telefoniche hanno promosso l'allestimento di una linea diretta; le difficoltà di riconciliazione anagrafica a seguito del non recepimento univoco dei codici paziente da parte dei Servizi diagnostici, hanno fatto emergere alcune difformità nella modulistica per la richiesta di esami che è quindi stata rivista e armonizzata;
- confermare l'importanza di simulazioni sistematiche del PEMAFA, che sono state inserite nel piano formativo aziendale.

Tassi regionali di ricovero per sepsi e shock settico

Autori

Cecilia Martellucci¹, Davide Golinelli², Giuseppe Franchino³, Maria Vizioli[°], Paola Antonioli[^], Giovanni Pieroni^{*}.

Affiliazioni

¹Sezione di Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara

²Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna

³Direzione medica dei dipartimenti clinici e coordinamento di staff, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

[°] U.O. Programmazione, Controllo della Gestione e della Mobilità Sanitaria e Comunicazione, Azienda USL di Ferrara.

[^] Igiene Ospedaliera-Qualità Servizi Ambientali, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

^{*}Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Istituto delle Scienze Neurologiche, Bologna

Autore che presenterà il lavoro

Cecilia Martellucci

Parole chiave

Sepsi; Gestione del rischio; Codifica dei casi.

Introduzione

La sepsi, sindrome sistemica caratterizzata da importanti anomalie fisiologiche e biochimiche, mostra una crescente incidenza a livello globale e rappresenta un serio problema clinico, di particolare rilievo a livello ospedaliero. La possibilità di identificare precocemente e codificare correttamente i casi è subordinata all'attenzione posta dal sistema, e dai singoli professionisti, su tale problematica. Il lavoro analizza i tassi di ricovero per sepsi nei servizi sanitari regionali nel triennio 2014-2016.

Materiali e metodi

Nell'ambito del Rapporto Osservasalute 2017 (Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto di Igiene) sono stati analizzati i tassi di dimissione in Ricovero Ordinario (RO) con diagnosi di sepsi, sepsi severa e *shock* settico. L'indicatore è stato costruito con al numeratore tutti i casi con codice di diagnosi ICD-9-CM 995.1 "Sepsi" e 995.92 "Sepsi severa" per RO (esclusi i ricoveri con disciplina 56, 60, 28, 75 e 40) e al denominatore i RO per regione erogatrice. Come fonte dei dati è stato utilizzato il flusso informativo SDO del Ministero della Salute.

Risultati

Il tasso nazionale di ricoveri per sepsi è passato dai 68,8 del 2014 ai 90,6 casi su 10.000 del 2016, con un incremento del 31,7%. A livello regionale il valore è compreso, nel 2016, tra il 7,9 per 10.000 della Basilicata e il 186,4 della Liguria. In generale si evidenzia una forte differenza geografica, con il Nord, tranne la Valle d'Aosta, che presenta valori più elevati rispetto al dato nazionale e a quasi tutte le regioni del Meridione (Tabella 1, Grafico 1).

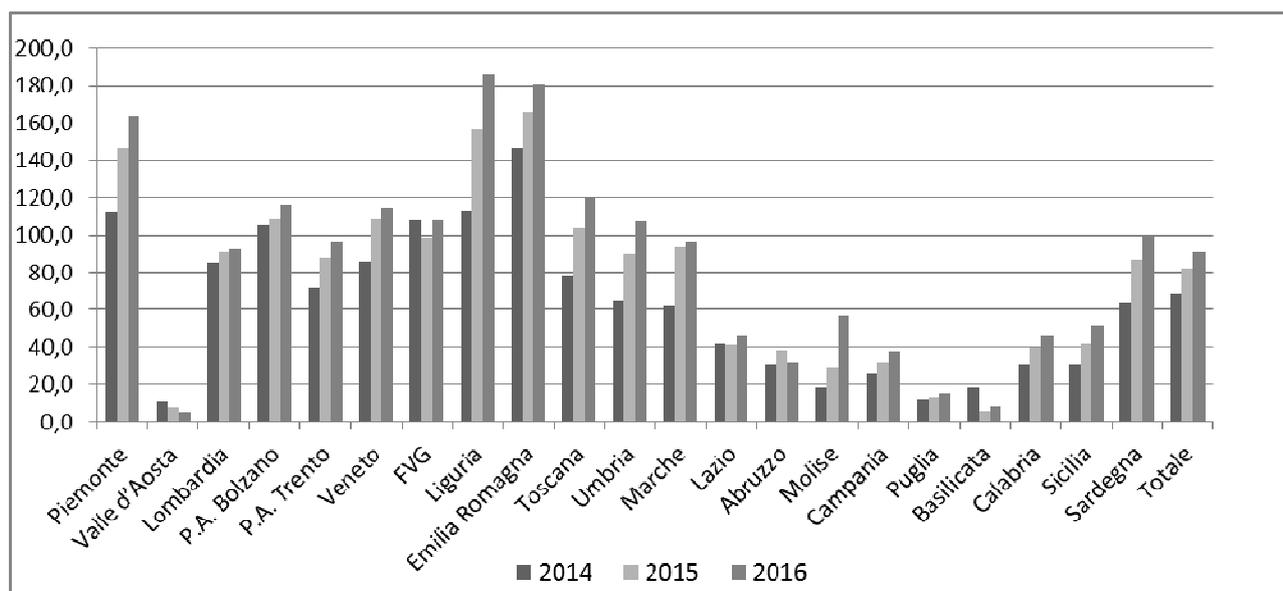
Conclusioni

Le differenze tra regioni e i trend in aumento sono probabilmente imputabili maggiormente alla capacità delle strutture di individuare in modo appropriato e precoce tale patologia e alla sensibilità dei professionisti verso una corretta codifica, che a reali e consistenti differenze nei valori di incidenza. Da diversi anni sono stati definiti ed avviati, a livello di alcune regioni, progetti che prevedono il monitoraggio continuo delle innovazioni tecnologiche, organizzative e gestionali in grado di contrastare il fenomeno, la loro diffusione e promozione, e la valutazione dell'impatto degli interventi stessi. Una mappatura sistematica di questo quadro patologico nel contesto italiano risulta necessaria per definire strategie orientate ad una sua più efficace gestione.

Tabella 1. Tasso di ricovero (per 10.000) con diagnosi di sepsi, sepsi severa e shock settico per regione e totale, anni 2014-2016.

	2014	2015	2016	Δ % 2016-2014
Piemonte	112,8	146,7	163,8	45,2
Valle d'Aosta	11,0	7,3	4,9	-55,5
Lombardia	85,2	90,8	91,9	7,9
P.A. Bolzano	105,3	108,6	116,2	10,4
P.A. Trento	71,6	87,7	96,6	34,9
Veneto	85,3	108,7	114,2	33,9
FVG	107,6	98,8	107,7	0,1
Liguria	113,3	156,2	186,4	64,5
Emilia Romagna	147,0	165,7	180,6	22,9
Toscana	77,6	103,8	120,7	55,5
Umbria	65,0	89,4	107,1	64,8
Marche	62,2	93,3	96,7	55,5
Lazio	41,8	41,1	46,3	10,8
Abruzzo	31,3	38,2	31,5	0,6
Molise	18,8	28,5	56,6	201,1
Campania	25,8	31,6	37,7	46,1
Puglia	11,6	13,3	15,5	33,6
Basilicata	18,5	5,3	7,9	-57,3
Calabria	31,1	39,5	46,4	49,2
Sicilia	30,9	41,5	51,3	66
Sardegna	63,8	86,8	100,3	57,2
Totale	68,8	82,1	90,6	31,7

Grafico 1. Tasso di ricovero (per 10.000) con diagnosi di sepsi, sepsi severa e shock settico per regione e totale, anni 2014-2016.



Implementare il *patient blood management* nel pre ricovero chirurgico: il ruolo del *case manager*

Mazzi G(*), Cagossi C (**), Coriani S (**), Sara Romitti (***), Sandra Dallera (**), Nocera A(***), Costi F (***), Baricchi R (****), Di Mare A (*****) Pocaforza M (*****) Magnani A(*****), Montella MT(*****)

(*) Direttore di Presidio, (**) Direzione Assistenziale (***) Case Manager, (****) Direttore Servizio Trasfusionale; (*****) Direttore Igiene e Tecnica Ospedaliera – Presidente COBUS (*****) Direzione Gestione Operativa

Parole Chiave: *Patient Blood Management, Case Manager, formazione*

Introduzione

Il *patient blood management* (PBM) è un approccio multidisciplinare e multimodale, supportato da evidenze cliniche, volto a incrementare la appropriatezza trasfusionale, migliorando in modo significativo gli *outcome* dei pazienti chirurgici. Garantire un corretto percorso assistenziale nei pazienti anemici è necessario, poiché la prevalenza dell'anemia è elevata sia nella popolazione comune che nelle casistiche ospedaliere. La prevalenza dell'anemia, nella popolazione generale era, nel 1985, pari al 30%¹, dato confermato nel 2010 - 32,9% della popolazioni². Rilevanti sono gli aspetti economici e di salute pubblica della non corretta gestione del sangue. Un audit predisposto dal NHS (2017), evidenzia che le trasfusioni non appropriate o non necessarie sono il 21%³. Inoltre, nel 2015, in Italia, sono stati segnalati 1.917 effetti indesiderati in pazienti che hanno ricevuto componenti allogene (1: 1646 pazienti e 1: 263.016 sacche trasfuse)⁴. Per quanto attiene agli aspetti economici corre l'obbligo di sottolineare che una trasfusione non appropriata non si limita al solo costo della sacca trasfusa, una metanalisi (protesi di ginocchio) rileva un aumento di degenza media 5.8 vs 3.8 e complicanze⁵.

Alla luce dei rischi connessi alla gestione del sangue, fin dal 2005 l'Australia ha sviluppato piani sia per la sicurezza trasfusionale che per lo sviluppo di linee guida ed indicazioni puntuali sul *patient blood management*. I buoni risultati australiani hanno spinto, l'Europa a produrre linee guida.^{6,7}

La mancanza di conoscenza dei rischi connessi alla pratica trasfusionale è la principale barriera ostativa nell'implementazione del PBM.

Materiali e metodi

La gestione del *patient blood management* nel paziente chirurgico fonda su tre pilastri:

1. ottimizzare l'eritropoiesi, individuando precocemente i pazienti anemici (preoperatorio);
2. minimizzare le perdite di sangue (intraoperatorio);
3. utilizzare in modo appropriato il sangue (post operatorio).

Il presente *abstract* descrive la gestione del primo pilastro. Al fine di implementare l'adesione al PMB è stata predisposta una analisi retrospettiva (vedi tabella) dei casi oncologici che avrebbero potuto essere eligibili nella fase pre intervento/prericobero e non sono stati inviati al percorso aziendale *anemic clinic* (vedi tabella). Le barriere organizzative in fase pre operatoria erano quelle summenzionate, cui somma la difficoltà dei chirurghi generali ad effettuare una anamnesi approfondita durante la visita. Per queste ragioni, nel corso dell'anno 2018, è stato predisposto un corso di formazione ed incontri sistematici con gli infermieri *case manager* che gestiscono il paziente in fase pre operatoria. I *case manager* sono dei facilitatori di processo, garanti del *patient flow* e della contestuale verifica di appropriatezza dei criteri clinico-assistenziali che debbono possedere i pazienti da sottoporre ad interventi chirurgici complessi, con presumibili elevate perdite di sangue, incluso il controllo della emoglobina. Il *case manager* prevalentemente clinico deve infatti possedere le competenze necessarie per identificare e accertare i problemi del paziente, valutando le condizioni dell'assistito e predisporre percorsi correttivi. Nel contesto specifico fanno da tramite tra varie stazioni del paziente tra cui: liste di attesa, stadiazione paziente, pre ricovero anestesio-logico.

ONCOLOGICI							
		N° INT	hb<13	hb<12	hb<11	hb<10	
TM COLON RETTO FEGATO		211	137	107	64	23	
TM PROSTATA		90	5	1	0	0	
TM VESCICA		17	11	7	2	0	
TM RENE		1	1	1	1	1	
		319	154	116	67	24	

Risultati

I risultati si confermano in linea con la letteratura, nell'anno 2017 erano stati inviati alla anemia clinic della Medicina Trasfusionale 11 pazienti oncologici vs 47 pazienti inviati nei primi 8 mesi del 2018 e non sono stati sottoposti ad alcuna trasfusione riducendo così il consumo di sangue ed il rischio paziente

Bibliografia

1. De Maeyer E, Adiels-Tegman M The prevalence of anaemia in the world. World Health Stat Q 1985; 38 (3): 302-3
2. Pasricha SR. Anaemia: a comprehensive global estimate. Blood. 2014 Jan 30;123(5):611-2
3. NHS audit of transfusion associated circulatory overload 2017 : <http://hospital.blood.co.uk/media/29759/2017-taco-national.pdf>
4. *Rapporti ISTISAN* 17/28 attività di emovigilanza in Italia: anno 2015
5. Monsef J, Della Valle Ag, Mayamn DJ et Al The impact of blood management on length of stay after primary total knee arthroplasty Orth J 108-113 May 2014
6. Patient Blood management Guideline Australian Red Blood Cross Service; Nov 2016
7. Espinosa A, Arsenovic M, et Al Implementing a patient blood management program in Norway: Where to start? Transfus Apher Sci. 2016 Jun;54(3):422-7.

Introduzione di sistema informatizzato per gestione delle note operatorie

Zanella R. Direttore della Funzione Ospedaliera AULSS 1, Parise G. Direzione di Ospedale AULSS 1 Distretto 1, Bucciarelli R. Responsabile UOS Gruppo Operatorio Distretto1, Manfroi A. Coordinatore Gruppo Operatorio AULSS 1 Dolomiti Distretto1, Ricagna F. Direttore Dipartimento Chirurgico AULSS 1 Dolomiti, Bianchin C. Risk Manager AULSS 1

1 Parole

Registro operatorio, programmazione, informatica

2 Introduzione

Un'adeguata programmazione dell'attività chirurgica (PO) permette una corretta assegnazione delle risorse necessarie all'attività chirurgica (personale, strumentazione, locali). Tale attività se supportata da strumenti informatizzati e standardizzati permette una migliore condivisione delle informazioni necessarie. Presso l'AULSS 1 Dolomiti Distretto 1 (D1) a partire dal 2016 si è avviato un processo che ha sostituito la PO cartacea con strumento informatizzato presso gli Ospedali di Belluno, Pieve di Cadore ed Agordo.

3 Materiali e metodi

1 Sviluppo di sistema informatizzato per la gestione delle note operatorie, integrato con il sistema di lista d'attesa dei ricoveri, ma non ancora con la programmazione ambulatoriale.

2 Formazione frontale agli operatori con addestramento per la gestione delle modalità operative, regolamentazione delle modalità e delle tempistiche di comunicazione tra le UUOO chirurgiche e il Gruppo Operatorio della D1.

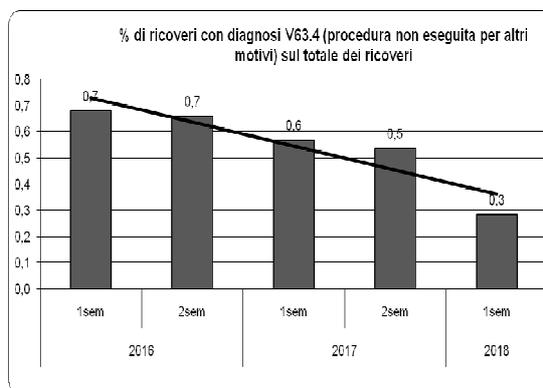
3 Inserimento nella scheda di budget di specifico quesito

4 Risultati

Il progetto ha previsto 3 step: 1) 2016 Implementazione del sistema informatizzato 2)2017 Introduzione presso il presidio ospedaliero di Belluno con attivazione di specifico quesito nella scheda di Budget 3)2018 Estensione a tutti gli ospedali dell'D1.

Tale attività ha eliminato la trasmissione su supporto cartaceo della programmazione delle note operatorie e migliorato il sistema di comunicazione e programmazione dell'attività chirurgica incidendo sulla percentuale di ricoveri con diagnosi alla dimissione V64.3 (procedura non eseguita per altre ragioni), il trend appare promettente.

5 Grafici



OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANA E INFEZIONI DEL TORRENTE EMATICO: QUALI FATTORI DI RISCHIO?

Gaia Marzia Schifino¹, Alma Cattaneo¹, Simona Silveti, MD², Marco Ranucci, MD, FESC^{2,3}, Valeria Pistuddi², Giuseppe Isgro, MD², Andrea Ballotta, MD², Laurenzia Ferraris, MD⁴, Mauro Cotza, CCP³

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

²Department of Cardiothoracic - Vascular Anesthesia and Intensive Care. IRCCS Policlinico San Donato, Milan, Italy;

³ECMO Team. IRCCS Policlinico San Donato, Milan, Italy,

⁴Infectious Disease Unit, IRCCS Policlinico San Donato, Milan, Italy.

PAROLE CHIAVE: Ossigenazione Extracorporea a Membrana, Infezioni del Torrente Ematico, Odds Ratio.

INTRODUZIONE: L'Ossigenazione Extracorporea a Membrana (ECMO) Venoso Arteriosa (VA) è una procedura post chirurgica associata a Infezioni del Torrente Ematico (BSI) come la Sepsis. A Maggio 2017 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la Sepsis un'emergenza sanitaria globale, che in Europa conta più di 700.000 casi/anno, una mortalità del 70% e costi di ospedalizzazione elevatissimi. Una maggiore conoscenza dei fattori di rischio per la sepsi potrebbe aiutare a ridurre il rischio di morte, dell'8% per ogni ora di ritardo dell'inizio della terapia. Obiettivo di questo studio è determinare il tasso d'incidenza ed i fattori di rischio per le BSI acquisite durante ECMO VA post cardiectomia.

MATERIALI E METODI: È stato condotto uno studio retrospettivo monocentrico su 92 pazienti sottoposti a ECMO VA post cardiectomia da Marzo 2013 a Dicembre 2017. Per ogni paziente sono state raccolte le variabili: età, sesso, tipo di cardiectomia, periodo trascorso tra la chirurgia e il posizionamento dell'ECMO, ore con ECMO, posizionamento di ECMO in corso di rianimazione cardiopolmonare, creatinemia e bilirubinemia al momento dell'ECMO, picco creatinina e bilirubina sierica durante l'ECMO, procalcitonina, proteina C reattiva, leucociti, tipo di incanalamento venoso e arterioso, se a sterno aperto o chiuso, bassa emoglobina in ECMO, sanguinamento dal drenaggio toracico, quantità di globuli rossi, plasma fresco congelato e concentrati piastrinici trasfusi in ECMO, decorso clinico (morte in ECMO, morte dopo rimozione di ECMO, vivo alla dimissione). Le BSI sono state considerate associate ad ECMO in presenza di una nuova emocoltura positiva tra le 48 ore dopo l'inizio e dopo il termine della ECMO.

RISULTATI:

Dalla analisi è emerso che 14 pazienti (15,2%) hanno sviluppato BSI associate ad ECMO. I pazienti sono stati sottoposti complessivamente a 567 giorni di trattamento con ECMO e l'incidenza di BSI è stata di 24,7/1000 giorni ECMO.

I patogeni isolati sono stati nel 53% dei casi Gram Negativi (26,6% *Pseudomonas Aeruginosa*, 20% *Klebsiella Pneumoniae*) nel 40% dei casi Gram Positivi, un solo caso è stato attribuito a *Candida*. Nei primi 7 giorni si è osservato un progressivo incremento dell'Odds Ratio (OD), mentre dal settimo al quindicesimo giorno è rimasto stabile mostrando un secondo aumento dopo il quindicesimo giorno. Lo studio ha evidenziato una associazione tra il tempo in ECMO e lo sviluppo di BSI statisticamente significativo. I fattori indipendenti associati a BSI sono risultati essere, l'età adulta (aumento di 10 volte dell'OD), il valore di bilirubina sierica pre impianto (aumento dell'OD del 16% per ogni 1 mg/dl di aumento di bilirubina sierica) e la quota di sanguinamento dal drenaggio toracico (rialzo dell'OD del 1% per ogni 1 ml·kg⁻¹·day⁻¹ di sangue perso). Dallo studio emerge in fine che il valore minimo della conta dei linfociti potrebbe aiutare a predire il rischio di BSI mentre un incremento della bilirubina sierica potrebbe essere rappresentativo di un più severo shock cardiogeno con ristagno sanguigno a livello della circolazione di destra e una conseguente insufficienza epatica. Si auspica in futuro uno nuovo studio di tipo prospettico osservazionale in grado di dirimere maggiormente la problematica della predizione e della diagnosi di BSI.

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

ANTIBIOTICI AD ALTO COSTO: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLA SCHEDA DI RICHIESTA MOTIVATA DI ANTIBIOTICI

A. Cattaneo¹, G.M.Schifino¹, A. Waigwa¹, M.M. Dragonetti², A.D'Acquisto³, G.Gallo⁴, L.Carpinelli³, M.T.Cuppone⁵

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

2Farmacista Referente, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato;

3Vicedirettore Sanitario, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato;

4Responsabile Sistema Gestione Qualità, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato;

5Direttore Sanitario, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato.

PAROLE CHIAVE Antibiotici, Appropriatezza, Farmaci

INTRODUZIONE: Secondo l'ultimo rapporto AIFA gli antimicrobici generali per uso sistemico hanno rappresentato nel 2017 la terza categoria terapeutica a maggior spesa pubblica. A una sovra-prescrizione inappropriata si è sommato talvolta un impiego improprio di alcuni tipi di antibiotici per patologie. Una prescrizione farmacologica può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche per le quali il farmaco si è dimostrato efficace e all'interno delle sue indicazioni d'uso (dose e durata del trattamento). Come emerge dalla letteratura è fondamentale individuare strumenti sempre nuovi capaci di guidare i medici verso una prescrizione appropriata degli antibiotici. Alla luce di queste premesse, nel mese di Gennaio 2018, la Farmacia dell'I.R.C.C.S. Policlinico San Donato ha revisionato e messo a disposizione dei medici, la Scheda di Richiesta Motivata di Antibiotici per singolo paziente (Figura 1), al fine di controllare e ottimizzare la prescrizione di tali farmaci.

MATERIALI E METODI: Obiettivo primario di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia della scheda di richiesta motivata degli antibiotici presso l'I.R.C.C.S. Policlinico San Donato. È stata quindi condotta un'analisi di tipo retrospettivo nella quale sono state prese in esame tutte le Richieste Motivate di Antibiotici pervenute presso la Farmacia della struttura da Gennaio a Luglio 2018.

RISULTATI: I farmaci maggiormente prescritti sono stati Meropenem, Levofloxacin, Daptomicina, Linezolid e Teicoplanina (Tabella 1). I Reparti che hanno effettuato maggiore richiesta di antibiotici sono la Terapia Intensiva Post Operatoria (TIPO) 24%, Medicina Interna 18%, Pneumologia 11%. I farmaci sono stati utilizzati per infezioni localizzate principalmente a livello polmonare 39%, ematico 23% e urinario 7%. Dal punto di vista empirico, da indicazioni AIFA, le posologie, le dosi giornaliere e la durata dei trattamenti sono stati indicati correttamente. Da questo si evince che le modifiche apportate alla scheda in oggetto hanno condotto a una prescrizione farmacologica più precisa nell'ottica dell'ottimizzazione dell'uso di tali farmaci.

Farmaco	Prescrizioni	Consulenza	Esame Colturale	Reparto	Sede	Intervallo Posologia	Posologia Media	Intervallo Durata	Durata Media
Daptomicina 500 mg	11%	53%	54%	Cardiochirurgia	Cardiaca	250-1000 mg/die	522 mg	5-28 giorni	17 giorni
Levofloxacin 500 mg	15%	18%	18%	Pneumologia	Polmonare	375-1000 mg/die	723 mg	3-15 giorni	8 giorni
Linezolid 600 mg	8%	26%	26%	Pneumologia	Polmonare	600-1200 mg/die	1160 mg/die	5-15 giorni	11 giorni
Meropenem 1000 mg	47%	41%	41%	TIPO	Polmonare	1000-6000 mg/die	3000 mg/die	3-15 giorni	9 giorni
Teicoplanina 200 mg	5%	34%	37%	Medicina	Ematica	100-1600 mg/die	580 mg/die	3-21 giorni	9 giorni

TABELLA 1

FIGURA 1

IRCCS POLICLINICO SAN DONATO

RICHIESTA MOTIVATA DI ANTIBIOTICI PER SINGOLO PAZIENTE
Da inviare alla Farmacia

Piano _____

Unità Operativa _____



FARMACO RICHIESTO

Denominazione	Posologia giornaliera	Durata prevista del trattamento	Quantità di flaconi richiesta
<input type="checkbox"/> MEROPENEM 500 mg			
<input type="checkbox"/> MEROPENEM 1000 mg			
<input type="checkbox"/> TIGECICLINA 50 mg			
<input type="checkbox"/> LINEZOLID 600 mg*			
<input type="checkbox"/> DAPTOMICINA 350 mg*			
<input type="checkbox"/> DAPTOMICINA 500 mg*			
<input type="checkbox"/> DALBAVANCINA 500 mg			
<input type="checkbox"/> VORICONAZOLO 200 mg			
<input type="checkbox"/> CASPOFUNGIN 50 mg			
<input type="checkbox"/> CASPOFUNGIN 70 mg			
<input type="checkbox"/> ANIDULAFUNGINA 100 mg			
<input type="checkbox"/> LEVOFLOXACINA 500 mg			
<input type="checkbox"/> TEICoplanina 200 mg			

Informazioni sulla richiesta:

Localizzazione dell'infezione _____

In attesa di valutazione infettivologica (verranno consegnati MAX 4 gg di terapia)

Consultato: Dr /Dr.ssa _____

Precedente terapia antibiotica _____

Altri antibiotici associati _____

Antibiogramma allegato SI NO

Data: ____/____/____

Il Medico Richiedente:



Il Farmacista:



* NOTA: Allegare copia del modulo M-DS-154 qualora Linezolid sia richiesto per "infezioni complicate della cute e dei tessuti molli". Allegare copia del modulo M-DS-154-Dugno qualora la Daptomicina sia richiesta per Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI), Endocardite infettiva del cuore destro (RIE) da *Staphylococcus aureus*

TITOLO IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI WEEK SURGERY NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA (AOUI) DI VERONA DOPO TRE ANNI DI ATTIVITA'

NOMI AUTORI

1. MARIGO F. (presentazione)
2. TARDIVO S.
3. POLI R.
4. GHIRLANDA G.
5. BOVO C.

CARICA E STRUTTURA DI APPARTENENZA AUTORI

1. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli studi di Verona.
2. Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona
3. Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera AOUI di Verona
4. Direttore Medico Direzione Medica Ospedaliera AOUI di Verona
5. Direttore Sanitario AOUI di Verona

PAROLE CHIAVE week – surgery – ricovero

INTRODUZIONE

Il regime di ricovero di Week Surgery (WS) è un tipo di ricovero programmato dedicato a pazienti chirurgici di bassa-media complessità, non complicati, con degenza inferiore ai 5 giorni e su posti letto dedicati.

L'esperienza di WS nell'AOUI di Verona inizia con una fase sperimentale nel 2011 su 67 letti dedicati, in contiguità con le degenze ordinarie delle Unità Operative interessate.

Nel settembre 2015 viene istituito il Modulo di Attività (MDA) di WS con 36 letti dedicati (che nel 2016 diventano 46 per accogliere le 2 Unità Operative Complesse di Ortopedia e traumatologia), cui afferiscono le Chirurgie Generali della sede di Borgo Trento e le Chirurgie Endocrina, Plastica, Senologica e Vascolare. Permangono posti letto dedicati di WS in contiguità con le degenze ordinarie per i reparti di Neurochirurgia (10 pl), ORL (10 pl) ed Oculistica (9 pl).

MATERIALI E METODI

Sono stati analizzati i dati ricavati in forma anonima dal flusso SDO regionale riferiti al periodo di attività del MDA di WS (settembre 2015–agosto 2018).

Si sono considerati i ricoveri con ingresso e dimissione avvenuti nel MDA di WS, escludendo i trasferiti ad altro reparto. Non sono stati considerati i ricoveri con 0 giorni di degenza poiché si tratta di ricoveri diurni effettuati sui letti di WS.

RISULTATI

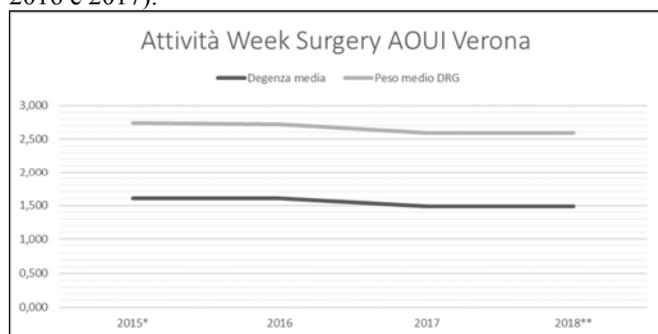
In tutto sono stati effettuati 8381 ricoveri.

Nei primi mesi di attività (2016) la degenza media era di 1,60 giorni, a fronte di un peso medio dei DRG prodotti di 1,14, mentre negli ultimi mesi in esame (2018) la degenza media è di 1,49 giorni, con peso medio dei DRG prodotti di 1,11.

Negli anni 2016 e 2017 si è ottenuto un aumento dei casi trattati (da 2518 a 3067), anche grazie all'aumento dei posti letto (settembre 2016) per ospitare i pazienti delle Unità Operative Complesse di Ortopedia e Traumatologia. La degenza media si è ridotta (da 1,61 a 1,48 giorni), mentre il peso medio del DRG prodotto si è stabilizzato su un valore (1,11) che persiste anche nei primi 8 mesi del 2018.

Le Unità Operative con i volumi di attività maggiori nel periodo 2015-2018 sono quelle di Chirurgia Plastica (1321 casi) e Chirurgia Endocrina (1050 casi), mentre quelle che hanno generato DRG con peso medio maggiore sono quelle di Chirurgia vascolare (1,69 con 757 casi) e Chirurgia Plastica (1,12).

Nell'esperienza di WS dell'AOUI di Verona si può quindi osservare una progressiva diminuzione della degenza media a fronte di un peso del DRG prodotto tendenzialmente stabile ed un aumento del numero di casi trattati (+21,8% tra 2016 e 2017).



Anno	Numero Casi trattati	Degenza media	Peso medio DRG
2015*	806	1,605	1,140
2016	2518	1,610	1,114
2017	3067	1,487	1,106
2018**	1990	1,487	1,110
Totale complessivo	8381	1,535	1,113

* settembre - dicembre

** gennaio - agosto

QUALITÀ E RISCHIO CLINICO: IL PERCORSO DELL'OSPEDALE CRISTO RE NELLA CERTIFICAZIONE ISO 9001:2015

Mastromatteo AM.*, Fabbri T.", Miraglia B.A.°, Carnali M., Nasi G[§]

*Risk Manager- Direzione Sanitaria Ospedale Cristo Re, ° Vice Presidente Direttivo ANMDO Lazio, ° Amministrativo- Direzione Sanitaria Ospedale Cristo Re, ^CSSA- Ospedale Cristo Re, §Direttore Sanitario- Ospedale Cristo Re

Parole chiave: Rischio clinico, ISO 9001:2015, certificazione

Introduzione: L'Ospedale Cristo Re di Roma, in linea con la modifica del concetto di gestione della qualità, integrata con le metodiche di Risk Management al fine di garantire cure appropriate e sicure, ha deciso di iniziare il percorso di adeguamento del Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) secondo la norma ISO 9001:2015. Il cammino di cambiamento intrapreso agli inizi del 2017 rappresenta una valida opportunità per rivedere tutto l'assetto organizzativo, evidenziandone i punti di forza e di debolezza in modo tale da migliorare il lavoro. Resta inteso che tutto ciò richiede uno sforzo culturale per ammettere che i processi finora svolti, in linea di massima sempre in uno stesso modo, possano essere effettuati diversamente nella logica del miglioramento continuo della qualità, procedendo così verso un reale cambiamento effettivamente più sicuro e teso all'eccellenza.

Materiali e Metodi: Al fine di condurre l'Ospedale alla Certificazione ISO 9001:2015 si è costituito il gruppo di lavoro multidisciplinare che ha coinvolto, non solo i diretti professionisti del SGQ ma anche rappresentanti della Commissione Rischio Clinico e ICA nonché della Commissione PTO e CoBUS. Si è partiti con una preliminare analisi di contesto interno ed esterno con metodica SWOT per individuare i punti di forza, di debolezza, i rischi e le opportunità dell'Ospedale nel suo complesso. E' stata poi effettuata un'analisi dei macro processi aziendali utilizzando l'approccio FMEA con l'individuazione dei punti critici e delle contromisure da adottare. Sono stati individuati infine degli indicatori per il monitoraggio continuo delle aree prioritarie di miglioramento. Sono state effettuate riunioni multidisciplinari, audit interni e giornate di formazione per tutto il personale.

Risultati: E' stato redatto il nuovo Manuale SGQ ISO 9001:2015 attraverso cui viene comunicata la "Politica Aziendale" per la Qualità, precisando in essa gli obiettivi che l'Ospedale intende perseguire e raggiungere, e le risorse assegnate a tal fine. E' stata effettuata un mappatura dei rischi e delle opportunità di tutto l'Ospedale, elaborando una nuova procedura specifica per questa tipologia di valutazione da applicare su tutti i processi della struttura con particolare riferimento ai percorsi di cura. Si sono tenuti corsi di formazione accreditati ECM e non, sul concetto di qualità, gestione del rischio e sicurezza delle cure. Nel Dicembre 2017 si sono svolti gli audit di parte terza dall'Ente certificatore RINA ottenendo per tutto l'Ospedale Cristo Re la Certificazione ISO 9001:2015 e BS OHSAS 18001:2007, conseguita complessivamente oltre che per le attività di assistenza sanitaria anche per la ricerca, la sperimentazione clinica e la formazione.

Conclusioni: Il percorso effettuato è stato positivo e tutte le Unità Operative dell'Ospedale hanno mostrato coinvolgimento per raggiungere gli obiettivi prefissati. Si ritiene che negli anni il sistema sia destinato a crescere ulteriormente al fine di creare un sistema integrato in grado di garantire uno strumento idoneo per il governo clinico.

PDTA di area Oncologica: stato dell'arte in regione Veneto, disamina dei gruppi di lavoro e proposta di upgrade

Marcato G.; (Medico DMO – Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS)

Zacheo T. M.; (Responsabile Area Infermieristica – Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS)

Grosso D.; (Coordinatrice – Centro Coordinamento Infermieri di Ricerca, Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS)

Zanella G.; (Infermiera – Centro Coordinamento Infermieri di Ricerca, Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS)

Parole chiave: PDTA – multidisciplinarietà- multiprofessionalità – organizzazione-assistenza

Introduzione

Con la L.R. 29 giugno 2012 n° 23 di approvazione del PSSR 2012-2016, le reti cliniche integrate con il territorio devono rispondere a due principi cardine garantendo a tutti i cittadini del Veneto una uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie, garantendo allo stesso tempo la sicurezza delle prestazioni al paziente, correlata ad una expertise clinica e ad *un'appropriata organizzazione*. Nell'attuazione del suddetto PSSR, con DGR n° 2067 del 19 novembre 2013, si è istituita la Rete Oncologica Veneta designando l'Istituto Oncologico Veneto-IRCCS come centro Hub per il coordinamento delle attività di alta specializzazione e di altre attività condotte per conto delle Aziende ULSS del territorio;

Il nuovo PSSR 2019-2023 a pg.53 riporta che “il PDTA rappresenta il percorso del paziente nelle reti cliniche, più razionale finalizzato al miglior esito delle cure, è uno strumento trasversale che consente di creare una rete di collegamenti tra i ruoli e le funzioni individuate nella rete garantendo continuità nell'assistenza”.

Il termine *assistenza* quindi prende un ruolo determinante e migliorativo come input a implementare il sistema e la rete con questo ulteriore concetto fondamentale, da qui il nostro spunto nella lettura critica dei PDTA sinora prodotti e pubblicati.

Nei 22 PDTA di area oncologica analizzati sono inseriti gli specifici contributi dei diversi professionisti che concorrono alla loro erogazione, in questo lavoro è stata svolta una disamina e confronto dei vari gruppi di lavoro formalmente attivati per la stesura ciascun PDTA. Tutti coinvolgono giustamente vari clinici chirurghi e medici di vari servizi (radiologia, anat.pat, laboratorio ecc.) e moltissimi coinvolgono MMG e Associazioni dei pazienti; mentre nessuno di essi comprende dirigenti medici esperti in organizzazione (Direzione di Ospedale o di Distretto) e nessuno annovera un coordinatore infermieristico o esponente delle Professioni Sanitarie.

E' evidente che se per dei documenti di indirizzo regionale come questi in cui l'indirizzo di linea diagnostico clinica era senz'altro predominante, nella declinazione locale di ULSS per qualunque PDTA sono necessarie soluzioni locali organizzative difficilmente circoscrivibili entro una solo U.O. in cui il Direttore della stessa può far fronte direttamente, bensì sono spesso modifiche di più ampia portata che coinvolgono nel percorso del paziente più UU.OO. le quali meglio possono essere orientate in tal senso da azioni organizzative risolutive poste in essere con l'inevitabile azione specifica svolta da dirigenti della DMO e/o della Direzione di Distretto. Pertanto quantomeno nel capitolo dell'attuazione di tali PDTA regionali tali figure dovrebbero trovare spazio come componenti. A questo si affianca anche lo spazio per la professionalità infermieristica per descrivere la specifica assistenza (nel senso più ampio di *care*) e il posto che questa occupa all'interno delle diverse fasi in cui transita l'utente. Gli infermieri sono quotidianamente impegnati ad assistere i loro pazienti e spesso sono l'anello di congiunzione tra i diversi settings assistenziali che si inseriscono nel percorso di cura divenendone figure cardine. Confrontando le esperienze di altre realtà (“*Linee d'indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostici terapeutici nell'ambito dell'assistenza infermieristica relativa alle patologie oncologiche*” emesse nel 2016 dall'organizzazione della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta) appare sensata la proposta di istituire un gruppo Infermieristico che possa collaborare ed inserirsi parallelamente, ma pur sempre in maniera integrata, ai PDTA creando delle Linee d'indirizzo per la stesura di piani assistenziali, con l'obiettivo di adeguarsi a quanto dichiarato nei PDTA uniformando la pratica dei professionisti operanti nelle realtà oncologiche presenti su territorio regionale e di esplicitare concretamente la parola “A” di assistenza presente nell'acronimo.

Conclusioni

“Caratteristiche essenziali del gruppo di lavoro per la costruzione di un PDTA sono la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità: non solo le categorie di operatori sanitari, ma anche quelle amministrativo-organizzative sono necessarie a sviluppare uno specifico PDTA” (Linee di indirizzo Nazionali sui PDTA delle demenze 2017 ;C_17)

Pertanto oltre che un gruppo formale (ovvero composto da Direttori di varie U.O. coinvolte) appare opportuno che il gruppo di lavoro sia anche un gruppo competente (ovvero un componente per ogni competenza richiesta)

Sempre l'ultimo PSSR riporta che l'attività di “supporto tecnico ai gruppi di lavoro dei PDTA è fornito da Azienda Zero” inoltre ribadisce “l'adozione di strumenti organizzativi efficaci come il PDTA, quale ulteriore strumento organizzativo a tutela di professionisti ed operatori”. Tale supporto, anche da parte di Az.Zero si può ben concretizzare identificando la migliore sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute in quanto sono percorsi di assistenza elaborati per categorie di pazienti, e devono essere predisposti ed usati da chi eroga le prestazioni stesse per risultati ottimali in termini di efficacia ed efficienza.

VBAC o non VBAC? La promozione della sicurezza delle cure migliora anche gli indici di performance P.Re.Val.E. e P.N.E. attraverso la formazione continua agli operatori e lo studio degli aspetti motivazionali e psicologici che portano alla scelta di espletare un parto naturale dopo un cesareo

Nasi G.¹, Distefano F.A.², Allegrini C.³, Basso D.⁴, Ferrazzani S.⁵, Chiarelli D.², Giordano V.², Metastasio P.⁶, Miraglia B.A.¹, Moscato U.⁷, Bonini A.⁸, Sanna A.⁹, Toppi V.², Triggiani A.², Rizzo G.⁶, Piscicelli C.⁶, Mastromatteo A.M.¹

⁽¹⁾Direzione Sanitaria Ospedale Cristo Re GIOMI Roma, ⁽²⁾Servizio di Psicologia Perinatale Ospedale Cristo Re GIOMI Roma, ⁽³⁾U.O.C. di Ostetricia e Patologia Ostetrica Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, ⁽⁴⁾Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Belcolle Viterbo, ⁽⁵⁾Polo per la Salute della Donna e del Bambino Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, ⁽⁶⁾U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia Ospedale Cristo Re GIOMI Roma, ⁽⁷⁾Istituto Sanità Pubblica IRCCS Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, ⁽⁸⁾Controllo di Gestione Ospedale Cristo Re GIOMI Roma, ⁽⁹⁾Ufficio Comunicazione Ospedale Cristo Re GIOMI Roma

Parole chiave: VBAC, parto, performance

INTRODUZIONE

L'Ospedale Cristo Re è un punto nascita di eccellenza dove nel rispetto del SGQ e della sicurezza, si effettuano specifici corsi di formazione continua, briefing giornalieri, revisioni dei protocolli; inoltre, con particolare riferimento all'umanizzazione delle cure, è costantemente presente un servizio di psicologia perinatale. In quest'ottica multidisciplinare ci si è posti l'obiettivo di valutare le caratteristiche demografiche, motivazionali e psicologiche che possano influire sulla richiesta della donna con pregresso Taglio Cesareo (TC) ad espletare un Vaginal Birth After Cesarean.(VBAC).

MATERIALI E METODI

In tema di VBAC, in affiancamento al miglioramento delle skill attraverso corsi teorico-pratici che coinvolgono tutti gli operatori dell'equipe materno-infantile, anche con uso di manichini di prova, è prevista un'attenta formazione sulla valutazione delle assistite in gravidanza caso per caso. Con riferimento allo studio psicologico-motivazionale gli strumenti utilizzati sono stati: Consenso informato, Intervista semi-strutturata e Big Five Questionnaire. Criteri di inclusione: gestanti con un solo pregresso TC, feto singolo, in presentazione cefalica senza alcun tipo di malformazione, in assenza delle stesse indicazioni che avevano condotto allo svolgimento del precedente parto cesareo. Le donne sono state reclutate sia dal Gemelli che dal Cristo Re e suddivise in due gruppi: donne che dopo il counseling hanno deciso di sottoporsi ad un secondo TC (41, gruppo controllo) e donne che hanno stabilito di espletare un VBAC (22, gruppo sperimentale).

RISULTATI

L'analisi dei dati rileva che le donne gruppo VBAC presentano un'età media tra i 31-35 anni (57%), l'80% ha un livello d'istruzione di 3° livello o superiore e ha avuto un'influenza sulla scelta della modalità del parto da parte del partner (64%); il gruppo di controllo mostra un'età media >35 anni (51%), il 60% ha un'istruzione media superiore e ha avuto un'influenza sulla scelta della modalità del parto da parte del ginecologo/ostetrica (64%). Dal test di personalità (Big Five Questionnaire) emerge una differenza statisticamente significativa tra le dimensioni Energia ed Apertura Mentale, non risulta essere significativa nei campi dell'Amicalità, Stabilità Emotiva e Coscienziosità. La differenza sulla Scala Lie si caratterizza per una differenza ai limiti della significatività alla sottodimensione Apertura Mentale tra i due gruppi. In accordo con la Letteratura si evince come la passata esperienza influisca sulla scelta della modalità del parto nella successiva gravidanza: le donne propense ad un secondo TC riferiscono di aver vissuto la pregressa esperienza come un evento positivo dal punto di vista emotivo e familiare (66%) mentre solo il 36% nel gruppo sperimentale; il 64% di quest'ultimo rivela di aver vissuto il TC con paura e con un recupero post-operatorio doloroso e dichiara di aver avuto difficoltà nella cura del figlio, nell'allattamento al seno, di aver sofferto di alterazioni dell'umore nel post-partum, motivo per cui hanno scelto di intraprendere un TOLAC.

La conoscenza più profonda delle donne nonché la preparazione e la sicurezza degli stessi operatori ha dimostrato che è possibile eseguire un numero maggiore di VBAC, con condivisione, partecipazione e soddisfazione delle donne e dell'intera equipe, portando ad un miglioramento degli indici di performance regionali e nazionali, per i quali il Cristo Re è ai primi posti sia nei dati PReValE che PNE.

Rifunzionalizzazione dei presidi ospedalieri

L'esperienza del CAL di Oculistica di Mussomeli (CL)

R. Elia¹, G. Bona², S. Giugno³, P. Di Mattia⁴, L. Grimaldi⁵, A. Cirrone Cipolla⁶, C. Consiglio⁷, P.M. Santino⁸

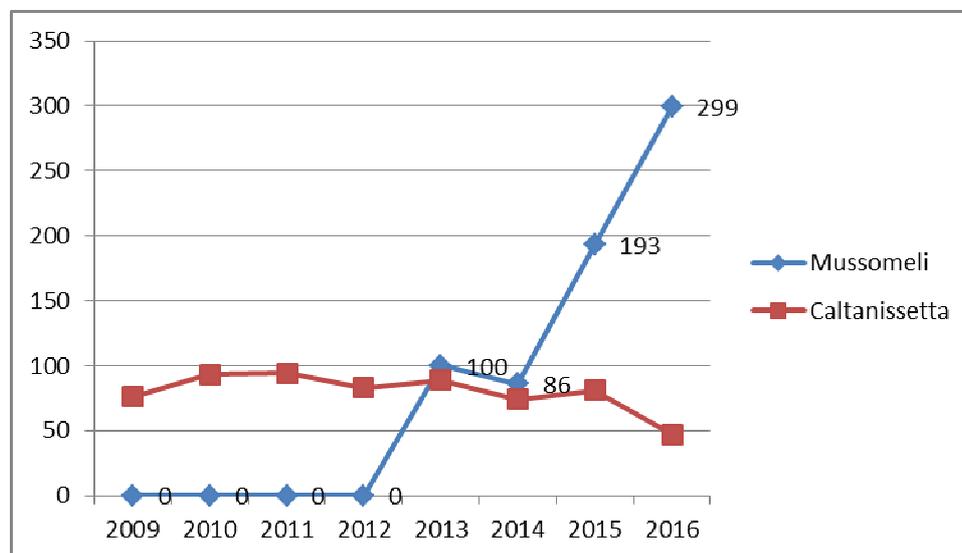
¹Direttore Medico di Presidio PO Sant'Elia, ²Direttore U.O.C. Oculistica PO Sant'Elia, ³Dirigente Medico U.O.C. Oculistica PO Sant'Elia, ⁴Dirigente Medico UOC Direzione Sanitaria PO Sant'Elia, ⁵Dirigente Medico UOC Direzione Sanitaria PO Sant'Elia, ⁶Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale ASP di CI, ⁷Dirigente Psicologo Spec. Amb. Int. U.O.C. Cure Primarie ASP CI, ⁸Direttore Sanitario ASP di Caltanissetta

Parole chiave: riqualificazione, ospedale, benessere

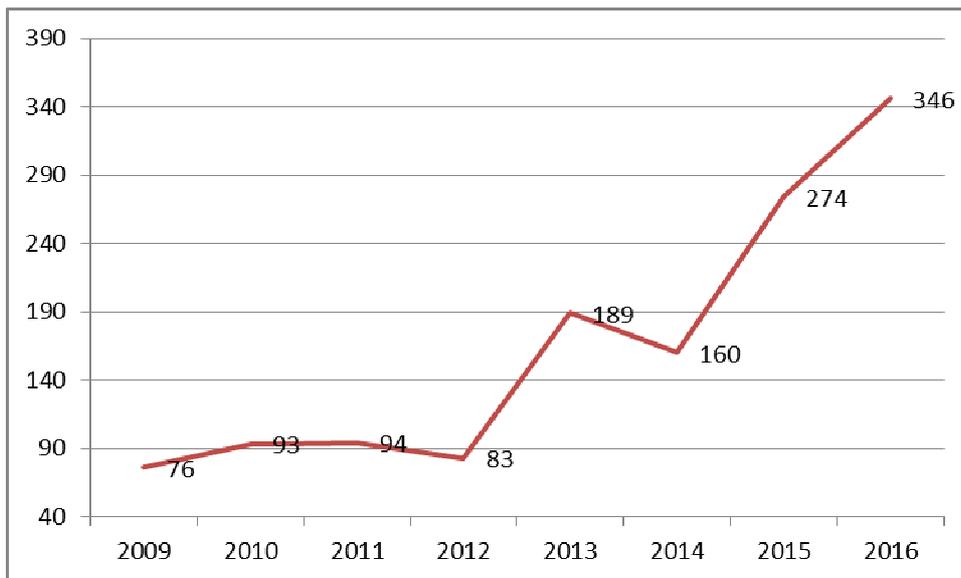
Introduzione Uno dei temi principali che ogni sistema sanitario deve sottoporre ad una continua verifica è quello relativo all'organizzazione della propria rete ospedaliera. Lo scopo fondamentale del D.R. 14/1/15 dell'Assessore alla Salute è quello di riqualificare la rete ospedaliera della Regione Sicilia anche attraverso la riorganizzazione dei piccoli ospedali, il Progetto Regionale prevede infatti che possano essere effettuati anche interventi chirurgici di base e specialistici. In relazione a quanto previsto dal Decreto, nell'Ospedale di Mussomeli in cui una delle patologie più frequenti nelle persone anziane è la cataratta. Notevole è il n. di pazienti che necessitano dell'intervento, i quali, in relazione al pessimo sistema viario che collega Mussomeli a CI confluivano in passato presso le ASP di PA e AG, meglio collegate a Mussomeli. Nel Luglio del 2013 è stato attivato il CAL (Centro di Assistenza Limitata) di Oculistica presso l'Ospedale Maria Immacolata Longo di Mussomeli con lo scopo di razionalizzare le risorse e, allo stesso tempo, rispondere ai bisogni della popolazione.

Materiali e Metodi L'apertura del CAL ha comportato a livello logistico, una sala operatoria dedicata al CAL di Oculistica per un tempo di 6h con cadenza quindicinale; un aumento di risorse umane dedicate al CAL per un tempo di 18h (su 2gg) con cadenza quindicinale. I pazienti sono reclutati grazie alla collaborazione con i MMG, che sottoposti ad una prima valutazione oftalmologica, valuta la causa del deficit visivo per procedere all'intervento.

Risultati



Graf. 1 Interventi eseguiti presso l'ospedale di Mussomeli e di Caltanissetta su pazienti residenti nel "Vallone" sia nei 4 anni precedenti l'apertura del CAL sia nei 4 anni successivi.



Graf. 2 Totale interventi eseguiti presso gli ospedali di Mussomeli e di Caltanissetta su pazienti residenti nel "Vallone"

Il CAL è stata una risposta a tutte le richieste di interventi di chirurgia minore presenti nel "Vallone". Dai risultati ottenuti è stato fornito alla popolazione, sul posto, un servizio necessario e utile. I pazienti sono stati operati nel loro territorio e non sono stati costretti a spostarsi evitando un grave disagio anche per i familiari; c'è stato, inoltre, un beneficio anche per L'ASP: si è infatti ridotta la mobilità passiva e si è avuto un aumento della mobilità attiva; inoltre, l'apertura del CAL ha riqualificato sia le risorse umane che le risorse strutturali dell'ospedale. L'esperienza del CAL è, per quanto esposto, un tipico esempio di come una buona sanità incida non solo sulla qualità di vita dei pazienti, ma anche su altri aspetti importanti della vita socio-economica.

LA PREVENZIONE DELL'ERRORE ABO: L'ESPERIENZA DEL SIMT DEL PRESIDIO OSPEDALIERO SANT'ELIA DI CALTANISSETTA

A. Cirrone Cipolla¹, R. Elia², R. Badagliacca³, B. Trobia⁴, C. Trobia⁵.

¹ Responsabile Direzione Medica di Presidio P.O. Suor Cecilia Basarocco - Niscemi;

² Direttore Medico di Presidio P.O. Sant'Elia - Caltanissetta;

³ Dirigente Farmacista U.O.C. Farmacia P.O. Sant'Elia - Caltanissetta;

⁴ Dirigente Medico U.O.C. Medicina Trasfusionale P.O. Sant'Elia - Caltanissetta;

⁵ Specializzando in Farmacia Ospedaliera UOC Farmacia P.O. Sant'Elia - Caltanissetta;

Introduzione

L'errore trasfusionale ABO (Evento Sentinella n. 5, che nel 5° Report di monitoraggio con 72 segnalazioni su 1918, pari al 3,75% di tutte le segnalazioni, si pone al 9° posto tra le varie tipologie di eventi sentinella segnalati) continua ancora oggi a costituire uno degli eventi avversi alla trasfusione di sangue di maggior rilievo, che, in alcune circostanze può determinare gravi danni al paziente, provocandone a volte il decesso.

Lo stesso report rileva "tra i fattori contribuenti la mancanza, l'inadeguatezza e l'inosservanza di linee guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure".

La trasfusione ABO incompatibile, quando si verifica, ha un grande impatto mediatico e porta ad una perdita di fiducia della popolazione nei confronti del Sistema Sanitario.

Emerge da una survey nazionale sugli eventi avversi effettuata dalla SIMTI nel 2012 che nei reparti di degenza le criticità maggiormente significative sono rappresentate:

- dal corretto prelievo ed identificazione dei campioni/paziente nelle prove pretrasfusionali (29%);
- dall'identificazione del paziente al momento della trasfusione (21%);

In seguito a ciò e soprattutto alla luce delle disposizioni del DM 02 novembre 2015 è stato introdotto l'obbligo del braccialetto identificativo al paziente sottoposto a terapia trasfusionale.

Materiali e Metodi

E' stata elaborata una procedura che prevede l'utilizzo di un sistema costituito da:

- palmare con lettore di barcode;
- etichette prestampate con codice univoco a barre ed in chiaro;
- braccialetto;
- software per la conservazione dei dati trasfusionali.

La stessa procedura prevede che all'inizio del processo al paziente venga applicato un braccialetto con un'etichetta con il codice univoco; negli appositi spazi bianchi deve essere scritto il nome ed il cognome del paziente nonché la sua data di nascita ed il sesso; le altre etichette vengono applicate sulle provette e sulla richiesta.

Leggendo i codici a barre del braccialetto e della provetta il palmare registra data ed ora della richiesta ed il codice operatore, nonché la congruenza dei dati.

Al letto del paziente presso le UU.OO, non appena arrivano gli emocomponenti richiesti, un CPS Infermiere ed un Dirigente Medico tramite il palmare in dotazione ad ogni singola U.O. verificano la congruenza dei codici presenti sul braccialetto del paziente e sulle unità da trasfondere: in caso di esito positivo il palmare dà il consenso alla trasfusione, mentre in caso di incongruenza viene emesso un allarme visivo e sonoro.

Presso la UOC di Medicina Trasfusionale un server funge da database; i dati sono interfacciati con il software gestionale in uso.

Allo scopo di aumentare tra gli operatori sanitari coinvolti nelle trasfusioni i livelli di attenzione sui comportamenti da adottare per prevenire tale evento avverso e di promuovere la consapevolezza dell'importanza di una ferrea applicazione della suddetta procedura viene pianificato annualmente un corso di formazione effettuato dal personale della struttura trasfusionale. L'aderenza alla procedura viene valutata analizzando i dati che giungono al trasfusionale.

Risultati

Nel 2017 l'analisi dei dati ha evidenziato che le strutture coinvolte sono rappresentate dalle UU.OO. di Ematologia, Talassemia, Medicina, Pneumologia, ed Ortopedia e Traumatologia. E' emerso che il personale coinvolto, che inizialmente aveva una scarsa conoscenza della procedura trasfusionale, prontamente supportato dal personale in servizio presso il SIMT, oggi ha una adeguata conoscenza della stessa.

Considerazioni e Conclusioni

L'esperienza del nostro Presidio mostra come, anche in una condizione di bassa dispendio di risorse economiche, è possibile tenere alto il livello di sicurezza trasfusionale e quindi la qualità dell'assistenza al paziente agendo sul sistema organizzativo e gestionale.

E' evidente che tutto ciò è stato possibile grazie ad una stretta collaborazione fra le diverse UU.OO. e la stessa struttura trasfusionale. L'obiettivo, avendo valutato positivamente questa esperienza, è quello di implementare la suddetta procedura in tutte le UU.OO. del Presidio.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio III: *Protocollo di monitoraggio degli Eventi Sentinella – 5° Report (Settembre 2005 – Dicembre 2012)*
2. Ministero della Salute – Decreto 2 Novembre 2015: *Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.*

Servizi Psichiatrici Ospedalieri: Analisi dei Flussi di San Raffaele Turro nel periodo 2013-2017

Bossi.E¹, Mazzitelli.S², Giusto.F³, Signorelli.C⁴, Odone.A⁵ 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,

² Direttore Sanitario, I.R.C.C.S San Raffaele Turro,

³ Medico Specializzando, Università degli Studi di Pavia,

⁴ Professore Ordinario, Università Vita-Salute San Raffaele,

⁵ Direttore Scuola di Specializzazione, Università Vita-Salute San Raffaele.

Key Words: 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 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 Nevrosi 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%).

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

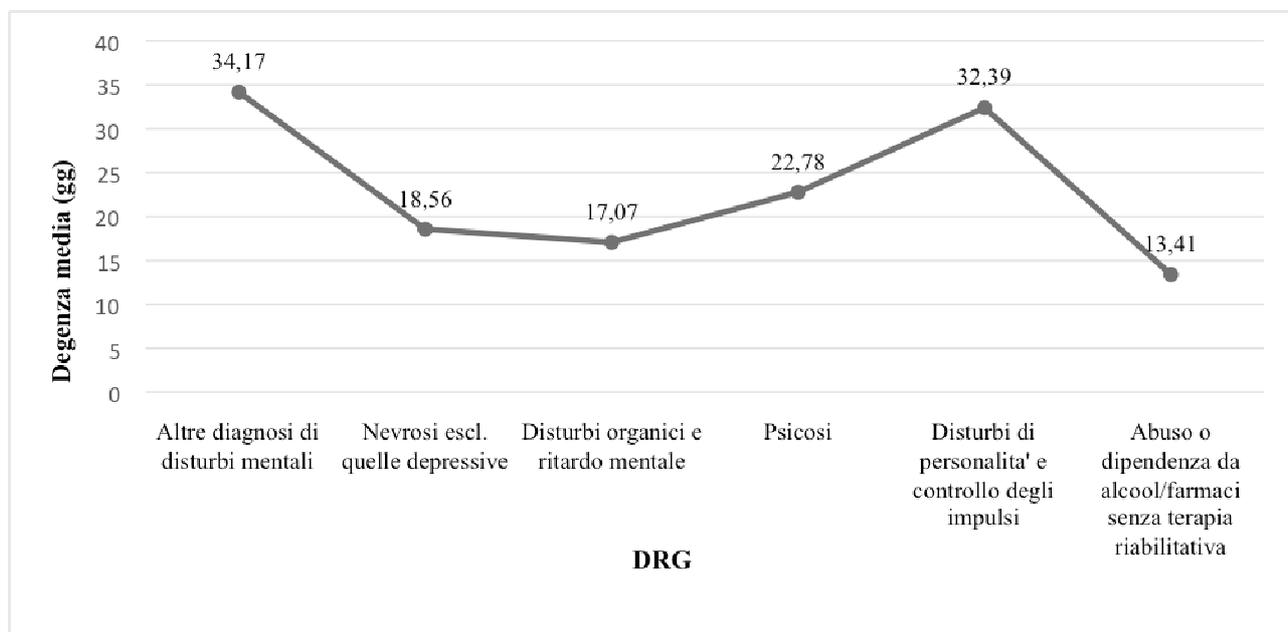


Tabella – *Diagnosi principali a SRT nel periodo 2015-2017 e relativa distribuzione nei reparti.*

Diagnosi principale	SRT		Riab. Disturbi Alim.		Riab. Disturbi Umore		Psichiatria generale acuti		Riab. Psichiatria Generale	
	SRT	%	%	%	%	%	%	%	%	
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	

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

Parole chiave: **prevenzione, sovraffollamento, pronto soccorso**

Philippe Caimmi¹, Luigi Farrauto¹, Alessandra Renghi¹, Maria Tacchini¹, Edit Shahi¹, Fabrizio Leigh¹, Vesselina Kroumova¹, Giorgio Zamboni¹, Roberto Sacco², Mario Minola³ e 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

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 isorisorsa 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.

