



ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

postatarget
magazine

DC00S3399
Naz/185/2008

Posteitaliane

4 Ottobre-Dicembre 2019

L'OSPEDALE

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

Comunicazioni
44° Congresso Nazionale
A.N.M.D.O.

Poster
44° Congresso Nazionale
A.N.M.D.O.

ORIZZONTI



EDICOM
info@gsanews.it • www.gsanews.it



EXPOSANITA'

MED • CARE • INNOVATION

22^a mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza

15|16|17 aprile 2020

Il **17 aprile** in contemporanea con



24^a edizione dell'evento leader europeo per il mondo della farmacia nell'ambito **Health Care, Beauty Care, Servizi della farmacia e Formazione**

17|18|19 aprile 2020

In collaborazione con



e Gruppo  **tecniche nuove**



www.exposanita.it

Progetto e direzione

BOS
Bolognafiere | Senaf

4 Comunicazioni
44° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.

39 Poster
44° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.

82 ORIZZONTI

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 72 - Numero 4 - ottobre-dicembre 2019

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

Direttore responsabile: G. Serrano

Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: I.I. Mura

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

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

Abbonamenti

Italia annuo € 31,00

Europa

Paesi Extra Europei € 103,00

Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

Fotolito e stampa:

T&T STUDIO - MILANO

Aziende Grafiche Printing - Peschiera Borromeo (MI)

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

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

associato a:

ANES ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA DI SETTORE

Il ruolo della Direzione Medica di Presidio nell'Outsourcing. L'esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza

L. Perrone*, S. De Paola**, G. Greco***, F. Rose***, P. Lombardo***, A. Orlando***

*Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Unico – Az. Ospedaliera di Cosenza

**Direttore Medico di Direzione Medica di Presidio Unico Annunziata Az. Ospedaliera di Cosenza

***Dirigenti Medici di DMPU Az. Ospedaliera di Cosenza

INTRODUZIONE

Il ricorso all'esternalizzazione dei servizi per le Aziende è un discorso già avviato dopo la seconda guerra mondiale, ma che ha avuto una larghissima diffusione intorno agli anni '80-'90. Nello specifico l'outsourcing ha avuto la sua prima applicazione nelle "Keiretsu" giapponesi, con rapporti molto stretti tra imprese e fornitori. Il ricorso all'esternalizzazione si inquadra tradizionalmente in politiche di contenimento dei costi e ricerca dell'efficienza da parte delle imprese, configurandolo come una pratica aziendale virtuosa attraverso la quale si applica la gestione strategica dei processi aziendali. In sanità l'outsourcing si è inserita quando a seguito del profondo cambiamento dettato dalla 502/92 e 517/93 si sono costituite le Aziende Ospedaliere e le Aziende Sanitarie. La Direzione Medica di Presidio a fronte di tali cambiamenti si colloca sempre di più in un contesto manageriale. Il processo di aziendalizzazione ha introdotto in sanità degli elementi tipici delle imprese pubbliche quali: Il pareggio di bilancio, la contabilità analitica per Centri di Costo, il Budget e per gli Ospedali che erogano prestazioni in regime di ricovero il sistema di classificazione delle prestazioni quali il Drg: (Diagnosis Related Group).

MATERIALI E METODI

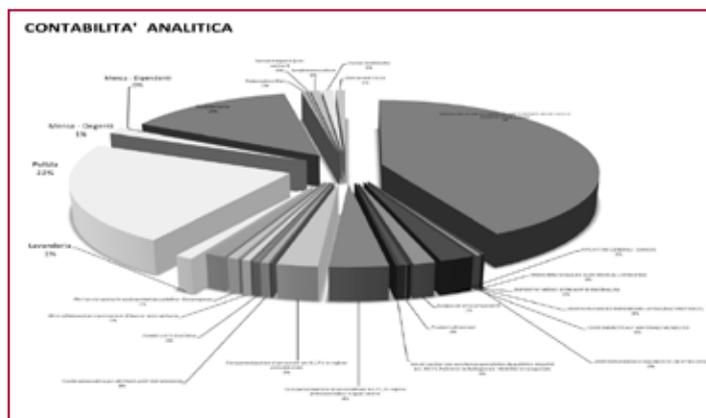
I dati sono stati forniti dal Controllo di Gestione, Settore Contabilità Analitica, dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza e sono relativi all'anno 2016. I dati mettono in risalto che la principale voce dei costi è

quella del personale e la voce dei farmaci, mentre le voci che riguardano i costi sostenuti per le ditte esternalizzate, come risulta dalla contabilità analitica generale, incidono in minima parte precisamente tra lo 0 e il 22% (fig.1).

RISULTATI

Nel nostro lavoro si mette in risalto che i costi di pulizia e sterilizzazione per le U.O di Chirurgia, sono inglobati in un'unica voce "Costi pulizia", mentre sono due appalti diversi e secondo il parere della Direzione Medica il costo della sterilizzazione va scorporato dalle altre voci e direttamente attribuito alle Unità Operative di Chirurgia e Complesso Operatorio (fig.2). L'obiettivo principale di questo studio è mettere in evidenza il ruolo fondamentale della DMPU nel Controllo di Gestione, in quanto in una sanità in continua crescita ed evoluzione si deve tenere conto che Direzione Medica e Direzione Strategica devono camminare insieme per raggiungere i livelli qualitativi prefissati secondo la mission aziendale. L'altro obiettivo di questo studio è di mettere in risalto che anche l'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha come "core principale" il miglioramento della qualità delle prestazioni, attraverso un'evoluzione continua delle funzioni strategiche interne all'Azienda Ospedaliera. Sarebbe auspicabile, quindi, per la nostra realtà che la Direzione Medica di Presidio e il Controllo di Gestione lavorino insieme, in quanto la DMPU nel management aziendale deve avere oltre che la funzioni di supporto, anche una funzione di guida e di supporto strategico.

fig.1



Strategie di miglioramento del processo clinico-assistenziale in emergenza-urgenza.

L'esperienza dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

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

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

2 Direttore Sanitario, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

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

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

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

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

Parole chiave: Pronto Soccorso, sovraffollamento, *crowding*

INTRODUZIONE

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

MATERIALI E METODI

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

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

RISULTATI

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

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" AOUI 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'AOUI 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)

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 risolve 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.

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.

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

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 partecipa 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. E' 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.

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

Galis V.¹; Minniti D.²; Rebora 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)

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 scorporando 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

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, allorché 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 inappropriata dal Decreto "Aggiornamento LEA"

Golinelli D.¹, Franchino G.², Golferi M.³, Pieroni G.⁴

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università degli Studi di Bologna; 2 Direzione Aziendale, Azienda USL di Ferrara; 3 Dipartimento di Medicina molecolare e dello sviluppo, Università degli Studi di Siena; 4, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Istituto delle Scienze Neurologiche, Bologna

Parole chiave: Appropriata 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 DPCM. 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 inappropriata" 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 inappropriata 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.

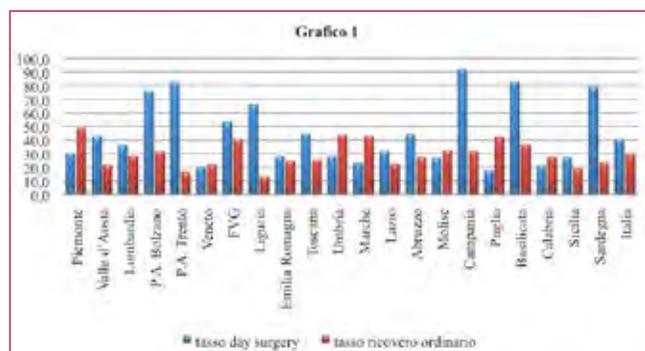


Grafico 1 – Tasso (valori per 1000) di dimissioni da istituti pubblici per prestazioni a rischio inappropriata erogate in regime di DS e di RO per Regione – anno 2016. Fonte dati: Ministero della Salute. Flusso SDO, anno 2017.

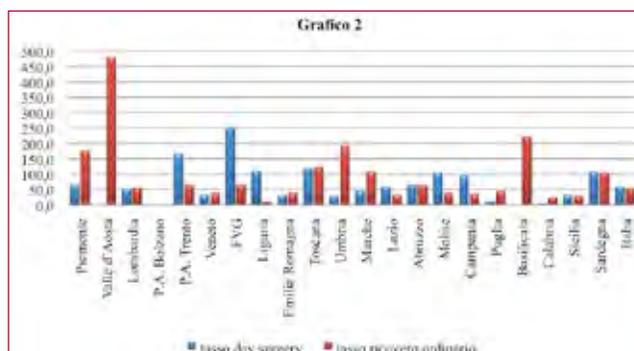


Grafico 2 – Tasso (valori per 1000) di dimissioni da istituti privati accreditati per prestazioni a rischio inappropriata erogate in regime di DS e di RO per Regione – anno 2016. Fonte dati: Ministero della Salute. Flusso SDO, anno 2017.

La prevenzione del rischio infettivo negli operatori sanitari: un approccio irriuale

Govoni G. *, Ricchi E. *, Cinocca S. **, Lodi V. ***

* 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, aecc.): 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.

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

L.S. Maffioli[^], P.Trevisan[°], A.Tedesco[°], F.D’Aloia^{*}, G. Bonelli[”]

[^]Direttore Sanitario ASL Bi,

[°]Dirigente 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.

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

A. Magni*, **G. Cacace****, **L. Carpinelli*****

*Medico in formazione specialistica affiliato all'Università degli Studi di Pavia

**Medico Dirigente, Direzione Sanitaria Casa di Cura La Madonnina

***Medico Dirigente, Direzione Sanitaria IRCCS Policlinico San Donato

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

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 una stringa alfanumerica 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 quarantaseimilaseicentovantasei (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.

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 comorbidità ≥ 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, scom-

penso 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.

Implementazione della PMA

S. Marconato¹, R. Rulli², M. Favara³, E. Zilli⁴, P. Benini⁵, D. Scibetta⁶

1 Dirigente Medico, Direzione Medica, Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

2 Direttore Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

3 Biologo, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

4. Direttore Medico, Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

5 Direttore Sanitario, ULSS 6 Euganea

6 Direttore Generale, ULSS 6 Euganea

Regione del Veneto

Parole chiave: Health Technology Assessment, Rischio clinico, Esiti

INTRODUZIONE

La ricerca nel campo della Procreazione Medicalmente Assistita è in continua evoluzione, sia per quanto riguarda le metodiche, sia per quanto riguarda la strumentazione.

Aggiornare la strumentazione del laboratorio, tenendo presente le nuove tecnologie disponibili, conduce a miglioramenti nella qualità del servizio in termini di sicurezza e prevenzione da errori, oltre che ad incrementi nel numero di gravidanze conseguite.

Presso l'Ospedale di Cittadella è presente da molti anni un Centro di PMA di terzo livello, riconosciuto e certificato dal Centro Nazionale Trapianti.

MATERIALI E METODI

Nell'anno 2018 si è provveduto a migliorare il servizio, grazie ad un sistema completo di micromanipolazione composto da 2 joystick e siringhe e piastra in vetro riscaldato da integrare nell'invertoscopio al posto di quella in metallo: tali elementi vanno ad integrare l'invertoscopio già in dotazione ed in particolare forniscono elementi strutturali indispensabili in caso di improvviso malfunzionamento delle dotazioni in essere.

Sono, inoltre, stati introdotti miniincubatori a miscela CO₂/O₂ con sportelli a minimo utilizzo di gas, il cui volume viene ripristinato in pochi minuti senza alterare la temperatura, collegati in rete utilizzando il manometro e la linea dei gas già in essere. Sono, infine, stati inseriti laser con taglio automatizzato, al fine di permettere la PGD: il taglio automatizzato si rende necessario per il

prelievo di cellule blastocitarie ai fini dell'analisi genetica pre-impianto; il precedente laser di tipo fisso non permetteva tale prelievo.

RISULTATI

La sinergia di miglioramento tecnologico tra l'utilizzo di un nuovo micromanipolatore esente da movimenti motorizzati e sistema di trasmissione ad aria, insieme ad un piano in vetro riscaldato, ha portato una maggiore velocità nella procedura di fecondazione, con conseguente riduzione dei tempi di esposizione dei gameti all'ambiente al di fuori dell'incubatore, evitando gli effetti deleteri di una diminuzione della temperatura alla quale in particolare i gameti femminili sono sensibili.

La sostituzione dei vecchi modelli di incubatori con i nuovi miniincubatori, ha favorito la crescita degli embrioni fino a livello di blastocisti, permettendo da una parte una maggiore selezione naturale degli embrioni più idonei al trasferimento e dall'altra un aumento dei trattamenti possibili nella stessa unità mantenendo costante l'ambiente interno altresì inficiato dall'aumento del numero di volte in cui veniva aperto l'incubatore.

A partire dal mese di marzo 2018, dall'analisi comparativa dei risultati dei test di gravidanza con gli stessi mesi dell'anno precedente, si è ottenuto un incremento di gravidanze positive dal 26,7% al 34,6%.

Progetto organizzativo per la cura del paziente cronico complesso al “vecchio ospedale di Legnano”

E.Massimo*, G.Iannello**, F.Auxilia***

*Dir. UOC integrazione ospedale territorio- ASST Ovest Mi; **DSS- Asst Ovest Mi; ***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 legnaneso, 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

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..

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

D. Montemurro¹, A. Rigo¹, E. Deganello², F. Baratto², ME. Buggio³, C. Bertoncetto⁴, 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.

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

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 condivi-

sione 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.¹, Torresani M.², De Martino P.³, De Simone Sorrentino A.⁴, Di Florio O.⁵, Togni S.⁶, Tricomi M.⁷

1 Direttore Sanitario Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori; 2 Ingegnere Gestionale P.O. Gestione Operativa- Direzione Sanitaria; 3 Direttore s.c. Gestione Amministrativa Servizi Sanitari e Convenzioni; 4 Collaboratore Amministrativo Professionale - s.c. Gestione Amministrativa Servizi Sanitari e Convenzioni; 5 Infermiera Case Manager - Centro Servizi; 6 Infermiera P.O. Sviluppo Organizzativo e Professionale - s.c. SITRA; 7 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⁾, Turinetti 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

Riorganizzazione della gestione dei Rifiuti Sanitari

Parise G.¹, L. Rasa², L. Tona², MC Zanella², De Carlo S.³, R. Rech², OSS.A Miatto², Zanella R.⁴

1 Direzione Medica di Ospedale di AULSS 1 Dolomiti (DdO), 2 DdO, 3 Coad. Amm. DdO, 4 Direttore Funzione Ospedaliera AULSS 1

Parole chiave: 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

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 (Ξεβώνες). 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 inserienti. Nel reparto femminile operavano 3 medici, di cui uno donna (iatraina), 6 infermieri e 2 inserienti, 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 primmikerioi (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”.

“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 Ferreira 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

Analisi di indicatori di attività e dei tempi di sala nei presidi di Castelfranco e Montebelluna

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 anestesilogici (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. Maxillofaciale entra per prima in sala, mentre Ortopedia per ultima. La chirurgia che incide per prima è Chirurgia generale, l'ultima Ortopedia. A Montebel-

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

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

luna 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 anestesilogici 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 Maxillofaciale. 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.

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

1 Direttore di Dipartimento della Funzione Ospedaliera – Aulss2 Marca Trevigiana

2 Direttore Generale – Aulss2 Marca Trevigiana

3 Direttore Risorse Umane – Aulss2 Marca Trevigiana

4 Dirigente Medico Direzione Medica Presidio Ospedaliero – Aulss2 Marca Trevigiana

5 Dirigente Medico Direzione Medica Presidio Ospedaliero – Aulss2 Marca Trevigiana

6 Infermiere di Direzione Medica Ospedale – Aulss2 Marca Trevigiana

7 Responsabile Servizio Professioni Sanitarie Ospedaliere – Aulss2 Marca Trevigiana

8 Infermiere 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 di 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

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

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

Parole chiave: Sepsis, 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'antibiototerapia 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			
O ₂ terapia /ventilazione meccanica non invasiva			
ventilazione meccanica invasiva			
Antibiototerapia			
Principio attivo			
Ega			
Altri monitoraggi			
Consulenze			

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

Gestione operativa e datawarehouse per l'analisi strategica di indicatori clinici e gestionali

Torresani M. *, Baili P. **, Monti P. ***

*Ingegnere Gestionale P.O. Gestione Operativa, Direzione Sanitaria – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori;

**Statistico, Direzione Scientifica;

***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.

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

1 Risk Manager Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" – UCSC (FPG), Roma; 2 Claims Handler interno UOS Risk Management FPG, Roma; 3 Specialista in formazione in Igiene e Medicina Preventiva, Istituto di Sanità Pubblica UCSC, Roma; 4 UOS Risk Management FPG, Roma; 5 Specialista in Medicina Legale, UOS Risk Management FPG, Roma; 6 Specialista in formazione in Medicina Legale, Istituto di Sanità Pubblica UCSC, Roma; 7 Responsabile UOS Radioprotezione e Igiene Ospedaliera FPG, Roma

Parole chiave: 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).

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.



Grafico 1



Grafico 2

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

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 isotermici 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 interessato 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.

Sviluppo diagnostico della RMN cuore

E. Zilli¹, S. Marconato², A. Susana³, C. Rettore⁴, L. Cancian⁵, R. Verlatto⁶, P. Benini⁷, D. Scibetta⁸

1 Direttore Medico, Direzione Medica Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

2 Dirigente Medico, Direzione Medica di Ospedale Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

3 Dirigente Medico, Cardiologia Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

4 Dirigente Medico, Radiologia Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

5 Direttore Radiologia Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

6 Direttore Cardiologia Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

7 Direttore Sanitario, ULSS 6 Euganea

8 Direttore Generale, ULSS 6 Euganea

Regione del Veneto

Parole chiave: Health Technology Assessment, Approccio multi professionale, Qualità

INTRODUZIONE

La risonanza magnetica cardiaca è un esame di imaging avanzato non invasivo e riproducibile per lo studio del cuore. Questa metodica consente una valutazione delle dimensioni, funzione, morfologia delle camere cardiache, il calcolo dei flussi valvolari e delle portate sistemica e polmonare, trovando un ruolo come metodica di confronto con le immagini principalmente ottenute con l'ecocardiografia.

Grazie alla sua natura tridimensionale, consente una valutazione morfo-funzionale accurata del ventricolo destro che risulta di difficile valutazione con l'ecografia. La peculiarità della RM cardiaca, a differenza delle altre tecniche di imaging cardiaco (ecocardiogramma color-doppler, studio coronarografico e TC cardiaca), è che permette anche una accurata caratterizzazione tissutale del muscolo cardiaco.

MATERIALI E METODI

Nell'Ospedale di Cittadella, dal 2017, è disponibile l'esecuzione di tale esame principalmente per pazienti ricoverati ma anche per pazienti esterni che afferiscono dopo valutazione cardiologica. L'esame viene condotto con scan GE 1.5 Tesla utilizzando una bobina dedicata toracica. La procedura dura circa un'ora, tempo necessario per l'acquisizione di tutte le sequenze, pesate nelle varie fasi e sincronizzate con il ciclo cardiaco. Le immagini vengono acquisite durante apnea espira-

torica, questo significa che è necessaria una buona compliance da parte del paziente.

L'esame viene condotto da tecnici radiologi formati e specializzati nella metodica cardiaca e dal medico Radiologo esperto, che valuta la corretta esecuzione dell'esame in tutte le sue fasi. La refertazione richiede un lavoro di équipe radiologo-cardiologo sia per il post-processing delle immagini, sia per la valutazione quantitativa dei volumi e della funzione di pompa biventriolare sia per l'analisi di tutte le sequenze.

E' necessaria la presenza di entrambe le figure mediche che armonizzano le competenze radiologiche relative alla qualità delle immagini e ai dettagli tecnici dell'analisi di tutte le sequenze, a quelle cardiologiche per dare una valutazione clinica all'esito dell'esame definendo criteri di diagnosi, prognosi e follow-up cardiologico.

RISULTATI

In un anno sono stati effettuate 100 indagini per miocardiopatia, esiti infartuali e miocarditi. In tutti gli esami vi è stata l'acquisizione di sequenze cinetiche per il calcolo quantitativo dei volumi, massa, gittata sistolica e funzione di pompa delle camere ventricolari, sequenze per la caratterizzazione tissutale pesate in T1 e T2 con e senza saturazione per il grasso e infine sequenze post-contrastografiche, che hanno consentito di visualizzare la deposizione di tessuto fibrotico nel muscolo cardiaco.



Hesperia Hospital
¹Laboratorio Analisi – Settore di Microbiologia
 Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
³Direzione Sanitaria
²Dipartimento di Scienze della Vita



CONTROLLO DELLE INFEZIONI E DELL' ANTIBIOTICO-RESISTENZA TRAMITE STUDI DI DINAMICA DELLA POPOLAZIONE BATTERICA LOCALE E ATTIVITA' DEL CIO. L'ESPERIENZA DI HESPERIA HOSPITAL MODENA 2015-2018.
Piero Aloisi¹, Mattia Manelli¹, Martina Bocca²Carla Sabia², Stefano Reggiani¹

Introduzione: In Hesperia Hospital, ospedale privato accreditato, da diversi anni vengono attuate misure volte a prevenire e limitare la comparsa di infezioni ospedaliere, come l'esecuzione, su pazienti chirurgici, di tamponi nasali per la ricerca di ceppi MSSA ed MRSA e tamponi rettali per la ricerca di ceppi CRE. Oltre alle indagini microbiologiche, sono di grande supporto le attività del CIO che interviene sulla formazione continua degli operatori con politiche riguardanti il lavaggio delle mani, l'adeguato consumo di gel idroalcolico, il corretto uso dei DPI, e non ultima, una virtuosa antimicrobial stewardship.

Dall'insieme di tutte queste pratiche emergono dati che possono essere di grande utilità nell'indirizzare terapie congrue ed eventuali interventi correttivi per abbattere la comparsa delle ICA

Materiali e Metodi: Tutti gli esami colturali su piastra eseguiti con terreni Biomerieux. Identificazioni e antibiogrammi eseguiti con Vitek2 Biomerieux e approfondimenti effettuati con E-test e NG-carba5 test (DID). Per i (DID). Per i ceppi MDR è stato eseguito isolamento del DNA genomico, PCR e sequenziamento per la caratterizzazione molecolare molecolare presso UNIMORE, cattedra di microbiologia applicata.

Risultati

Fra il 2015 e il 2018 il numero totale degli esami colturali è stato di 21.129 con il 16,67% di positivi. Nella classifica dei ceppi di principale isolamento (Tabella 1) relativa a tutti i reparti, il germe maggiormente isolato è *Escherichia coli*, noto patogeno opportunisto, mentre i dati relativi alla terapia intensiva evidenziano in *Pseudomonas aeruginosa* il batterio isolato più frequentemente

Tabella 1

HESPERIA HOSPITAL TUTTI I REPARTI 2015-2018			HESPERIA HOSPITAL TERAPIA INTENSIVA 2015-2018		
Microorganismo	N° microrganismi	%	Microorganismo	N° microrganismi	%
<i>Escherichia coli</i>	629	19,41	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	173	16,73
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	319	9,85	<i>Candida albicans</i>	138	13,35
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	313	9,66	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	129	12,48
<i>Staphylococcus aureus</i>	292	9,01	<i>Escherichia coli</i>	115	11,12
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	284	8,76	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	80	7,74
<i>Candida albicans</i>	216	6,67	<i>Staphylococcus aureus</i>	55	5,32

La tabella 2 mette in evidenza il trend delle resistenze nel corso del periodo 2015-2018 in associazione al valore di DDD che mostra un netto calo nell'utilizzo di alcuni antimicrobici, frutto di una attenta Antimicrobial Stewardship.

Tabella 2

	% DI RESISTENZA				DDD		
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017
MEROPENEM	10,2	4,1	7,0	4,7	4,4	2,47	1,38
CEFTAZIDIME	22,7	20,8	17,2	12,9	1,3	0,94	0,54
PIPERACILLINA/TAZOBACTAM	20,8	19,8	15,8	14,9	3,4	4,72	3,7
CIPROFLOXACINA	33,4	27,5	21,3	22,4	3,2	2,15	2,36
CASPOFUNGINA					1,11	0,4	0,13



Esempio di amplificazione mediante PCR dei geni *bla_{KPC}*(538), *bla_{VIM}*(390) e *bla_{IMP}*(190)
Linea 1: marcatore 1,5pb, **linea 2:** controllo negativo, **linea 3,4, 5 e 6:** *bla_{KPC}*(538), **linea 7:** *bla_{VIM}*(390) e **linea 8:** *bla_{IMP}*(190)
 Dal sequenziamento genico dei geni sono risultati le varianti KPC-2, VIM-2 e IMP-1

Dai dati presentati, si evince l'importanza del monitoraggio della popolazione batterica autoctona e dell'evoluzione nel tempo delle resistenze. Soprattutto in terapia intensiva dove si trovano i pazienti più complessi e i ceppi più resistenti, è possibile impostare terapie di minor impatto risparmiando i carbapenemi e limitando così la comparsa di ceppi CRE. Gli studi sul consumo di antimicrobici e sul trend di resistenza possono dare risultati nel lungo periodo ma sono già evidenti segnali sia nel controllo delle antibiotico-resistenze, sia nella diminuzione delle ICA. Gli approfondimenti molecolari attualmente in corso, caratterizzano le specie microbiche MDR e consentono importanti speculazioni epidemiologiche sull'evoluzione e sui meccanismi alla base dell'antibiotico-resistenza.



DATA BREACH SUBITO DALL'ASL CN1 DATA BREACH SOTTO PROCEDURA.

A. Amidei¹, P. Carena², G. Guerra³, N. Rosati¹, S. Salvemini¹, M. Grillo⁴.

¹Direzione Sanitaria Savigliano, ²DPO interaziendale ASL CN1, CN2 ASO S. Croce Carle,

³Direttore Sanitario PPOO, Savigliano, ⁴Coordinatore Presidi Ospedalieri ASL CN1.



PAROLE CHIAVE

Data Breach, Notifica, Violazione Dati Personali.

INTRODUZIONE



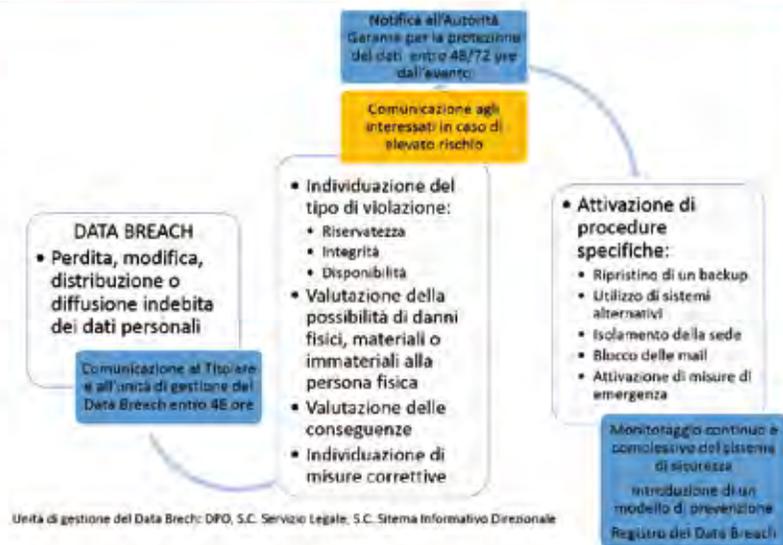
L'applicazione del Regolamento Europeo 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei dati" del 17 aprile 2016 in Sanità richiede complessità di interventi sia dal punto di vista organizzativo sia da quello tecnologico sia da quello culturale.

L'ASL CN1 ha subito un attacco hacker in data 16/02/2018 per il quale si è trovata ad isolare la rete informatica su 2 dei 5 ospedali presenti. L'attacco è stato gestito su più fronti: informatico (isolamento server punto di accesso) organizzativo (ritorno al sistema cartaceo e intensificazione del personale del comparto)

CONTENUTI

La procedura è stata costruita seguendo le indicazioni sia del Reg. UE 2016/679 sia delle linee guida del WP29 "Guidelines on Personal data breach notification under Regulation 2016/679", adottate il 03/10/2017. Si è inoltre utilizzata la documentazione predisposta dal Garante per la protezione dei dati personali, il Provvedimento n. 392 del 2 luglio 2015, sia per gli aspetti normativi, sia per quelli organizzativi, sia per la documentazione da predisporre.

Il documento della procedura è stato definito dal Data Protection Officer Interaziendale, che si è confrontato per gli aspetti giuridici con il Servizio Legale e per gli aspetti tecnologici con i Servizi Informatici; è stato inoltre importante collaborare per l'intero processo come Direzione Sanitaria per gli aspetti organizzativi contribuendo alla comprensione dei livelli di gravità degli impatti.



CONCLUSIONI

Aver realizzato la procedura per la gestione del data breach ci ha permesso di:

- aumentare la sensibilità sul tema in tutto il personale dipendente
- avere uno strumento univoco per la sua gestione contraddistinto dalle seguenti fasi:
 - accertamento della violazione
 - individuazione del tipo di violazione
 - notifica
 - comunicazione
 - registrazione

BIBLIOGRAFIA

- [1] Regolamento generale sulla Protezione dei Dati Regolamento Europeo 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 ("GDPR").
- [2] Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali.
- [3] Provvedimento dell'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 392 del 02/07/2015 (per i dati biometrici si fa riferimento al Provvedimento del Garante n. 513 del 12/11/2014 e per il dossier sanitario elettronico al Provvedimento del Garante n. 331 del 04/06/2015).
- [4] Prescrizioni del WP29 Guidelines on Personal data breach notification under Regulation 2016/679, adottate il 03/10/2017 (ultima revisione 06/02/2018).
- [5] Direttiva (UE) 2016/1148 (Direttiva NIS) del Parlamento europeo e del Consiglio del 6 luglio 2016 recante misure per un livello comune elevato di sicurezza delle reti e dei sistemi informativi nell'Unione.
- [6] Decreto Legislativo 18 maggio 2018, n.65 Attuazione della direttiva (UE) 2016/1148 del Parlamento europeo e del Consiglio, recante misure per un livello comune elevato di sicurezza delle reti e dei sistemi informativi nell'Unione.
- [7] Circolare 18 aprile 2017, n. 2/2017, recante "Misure minime di sicurezza ICT per le pubbliche amministrazioni. (Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 1° agosto 2015)", pubblicata in Gazzetta Ufficiale (Serie Generale n.103 del 5-5-2017).



Lean4Health per il controllo delle ICA nelle Unità Operative Chirurgiche, AOUFE

"Governare l'Ospedale del futuro L'Innovazione: sfida e opportunità" PADOVA 19 - 20 - 21 NOVEMBRE 2016 - CENTRO CONGRESSI SAN GAETANO

* Progetto Lean4Health Ascolbiomedica
* Gruppo Lean4Health Chirurgie: Maccanti M, Buscaroli A, Benvenuti M, Stiveni S, Privitera A, Rinaldi S, Valpodi V, Antonelli O, Artoli F, Longatti A, Marcello D, Regio E.
SSD Igiene Ospedaliera, Direzione delle Professioni, Coordinatori Sanitari Blocchi Operatori e CUNICO - Centro Unico Preoperatorio, Chirurgia 1, Chirurgia 2, Ortopedia, Anestesia Rianimazione Osp. e Univ.

Antonoli P (1), Martellucci C (2), Manzalini MC (3), Pantaleoni M (4), Masetti G (2), Matteo G (2), Cudini E (5), Gabutti G (6), Stefanati A (7), Di Ruscio E (8), Carradori T (9), Gruppo Lean4Health Chirurgie*

(1) Direttore - SSD Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; (2) Medico in formazione specialistica - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Ferrara; (3) Coordinatore Sanitario - SSD Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; (4) Dirigente Medico - U.O. Malattie Infettive; (5) Studente - Laurea in Scienze e Tecniche della Comunicazione UNIFE Prof.re Ordinario - Direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara; (7) Prof.re Aggregato - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara; (8) Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; (9) Direttore Generale, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

INTRODUZIONE

Abbiamo utilizzato la **metodologia del Lean management** per ridurre il **tasso di ICA** presso l'Ospedale di Ferrara. Applicare logiche Lean alla sanità significa produrre il **massimo valore** in termini di outcome di salute per i pazienti, eliminando le possibilità di errore e gli sprechi e migliorando la gestione in un processo continuo.

CONTENUTI

Chirurgia Generale 1, 2 e Ortopedia sono state coinvolte in un percorso di formazione, raccolta dati, mappatura e classificazione dei rischi, definizione e attuazione di strategie migliorative. Il **Gruppo di lavoro multidisciplinare multiprofessionale** ha valutato, con discussioni e visite su campo, tasso e tipologia di ICA, tempi di degenza e DM usati, classificando i rischi di infezione per gravità, frequenza e controllabilità (**IPR, FMECA**). In ogni categoria abbiamo inserito più punti critici dove intervenire (**PIANO DI MIGLIORAMENTO**). Abbiamo quindi scelto e stiamo implementando **misure correttive** avvalendoci di strumenti Lean quali il **Visual Management**, le **5S** ordine e pulizia, la **standardizzazione di procedure e check-list**, e i **segnali visual per il punto di riordino delle scorte**.

CONCLUSIONI

Il tasso di ICA nel primo trimestre 2018 nelle chirurgie incluse è stato del **3.7%** (16 su 432 interventi). Abbiamo identificato **sei categorie di rischio** e le rispettive **azioni di miglioramento (Tabella 1)**. Per la gestione del paziente abbiamo reso **visual** lo strumento di gestione dei posti letto e dell'ospedale tramite codici colore. Abbiamo prodotto **check-list** per l'accettazione in reparto (screening di pazienti fragili o a rischio aumentato di contaminazione da microrganismi "alert") e di autocontrollo per i pazienti stessi in fase pre-operatoria (**Figura 1**). Abbiamo previsto il ruolo di Nutrition Tutor per i rischi infettivi connessi all'alimentazione, e uno score di valutazione dell'igiene orale.

Per l'igiene di operatori/mani/vestiaro sono promossi **formazione e sorveglianza, dress code, timer digitale e istruzioni visual**. Per la gestione di materiali/dispositivi/farmaci abbiamo inserito **schede di monitoraggio, timing** dei dispositivi e **check-list per i carrelli di medicazione**. Per l'igiene di ambienti/arredi/dispositivi abbiamo previsto un **letto gemello** e istruzioni **visual** per le procedure di sanificazione. Il tasso di ICA del primo trimestre 2019 sarà confrontato con la baseline per verificare l'efficacia delle prime azioni di miglioramento implementate.

Tabella 1. Rischi per gruppo e azioni di miglioramento

Rischi	Piano di azione (azioni)
1. Inquinamento di materiali di consumo	1.1. Assicurarsi che i materiali di consumo siano conservati in modo appropriato
2. Inquinamento di materiali di consumo	2.1. Assicurarsi che i materiali di consumo siano conservati in modo appropriato
3. Inquinamento di materiali di consumo	3.1. Assicurarsi che i materiali di consumo siano conservati in modo appropriato
4. Inquinamento di materiali di consumo	4.1. Assicurarsi che i materiali di consumo siano conservati in modo appropriato
5. Inquinamento di materiali di consumo	5.1. Assicurarsi che i materiali di consumo siano conservati in modo appropriato
6. Inquinamento di materiali di consumo	6.1. Assicurarsi che i materiali di consumo siano conservati in modo appropriato

Figura 1. Pieghevole pazienti - checklist di autocontrollo. CUNICO

Best Practice dell' Emocoltura e Governance Clinica della Sepsis: l' Esperienza di Novara.

Parole chiave: sepsi, emocoltura, formazione

Vesselina Kroumova¹, Maria Simona Caroppo², Monia Mantovani,² Maria Tacchini¹, Edit Shahi¹, Fabrizio Leigheb¹, Alessandra Renghi¹, Philippe Caimmi¹, Giorgio Zamboni¹, Luigi Farrauto¹, Stefano Andreoni³, Roberto Sacco⁴, Mario Minola⁵ e Andrea Capponi⁶.

¹ Dirigenti medici di direzione sanitaria, ² Dirigenti medici laboratorio di Microbiologia e Virologia, ³ Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia, ⁴ Direttore Sanitario, ⁵ Direttore Generale, Direttore sanitario dei presidi ospedalieri ⁶, AOU Maggiore della Carità di Novara

Introduzione La Sepsis rappresenta uno dei maggiori problemi della moderna medicina con oltre 157000 morti annui in Europa. Una diagnosi precoce ha un impatto decisivo sulla prognosi del Pz perché permette l'avvio tempestivo (entro 36-48 ore) di una terapia antibiotica mirata.

Contenuti Nel 2017 è stata avviata una survey aziendale sul Percorso Diagnostico Terapeutico della Sepsis ad identificare nell'emocoltura una procedura che si discostava significativamente dalle "Best practice clinica" indicata dalle più recenti linee guida nazionali ed internazionali. Due in particolare erano i dati che richiedevano un deciso intervento di governance clinica: l'incidenza di Stafilococco coagulasi negativo CoNS (potenziale contaminante) pari al 34% delle emocolture positive e l'elevata percentuale di emocolture orfane pari al 75% dei casi totali che indicavano criticità esecutive (contaminazione) ed organizzative (emocolture orfane) necessitanti di azione formativa mirata. A questo scopo sono stati organizzati 16 incontri di approfondimento, resi obbligatori dalla Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri, per tutti gli operatori coinvolti in qs pratica-e svolti in tre giornate nei mesi di maggio e giugno. Ogni incontro era della durata di un'ora e veniva ripetuto 5 volte al giorno, per dare la possibilità di partecipazione a tutto il personale nel rispetto dei turni. Hanno aderito 440 persone, 344 infermieri e 96 medici. Per il personale che non ha potuto prendere parte al corso, si è predisposta l'organizzazione di una seconda edizione del corso. Nei tre mesi successivi l'azione formativa (da luglio a settembre) è stata realizzata una seconda survey ed i dati ottenuti confrontati con il trimestre precedente il corso (febbraio-aprile) con riscontro di una significativa diminuzione delle emocolture orfane, passate da 75% al 26% (p <0.05) e dell'aumento significativo delle emocolture ripetute 3 volte, passate dal 3% al 37.8% (p<0.01) (Fig.1).

Conclusioni I risultati ottenuti nell'azione di governance clinica della sepsi in azienda, pur essendo preliminari, indicano un decisamente favorevole cambiamento di tendenza in linea con le indicazioni scaturite dall' azione formativa. E' indispensabile proseguire nel monitoraggio dei dati e nell' analisi statistica per evidenziare le correlazioni delle azioni formative con il miglioramento nella prognosi della sepsi in e nella programmazione della formazione continua del personale.

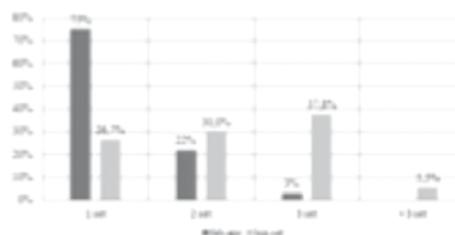


Fig.1 - Proporzioni di pattern di casi a più cat di emocolture feb-apr 2018 vs feb-apr 2017

Un modello organizzativo per la gestione della complessità clinica in Area Medica nel PO Mugello



Bassetti, A.¹, Bandini F.², Spolveri S.³, Pratesi P.⁴, Ammazini D.⁵, Pieri P.⁶, Pacini P.L.⁷, Pienini M.⁸, Padeletti M.⁹, Petrone P.¹⁰, Guidi S.¹¹, Blaszczyk S.¹², Di Renzo L.¹³, Zoppi P.¹⁴, Landini G.¹⁵

¹Direttore Sanitario Ospedale Mugello, ²Direttore Cardiologia Borgo S.Lorenzo e Serristori, ³Direttore Medicina Borgo S.Lorenzo, ⁴Direttore Infermieristico 118 USL Toscana centro, ⁵Direttore Assistenza Infermieristica Mugello, ⁶P.D. Direzione Infermieristica SOS Al Mugello, ⁷Medico Cardiologia Borgo S.Lorenzo, ⁸Statistico Cardiologia Borgo S.Lorenzo, ⁹Medico Medicina Interna Borgo S.Lorenzo, ¹⁰Direttore Presidio Firenze 2 USL Toscana Centro, ¹¹Direttore Dipartimento Infermieristico e Ostetrico USL Toscana Centro, ¹²Direttore Dipartimento Specialistiche Mediche USL Toscana Centro

Introduzione

La complessità è una proprietà dei sistemi caratterizzati da un alto numero di componenti, altamente interconnessi tra loro attraverso circuiti di feedback, che interagiscono a diversi livelli in modo non-lineare.

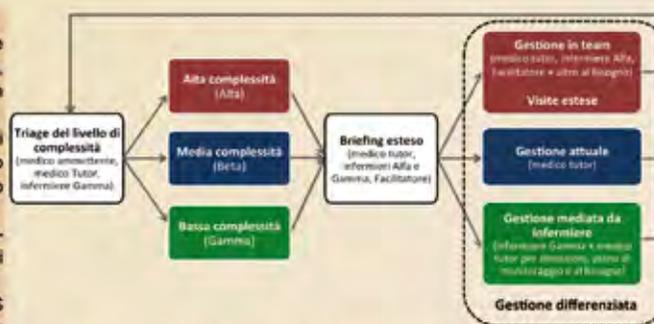
Occorre estendere il concetto di complessità, per applicarlo non solo allo stato di un paziente, ma anche e soprattutto alle caratteristiche globali dell'episodio clinico di ricovero per caratterizzarlo a fianco del livello di rischio evolutivo. La complessità è trasversale, è dinamica e soprattutto influenza la complessità della cura ed il grado di risorse temporali, materiali ed intellettive necessarie alla gestione ottimale dei pazienti.

In area medica nell'ospedale del Mugello è stato condotto, per due mesi, un monitoraggio basato su criteri centrati sulla complessità clinica dell'episodio di ricovero: i pazienti con eventi complessi ogni giorno sono un terzo circa dei ricoverati ed hanno peggiori prognosi e degenza più lunga e solo nel 50% il livello di maggiore instabilità collima con il grado di maggiore complessità.

Un gruppo di lavoro costituito da medici, infermieri, oss del reparto, coordinato dalla direzione sanitaria e infermieristica ha individuato un modello organizzativo innovativo di risposta alla complessità.

Il modello prevede:

- un triage della complessità degli eventi di ricovero, con criteri che riflettono il livello di complessità clinica in termini di decisioni, risorse, relazioni e tempo necessario (stratificazione dei ricoveri in Alfa, Beta, Gamma in ordine decrescente di complessità)
- una riorganizzazione della Linea Medica che prevede due reparti A e B, suddivisi in due "cellule" e di un team medico infermieristico che segue i pazienti ad alta complessità (Alfa) che non saranno ricoverati in un reparto fisico rigido ma distribuiti nei reparti A e B.
- i pazienti più complessi saranno seguiti dal "Team Alfa" medico-infermieristico e i mediamente complessi (Beta) dal medico di reparto e dall'infermiere diurnista;
- il personale infermieristico presente la mattina: 2 turnisti, 2 OSS e 1 diurnista per reparto e 1 infermiere per i pazienti ad alta complessità.
- il team medico infermieristico valuta i pazienti per circa 3 ore a mattina, le rimanenti ore i professionisti lavorano in autonomia.
- Gli infermieri diurnisti affiancano il medico tutor per 7 giorni per garantire la continuità clinico-assistenziale;
- Sono previsti momenti di passaggio informazioni strutturati multiprofessionali e trasversali per tutte le figure, in modo da rendere congruo il passaggio di informazioni, ottimizzando il fattore tempo riducendo interruzioni e frammentazioni delle attività della mattina



Schema del modello di gestione in base alla complessità degli eventi di ricovero

Le azioni considerate nel nostro progetto sono le seguenti:

- ❖ **Stratificazione degli eventi di ricovero** al momento del ricovero in reparto, stratificazione dei pazienti *alla luce della complessità del loro evento di ricovero*, ai fini di distribuire il tempo e le risorse, secondo le necessità da esso determinate, favorendo una maggiore disponibilità delle stesse ai ricoveri complessi e attribuendo una diversa organizzazione alle condizioni non complesse o a minore complessità
- ❖ **Modalità di gestione differenziate** delle diverse tipologie di ricovero (Alfa, Beta, Gamma) riconosciute dall'attuazione del triage.
- ❖ **Briefing esteso**
- ❖ **Valutazione medico-infermieristica**
- ❖ **Diverso ruolo infermieristico e maggiore responsabilità clinica nei confronti dei pazienti**
- ❖ **Coinvolgimento dei MMG per i pazienti con eventi complessi.**
- ❖ **Training "olionico": training co-evolutivo per il resto della rete sanitaria.**

Tutte le valutazioni sono riportate sulla cartella informatizzata e sono fruibili dal team multidisciplinare.



Conclusioni

Il modello è in fase di sperimentazione da febbraio 2018 per verificarne l'impatto ed identificare eventuali criticità e possibili soluzioni migliorative. Punti di forza sono: una gestione differenziata dei pazienti in base al livello di complessità, un briefing dinamico, visite medico-infermieristiche, cogestione multidisciplinare e visite temporalmente estese per i pazienti a più alta complessità, rese possibili da una rimodulazione del tempo allocato sui pazienti e dalla gestione mediata da un infermiere dei pazienti stabili a più bassa complessità.

RUOLO DEL NOCC NEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIVASSO

M. Bianco¹, M. Ponzetto², A. Girardi³

¹ Dirigente Medico DMO Chivasso, ² Dirigente Medico Medicina Chivasso,
³ Direttore F.F. Ospedale Chivasso

PAROLE CHIAVE

NOCC, Cure Territoriali, Distretto

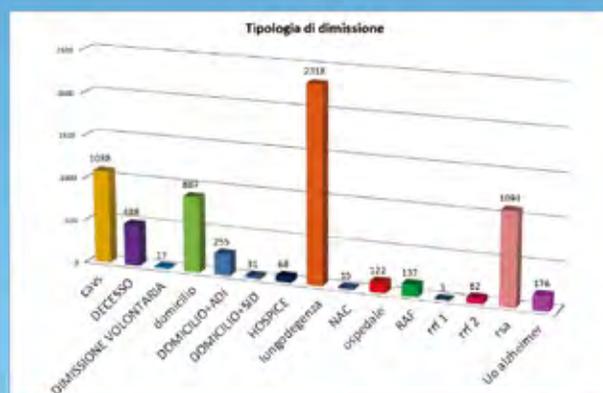
INTRODUZIONE

Il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC) attivato presso il PO di Chivasso con delibera n. 0518 del 31/07/2013 dell'A.S.L. TO4, rappresenta una centrale operativa in grado di prendere in carico fin dal momento del ricovero le potenziali dimissioni difficili, programmandone il "patient flow" grazie alla stretta collaborazione con il distretto di competenza e con la rete di cura territoriale.

CONTENUTI

Il NOCC opera in tutti i reparti che possono necessitare di supporto organizzativo per le dimissioni che presentano alcune criticità. E' composto da un medico geriatra, da due figure infermieristiche e dall'assistente sociale.

I pazienti che entrano a far parte del percorso NOCC sono costituiti da una categoria ben identificabile; ovvero pazienti anziani, ultra 75enni, con stato confusionale/agitazione all'ingresso in ospedale, con quadro patologico cronico già noto, dove non sussistono più indicazioni a procedure diagnostiche specifiche, a impostazioni terapeutiche-riabilitative ospedaliere, dove emerge l'indicazione al *choosing wisely*.



Dalla statistica effettuata dei pazienti gestiti in totale 6761, 2318 di questi sono stati inviati presso le strutture di lungodegenza aziendali, 1094 nelle RSA e 1088 nei CAVS. Per 1173 casi seguiti è stato possibile impostare il rientro a domicilio grazie al coinvolgimento dei familiari ed all'attivazione distrettuale di cure domiciliari (ADI, SID, UOCP).

CONCLUSIONI

Il ruolo del NOCC all'interno del P.O. di Chivasso è risultato di fondamentale importanza per il corretto inquadramento dei pazienti con problematiche sanitarie/assistenziali/sociali e la loro gestione all'interno della rete dei servizi aziendali.

Bibliografia

Delibera n. 0518 del 31/07/2013 ASL TO 4

UN SISTEMA STRUTTURATO DI SUPPORTO ALLA CODIFICA DELLE SDO – L'ESPERIENZA DELL'ASST OVEST MILANESE



Asteri Bighiani S¹, Pedrotti A², Palumbo F¹, Toscani J¹, Schieppati S¹, Bodina A¹, Domeniconi G¹, Gerardi L³, Radice C⁴, De Filippis G⁵, Lombardo M⁶

AFFILIAZIONI: ¹ Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio Magenta-Abbiategrasso, ASST Ovest Milanese ² Medico in formazione specialistica, Scuola di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano ³ Direttore Medico, Direzione Medica di Presidio Magenta-Abbiategrasso, ASST Ovest Milanese ⁴ Dirigente Medico UOC Qualità e Accreditamento- ASST Ovest milanese ⁵ Infermiere UOC Qualità e Accreditamento, ASST Ovest Milanese. ⁶ Responsabile UOC Qualità e Accreditamento- ASST Ovest Milanese ⁷ Direttore Sanitario, Direzione Sanitaria, ASST Ovest Milanese. ⁸ Direttore Generale, Direzione Generale, ASST Ovest Milanese

INTRODUZIONE:

Il flusso SDO (SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA) è stato istituito con il D.M. 28 dicembre 1991 quale strumento di supporto alla valutazione, programmazione, gestione, controllo e remunerazione dell'attività ospedaliera di ricovero. Tale sistema consente, inoltre, una rilevazione sistematica di carattere epidemiologico ed è la fonte dei dati utilizzati dal PNE (PROGRAMMA NAZIONALE ESITI) per effettuare valutazioni di efficacia e di efficienza comparativa tra le strutture del SSN (SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE).

Regione Lombardia, ai fini del giudizio di rimborsabilità delle prestazioni, a partire dal 2003 ha disciplinato un'attività di controllo che, attualmente, dispone una quota minima annuale degli episodi di ricovero da esaminare pari al 14% e così suddivisa:

- 3%: autocontrollo completezza qualità documentale
- 4%: autocontrollo congruenza e appropriatezza generica
- 7%: controllo mirato congruenza e appropriatezza generica.

CONTENUTI:

Presso l'ASST Ovest Milanese, a partire dall'anno 2013, è stato istituito un sistema strutturato di supporto al personale medico con lo scopo di perfezionare la codifica delle SDO e allinearla alle regole nazionali e regionali. Tale attività è inserita all'interno dell'UOC Qualità e Accreditamento e governata da personale medico e infermieristico.

Oltre alle attività di controllo previste dalle normative regionali e sopracitate, sono sistematicamente effettuate delle verifiche PRE e POST invio del flusso regionale SDO.

I controlli PRE-invio sono effettuati mensilmente sulle pratiche prodotte nei quattro ospedali aziendali e campionate utilizzando filtri mirati, es. DRG ANOMALI e DRG ad ALTO RISCHIO di INAPPROPRIATEZZA. Per il controllo della corretta codifica ci si avvale della documentazione aziendale informatizzata, quale la lettera di dimissione e il verbale operatorio.

I controlli POST-invio sono effettuati annualmente con campionamento mirato e customizzato sulla base delle peculiari prestazioni erogate nei quattro ospedali aziendali. L'attività viene condotta attraverso l'analisi della documentazione clinica del singolo episodio di ricovero.

La completa cronologia dei controlli è archiviata su un apposito software che consente, inoltre, l'analisi di: codifica ICD9-CM per le diagnosi e le procedure, DRG, MDC, regime e tipo di ricovero; tale applicativo evidenzia la valorizzazione economica di ciascuna pratica e consente di effettuare simulazioni.

L'implementazione di tale sistema si avvale del confronto con un medico DRG-Referente, individuato all'interno di ogni singola Unità Operativa (UO), che costantemente viene informato sulle difformità riscontrate e aggiornato sulle novità in merito alla codifica; tale figura rappresenta il "trait d'union" tra il gruppo di controllo e gli altri medici.

Per ogni tipologia di controllo vengono elaborati Report ad hoc inviati alla Direzione Medica e alla UO di pertinenza.

CONCLUSIONI:

Nel periodo temporale 2013-2017, oltre ai controlli cogenti, sono state complessivamente analizzate n° 7367 pratiche di ricovero, con un incremento progressivo nel corso degli anni; di esse 3950 SDO sono state ricodificate, con una valorizzazione economica finale pari al + 2,23% del rimborso iniziale.

L'attività di supporto alla corretta codifica della SDO è un processo necessariamente continuo, dato il turn over del personale codificatore e date le evoluzioni normative. A tale scopo, annualmente all'interno dell'ASST Ovest Milanese è erogato un corso di formazione specifico.

Parole chiave: SDO, congruenza, appropriatezza



Figura 1: Medico che compila la documentazione sanitaria



Figura 2: Documentazione sanitaria

Sorveglianza microbiologica di Infezioni da Clostridium difficile in un Presidio Ospedaliero di Roma

M. Cava*; C.A. Consolante†; C.L. Bonanno‡; M. Tanà§; A. Conte¶; M. Cerimere§

*U.O.C. Microbiologia e Virologia; † Direzione Medica di Presidio "S. Pertini"; ‡ Infermiere Epidemiologo; § Direttore Sanitario Asl Roma 2

Introduzione:

L'Ospedale S. Pertini è un presidio per acuti situato nella periferia romana a sud est della stazione tiburtina. Il presidio è organizzato secondo il modello dell'intensità di cure, nel 2016 l'ospedale ha erogato 14.406 ricoveri, 11.851 ordinari 67,3% da Pronto Soccorso. La degenza media è stata di $8,03 \pm 10,31$ giorni e l'età media dei pazienti di $58,33 \pm 22,55$.

Materiali e Metodi:

Il controllo della diffusione di Clostridium difficile nel setting ospedaliero può essere realizzato agendo su: prevenzione degli episodi clinici; prevenzione delle nuove colonizzazioni; gestione degli episodi epidemici o pseudo epidemici.

La sorveglianza microbiologica dei casi ha rilievo in tutte e tre e attività. Per la diagnosi di infezione da C. difficile presso la U.O.C. di Microbiologia si esegue di routine h 12 su campione diarroico (scala di Bristol: tipo

5-6-7) un test immunoenzimatico rapido a membrana per il rilevamento simultaneo dell'antigene glutammato deidrogenasi (GDH), che conferma la presenza del batterio, e delle tossine A e B che conferma la presenza del ceppo tossigeno. Un secondo test viene effettuato solo se il primo è negativo e se persiste il sospetto diagnostico. La persistenza dell'antigene GDH (associato a test per tossina A-B positivo o negativo) può essere documentata per settimane dopo la risoluzione dell'episodio infettivo, anche a seguito di terapia specifica. I pazienti in sorveglianza erano sia in regime di ricovero ordinario che presso il Dipartimento di Emergenza Urgenza. In caso di cluster epidemici il campione è stato conservato a -60°C per successive indagini.

Risultati:

Sono stati esaminati 446 campioni di feci, di 269 pazienti degenti, nel primo semestre del 2018. L'infezione da Clostridium difficile è confermata in 108/269 pazienti (GDH e Tossina A-B entrambi positivi), pari al 40,1%. In 12 pazienti la positività dell'antigene GDH non correlava con le tossine, in 8 pz la positività del solo GDH era riferibile all'episodio infettivo documentato nell'ambito delle 4-8 settimane precedenti. La malattia si è manifestata prevalentemente a carico di pz. di età > 60 aa., in maggioranza > 80 aa., che hanno costituito il 95% dei pazienti con CDI. In 9 pazienti con età > 80 aa è stato documentato almeno un episodio di recidiva (Figura 1).

Considerando la fascia di età 60-99 aa, sono risultati positivi per CDI 215 pazienti, di cui 200 degenti nell'area di degenza di medicina, di chirurgia, di ortopedia e di emergenza-urgenza (Tabella 1). Rispettivamente sono risultati con CDI 40/84 pazienti in area di medicina, 11/27 in area di chirurgia, 17/35 in ortopedia e traumatologia, 23/54 in DEU.

La stratificazione dei risultati del test GDH/Tossina A-B per area di degenza e per fascia di età ha evidenziato una più alta incidenza nella età 80-89 aa relativamente ai pazienti in area DEU (13/23), di medicina (16/40), di ortopedia (11/35), rispetto all'area di chirurgia (4/27).

L'esame sequenziale dei risultati positivi ha documentato una maggiore incidenza di CDI nelle prime 5 settimane del 2018: 25 casi gennaio, tendenza poi costate nei mesi successivi (Figura 2).

Gli episodi di CDI documentati nello stesso periodo del 2017 sono stati nel complesso 62/210 (29,5%).

Conclusioni:

Nel corso del periodo osservato CDI è in aumento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Il trend in aumento nel 2018 di CDI ha portato il CCICA a definire una serie di azioni combinate sia sul fronte del contenimento dell'infezione che sulla terapia specifica.

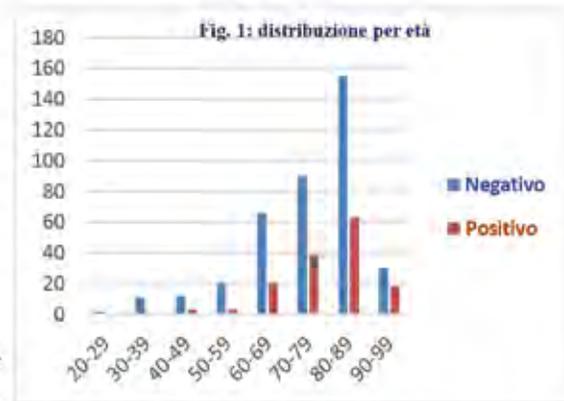
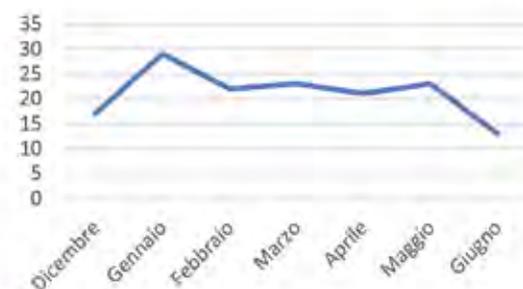


Tabella 1: Distribuzione per Unità Operativa

Area degenza	Pronto soccorso	Area chirurgia	Ortopedia e Traumatologia	Area Medicina	Totali
Pazienti totali	61	29	37	88	215
Positivi	25 (41%)	11 (38%)	18 (48.6%)	41 (46.6%)	95
Pazienti età 60-99	54	27	35	84	200
Positivi età 60-69	23 (43%)	11 (41%)	17 (48.5%)	40 (47.6%)	91

Fig. 2: Incidenza per mese: Dic. 2017 - Giu. 2018





PROGETTO BROADWAY



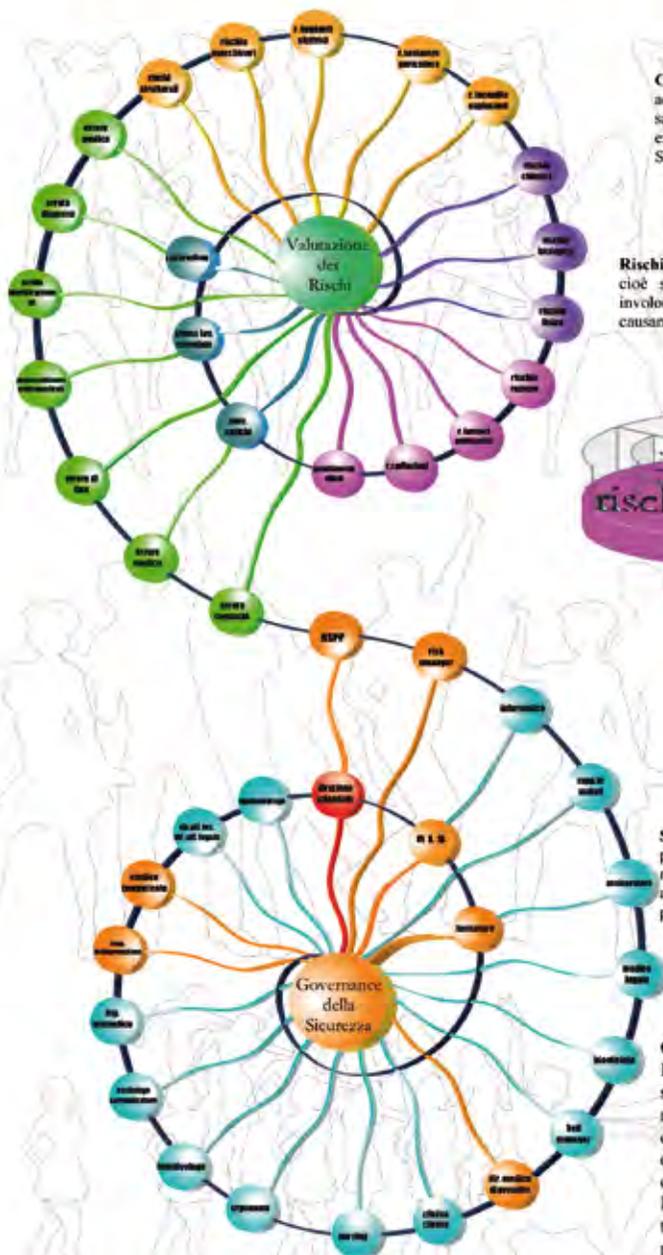
Per una reale Governance della Sicurezza in Ospedale

S. Ciaburro², P. Belfiore¹, G. Pesacane³, R. Lanzetta², M. Papa², A. D'Avanzo³, L. Mansi⁴, G. Liguori¹

Università Parthenope Napoli¹, ASL Napoli 1 centro², ANTeS³, CIRPS⁴

Parole chiave: governance, sicurezza, ospedale

RAZIONALE DEL PROGETTO: La SIRiC, Società Italiana Rischio Clinico, d'intesa con ANMDO, Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera, ANTeS, Associazione Nazionale Tecnici della Sicurezza e CIRPS, Centro Interuniversitario di Ricerca per lo Sviluppo sostenibile, elabora un progetto denominato "Broadway" per la governance della sicurezza in Ospedale. Il Musical è, notoriamente, la forma artistica teatrale più complessa per l'esigenza di far dialogare tra loro sul palcoscenico più artisti, cantanti, attori, ballerini, musicisti, con il rischio che un non perfetto coordinamento tra essi possa inficiare la migliore riuscita dello spettacolo. E' quanto può accadere in Ospedale quando i numerosi professionisti che intervengono nella gestione del sistema sicurezza (RSPP, RLS, Medico Competente, Esperto in radioprotezione ecc) e quelli che interagiscono nel Clinical Risk management (clinici, nursing, farmacista, sociologo, medico legale, epidemiologo, responsabile della formazione, ingegnere biomedico, infettivologo, bioeticista, informatico, ergonomo, assicuratore, responsabile dell'Ufficio tecnico, responsabile dell'Ufficio legale, rappresentante dei pazienti ecc.) svolgono il proprio compito senza una regia attenta e coordinata. Questi "attori", sotto la guida sapiente del clinical risk manager e del direttore medico dell'ospedale, devono agire nel rispetto di protocolli e procedure codificate, condivise e concordate fra tutti nell'ottica della massima collaborazione non più basata sulla disponibilità del singolo.



Clinical Governance: "A framework through which NHS organisations are accountable for continually improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish." [United Kingdom National Health Service (NHS)]

Rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di ricovero, che ne causano un prolungamento della degenza, una malattia o la morte



Sicurezza sul lavoro è l'insieme delle misure preventive e protettive da adottare per gestire al meglio la salute, la sicurezza e il benessere, in modo da evitare o ridurre al minimo possibile l'esposizione dei lavoratori ai rischi connessi all'attività lavorativa, riducendo o eliminando gli infortuni, le malattie professionali e la morte. (D.Lgs 81/08)

CONCLUSIONI

Il progetto si propone di realizzare, in accordo con le Società scientifiche interessate e con le varie figure professionali che operano nel campo della sicurezza sui luoghi di lavoro (Legge 81/2008 e s.m.i.) e della sicurezza delle cure (Legge 24/2017) in ospedale, un modello comportamentale (linee guida, protocolli e procedure) concordato e condiviso da tutti gli attori del sistema che, mettendo al centro l'interesse prevalente del paziente, funzioni anche nella direzione di tutelare l'operatore sanitario sia sul piano della responsabilità professionale sia su quello della sicurezza del lavoratore stesso.



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA



SIMULAZIONE IN MEDICINA, GESTIONE DEL RISCHIO E SICUREZZA DEL PAZIENTE: ESPERIENZA DELL'AOUI DI VERONA

P. Cicco*, O. Mariotto*, G. Salandini*, G. Di Piazza*, E. Finardi*, L. Meneghelli*, N. Pelacchi*, D. Spedicato*, A. Poli**
G. Dalle Pezze***, G. Motton***, A. Romano***, G. Romano***

* Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Verona

**Direttore UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

*** Centro di Simulazione Practice - Si.F.A.R.V.

PAROLE CHIAVE: Simulazione, Sicurezza, Practice-Si.F.A.R.V.

INTRODUZIONE

La simulazione è una tecnica di apprendimento in grado di rimpiazzare o amplificare un'esperienza reale con una guidata, che evoca o replica gli aspetti del mondo reale in maniera interattiva. La simulazione è una sorta di "sperimentazione attiva" (Kolb) che risulta fondamentale per imparare velocemente, fissare i concetti e acquisire piena consapevolezza dell'esperienza. Introdotta in ambito sanitario da David Gaba negli anni '80, ha come principale obiettivo la sicurezza del paziente e la necessità di creare uno standard assistenziale dominato dalla "cultura della sicurezza" attraverso il miglioramento delle abilità tecniche e delle capacità di reagire con scelte appropriate di fronte a situazioni critiche, cause di potenziali eventi avversi. La simulazione permette di ridurre gli errori attribuibili al fattore umano e una migliore gestione del rischio.



CONTENUTI

Il Centro di Simulazione Practice dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona è operativo da settembre 2012. Il Centro è stato realizzato nel Padiglione 1 dell'Ospedale Civile Maggiore dell'AOUI rilevando gli spazi precedentemente sede dei reparti di Cardiologia e di Cardiocirurgia, sviluppandosi su una superficie complessiva di oltre 3200 mq dislocata su due piani. Il Centro è una vera "piattaforma integrata" di corsi per lo sviluppo delle competenze in ambito sanitario per le diverse figure professionali e prevede spazi dedicati ad attività di formazione in simulazione. Presso il Centro si effettuano corsi base (BLS, BLSD, simulazione di applicazioni di procedure di reparto), intermedi (ALS, Non Technical Skills) e avanzati (ETC, hospital EVAC). Dal 2013 la Regione Veneto ha individuato il Centro di Simulazione Practice come sede del Centro di Simulazione e Formazione Avanzata (Si.F.A.R.V.), che gestisce corsi di simulazione avanzata tra cui: prostatectomia radicale robotica¹, ostetricia operativa², isteroscopia resettoscopica, angiografia interventistica e chirurgia endovascolare³, gestione di incidenti ed emergenze in circolazione extracorporea⁴, maxiemergenza e disastri⁵. I corsi, tenuti da professionisti sanitari, prevedono sezioni teoriche e pratiche con l'utilizzo di simulatori e l'osservazione partecipata degli interventi simulati oltre a sessioni dedicate alle non technical skills con esperti del settore aeronautico allo scopo di acquisire competenza per una corretta gestione del team e della comunicazione in situazioni elettive, di urgenza ed emergenza. Dal 2013 ad oggi sono stati effettuati oltre 450 corsi all'anno per più di 4500 partecipanti.



CONCLUSIONI

Il Centro Practice-Si.F.A.R.V. è un vero e proprio "ospedale nell'ospedale" che fa della sostenibilità il suo punto di forza, cioè la certezza di una reale finalizzazione nel momento dell'acquisto dei simulatori e per la progettazione dei corsi. Inoltre all'interno del Centro ha preso l'avvio la realizzazione del Parco Scientifico per la Formazione in Simulazione, una nuova struttura multifunzionale che possa offrire, coordinandosi anche con l'Università, strumenti e metodologie innovativi ed integranti per la creazione di percorsi di addestramento e formazione in simulazione, destinati a tutte le figure professionali. All'interno del Parco è stata pianificata ed avviata la realizzazione di 3 ulteriori modelli formativi ancora più complessi e completi: il Cadaver Lab (già progettato in uno spazio di oltre 500 mq), un'area per le attività di Modelling e Stampa 3D e sale olografiche per la formazione in Realtà Virtuale (3DHD).

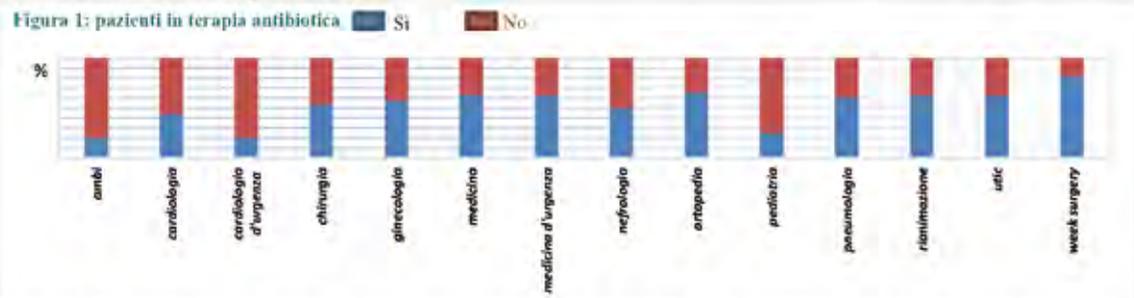
Prevalenza dell'utilizzo di antibiotici in un Presidio Ospedaliero

C.A. Consolante#, M. Cava*, C.L.Bonanno*, M. Tanaç, D. Antonaci+, C. Bianchini#, M. Cerimere§

*U.O.C Microbiologia e Virologia # Direzione Medica di Presidio "S. Pertini" Ç Infermiere Epidemiologo; + U.O.C. Ostetricia e Ginecologia; § Direttore Sanitario Asl Roma 2

Introduzione: Le Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.) rappresentano la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e costituiscono un importante problema di sanità pubblica. La Regione Lazio ha incluso il monitoraggio e controllo delle I.C.A. nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018.

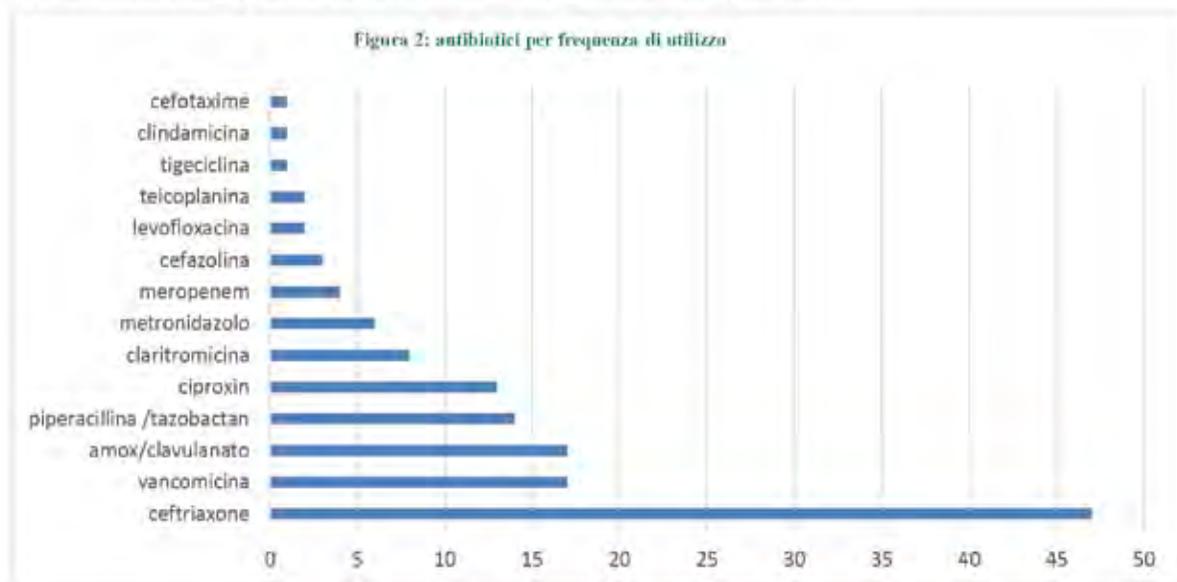
L'Ospedale S. Pertini ha partecipato allo studio di prevalenza europeo E.C.D.C. negli Ospedali per acuti 2016-2017; la scheda di rilevazione ECDC ha permesso di registrare anche la prevalenza puntuale dell'uso di antibiotici nei giorni di rilevazione e di ottenere pertanto informazioni utili alla ottimizzazione delle terapie antibiotiche.



Materiali e Metodi: Il monitoraggio è stato effettuato in un'unica giornata, in tutti i reparti assoldabili secondo il protocollo (è risultato pertanto escluso il Pronto Soccorso). Le attività e gli obiettivi sono stati preventivamente condivisi con i clinici coinvolti ed è stata effettuata una giornata di formazione dei rilevatori; sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati presenti in reparto alle 8:00 del mattino e non dimessi al momento della rilevazione.

Risultati: Sono stati inclusi nello studio 238 pazienti, il 51% dei quali di sesso femminile, età media di 83 anni. 137 pazienti assumevano almeno una molecola di antibiotico (67%) 46 due molecole, 6 tre molecole. 70 pazienti erano stati sottoposti ad intervento chirurgico; a 200 pazienti era stato applicato un catetere venoso periferico, a 43 device centrale; 9 pazienti erano intubati. Un numero rilevante di pazienti, 149 (73%) era portatore di catetere urinario. Gli antibiotici (ab) erano somministrati in tutti i reparti ma maggiormente in area medica (Figura 1); la associazione di più farmaci è stata registrata più frequentemente in Rianimazione ed Area Medica. Ceftriaxone, Vancomicina, Amoxicillina/Acido Clavulanico sono gli antibiotici più utilizzati presso il presidio ospedaliero (Figura 2); 15 le molecole presenti nelle terapie della giornata di rilevazione.

Conclusioni: La conoscenza delle abitudini dei clinici in riferimento all'uso degli antibiotici è un utile strumento di riflessione per la razionalizzazione delle terapie antibiotiche ai fini di una maggiore efficacia e per limitare la resistenza ai farmaci. Il raggiungimento degli obiettivi è però subordinato ad una attenta condivisione dei risultati ed alla attiva collaborazione della Farmacia. Anche la elevata incidenza di alcune pratiche a rischio di inappropriately (es: catetere urinario) saranno oggetto di ulteriore approfondimento.





UNIMORE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Il programma di Patient Blood Management: dalle linee guida all'applicazione. L'esperienza in AUSL Romagna

F. Fagioli¹, P. Masperi², E. Vetri², E. Farolfi², V. Agostini³

1) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Modena e Reggio Emilia

2) Direzione Medica di Presidio, Ospedale Morgagni - Pierantoni - AUSL Romagna

3) U.O. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, Ospedale Morgagni-Pierantoni / Ospedale Bufalini - AUSL Romagna

INTRODUZIONE

Il PBM è un approccio multidisciplinare che ha l'obiettivo di migliorare la gestione del paziente, ottimizzare la gestione clinico-organizzativa di emocomponenti e plasmaderivati e si basa su "3 pilastri":

- ottimizzazione dell'eritropoiesi
- contenimento delle perdite ematiche
- ottimizzazione della tolleranza all'anemia

Esso fonde i concetti di miglioramento dell'outcome del paziente e di riduzione di costi e ricorso alla risorsa sangue, andando oltre l'ottica di uso appropriato e ponendo l'attenzione sulla prevenzione dell'utilizzo, controllando i fattori modificabili che possono portare alla necessità di trasfusione. I professionisti coinvolti, in collaborazione con le Direzioni Sanitarie, devono garantire l'applicazione dei modelli e delle procedure clinico-organizzative idonee a massimizzare l'efficacia e l'efficienza delle risorse disponibili e raggiungere i migliori risultati in termini di gestione dei pazienti e sicurezza delle cure

CONTENUTI

In coerenza con quanto indicato dalla DGR 830/17 è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare sul PBM. Sono state individuate le situazioni a maggior rischio e identificato un modello organizzativo che prevede, durante l'iter preoperatorio, lo studio dello stato marziale del paziente candidato a intervento chirurgico programmato attraverso la valutazione da parte dell'Anestesista non solo degli esami di laboratorio ma anche di un apposito questionario formulato per identificare precocemente le condizioni predisponenti a rischio emorragico; in caso di sospetto viene sospeso l'iter preoperatorio e richiesta una consulenza a U.O. Medicina Trasfusionale per approfondimenti e/o terapie.

Parallelamente sono stati predisposti algoritmi procedurali *ad hoc* per il trattamento del trauma e dell'emergenza ostetrica, per il corretto utilizzo dei farmaci specifici e per la gestione del paziente in terapia con farmaci anticoagulanti e antiaggreganti; è stata fatta una valutazione del management intraoperatorio del paziente sia dal punto di vista chirurgico che anestesiológico per ottimizzare l'esito delle procedure e sono state adottate soglie trasfusionali restrittive; è stata avviata la formazione specifica del personale e fissati indicatori per valutare l'andamento dell'attività alla luce delle strategie adottate

Tab.1: totale emazie trasfuse: 2017 vs 2018

Ambito	Emazie trasfuse Gen-Set 2017	Emazie trasfuse Gen-Set 2018	Emazie trasfuse Δ 2017 vs 2018 (N)	Emazie trasfuse Δ 2017 vs 2018 (%)
Cesena	5802	6032	+230	+3,96 %
Forlì	4623	4049	-574	-12,42 %
Ravenna	15639	14593	-1046	-6,69 %
Rimini	10158	9770	-388	-3,82 %
TOTALE	36222	34444	-1778	-4,91 %

Per quanto concerne il conferimento di emazie concentrate al Centro Regionale Sangue nel primo quadrimestre 2018 sono state conferite 2577 unità vs le 1700 in programmazione, con un sovrannumero di 877 unità cedute rispetto al programmato (+51%)

Tab.2: totale concentrati plasmatici e piastrinici trasfusi: 2017 vs 2018

Ambito	Plasma trasfuso Gen-Set 2017	Plasma trasfuso Gen-Set 2018	Plasma trasfuso Δ 2017 vs 2018 (N)	Plasma trasfuso Δ 2017 vs 2018 (%)	Conc PLT trasfusi Gen-Set 2017	Conc PLT trasfusi Gen-Set 2018	Conc PLT trasfusi Δ 2017 vs 2018 (N)	Conc PLT trasfusi Δ 2017 vs 2018 (%)
Cesena	193	309	+116	+60,1 %	384	355	-29	-7,55 %
Forlì	113	122	+9	+7,96 %	677	561	-116	-17,13 %
Ravenna	915	820	-95	-10,38%	1619	1655	+36	+2,22 %
Rimini	180	157	-23	-12,78%	924	818	-106	-11,47 %
TOTALE	1401	1408	+7	+0,50%	3604	3389	-215	-5,97 %

CONCLUSIONI

I risultati evidenziano che grazie all'introduzione del programma di PBM già nei primi 9 mesi del 2018 sono stati raggiunti buoni risultati sia nel miglioramento della gestione risorsa sangue in AUSL Romagna sia nel contributo all'approvvigionamento regionale ed è fondamentale che il percorso avviato continui ad essere valorizzato ed implementato

BIBLIOGRAFIA

- Linee guida per il Patient Blood Management - CNS 2016
DGR 830/2017 - Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2017
DM 2 Novembre 2015 - Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti
Raccomandazioni per l'implementazione del programma di Patient Blood Management

Corrispondenza a Dr.ssa Francesca Fagioli - Email francesca.fagioli@unimore.it
Università di Modena e Reggio Emilia, Via Campi 287 - 41125 Modena



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Modello organizzativo di gestione dei posti letto. L'esperienza dell'Ospedale Morgagni-Pierantoni

Farolfi E. direzione medica Ospedale Morgagni-Pierantoni, Bini C. direzione medica Ospedale Morgagni-Pierantoni, Faggioli F. specializzanda di Igiene e Medicina Preventiva, Mazzini S. direzione infermieristica Ospedale Morgagni-Pierantoni, Terrasi M. infermiere case manager Ospedale Morgagni Pierantoni, Masperi P. direzione medica Ospedale Morgagni Pierantoni.

INTRODUZIONE

Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'incremento dei pazienti "fragili" registrati negli ultimi anni nel territorio forlivese, hanno determinato un aumento di accessi e di ricoveri in area medica di pazienti provenienti da Pronto Soccorso, pur in presenza di azioni di contrazione dell'offerta dei letti ospedalieri. Si è pertanto reso necessario modificare i meccanismi di gestione dei flussi dei pazienti in Ospedale e si è realizzato un modello di gestione centralizzata dei flussi sia in entrata (Team Bed Management), sia in uscita (Nucot) dall'Ospedale, attraverso la costituzione di un Team unico.

CONTENUTI

Il Team unico interviene quindi sia nella gestione dei pazienti in entrata, attraverso il governo dell'area produttiva di degenza-area per acuti, sia nella gestione del flusso in uscita con inserimento presso strutture cerniera (post-acuti, I.D., Ospedale di comunità) e/o dimissione a domicilio con attivazione di assistenza domiciliare infermieristica e/o accesso ai servizi della rete socio-sanitaria territoriale.

L'obiettivo principale del Team è garantire la corretta collocazione del paziente in un tempo adeguato in relazione ai suoi bisogni e alle risorse disponibili, determinando così un flusso laminare dei pazienti e favorendo un miglioramento del clima sia organizzativo che assistenziale.

Il team bed-management è costituito da un medico di direzione e tre infermieri di cui uno esercita il collegamento fra i flussi in entrata e quelli in uscita. Il Team utilizza una piattaforma informatica che:

- 1) mappa in tempo reale la disponibilità dei letti in area per acuti e nelle strutture cerniera
- 2) traccia i trasferimenti dei pazienti tra le Unità Operative
- 3) elabora la lista dei pazienti eleggibili al trasferimento verso le strutture cerniera
- 4) permette l'accesso all'anamnesi dei pazienti, essendo inserita nella rete informatica aziendale.

Il TBM svolge inoltre un ruolo di sensibilizzazione delle Unità Operative rispetto alla gestione del posto letto, contribuendo alla elaborazione di documenti condivisi per la gestione dei ricoveri.

Anno di riferimento	2015	2016	2017	2018 primi 9 mesi
Accessi Totali	45.005	45.861	47.542	36857
ricoveri da PS	8.584	9.274	9.198	6.987
Indice di ricovero	19,1%	20,2%	19,3%	19,0%
ricoveri medici	5.022	5.687	5.555	4.211
ricoveri chirurgici	1.206	1.206	1.270	972
ricoveri specialità	2.356	2.381	2.373	1.804
T.O.P.L.	83,3%	84%	87,8%	88,2%

Fonti: Gestionale informatico dedicato



CONCLUSIONI

La centralizzazione dei flussi ha consentito di:

- mappare e ottimizzare la risorsa posto letto
- tracciare e personalizzare i flussi/percorsi dei pazienti
- sollevare il medico di PS dalla funzione di ricerca del letto libero, aumentando il tempo dedicato alla gestione clinica
- aumentare l'integrazione Ospedale-territorio
- valorizzare la professione infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Bini C., Terrasi M., Biondi M., Farolfi E., Girelli F., Greco R., Grilli E., Guidi E., Mazzeo V., Mengozzi S., Pulvirenti D., Righetti G., Sirri S., Iasnarri M., Voipe L. "Indicazioni per la gestione dei ricoveri/flussi dei pazienti degenti", Settembre 2017;
 - [2] Bini C., Terrasi M., Sirri S., Greco R., Mazzini S., Mengozzi S., "Progetto Bed Management" Ambito Forlì, maggio 2018;
 - [3] D.G.R. 17 novembre 2017, n.1827, in materia di "LINEE DI INDIRIZZO ALLE AZIENDE SANITARIE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO NELLE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA";
 - [4] P.A. 145 "Percorso dimissioni protette: attività del nucleo di continuità ospedale-territorio."
 - [5] NUCOT Team: corso interno aziendale di formazione per operatori del nucleo operativo generale azienda
- Siti Internet consultati:
[4] <https://www.unise24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/bed-manager-infermiere-appropriatezza-ricoveri.html>

Corrispondenza a Dott. Emanuele Farolfi Azienda USL della Romagna
Presidio Ospedaliero di Forlì - Direzione Medica Via C. Forlanini 34; 47121 Forlì
Contatti: 0543 731187 731200; fax 0543 738677; email: e.farolfi@aslromagna.it



PROTOCOLLO DI SORVEGLIANZA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A ERCP

Formentini S. ¹; Ramon R. ²; Lisiero M. ², Marcon E. ².

¹ Direttore Medica Ospedale Ca' Foncello, Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana, Regione Veneto

² Direzione Medica Ospedale Ca' Foncello, Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana, Regione Veneto

INTRODUZIONE

In letteratura vi sono numerose conferme del rischio infettivo associato a procedure di ERCP e, in particolare, dal 2012 sono state riportate diverse trasmissioni di germi multiresistenti tramite l'utilizzo di duodenoscopi contaminati. Il punto del duodenoscopio più frequentemente contaminato dopo *reprocessing* dello strumento è la punta del canale elevatore. Il *reprocessing* prevede una prima fase di decontaminazione manuale, operatore-dipendente, e una fase di alta disinfezione in macchina lavaendoscopi o di sterilizzazione tramite ETO. La decontaminazione manuale va eseguita con particolare cura e prelude alla buona riuscita dell'intero processo. Sono stati condotti diversi studi per identificare quale sia la metodica migliore da utilizzare nella fase automatizzata: singolo ciclo di lavaggio in lavaendoscopi, doppio *reprocessing* o sterilizzazione con ETO. Ad oggi non vi è una risposta univoca pertanto diviene fondamentale predisporre un'accurata sorveglianza su tutti gli strumenti utilizzati, come evidenziato dal protocollo di FDA di Febbraio 2018. Presso l'Ospedale Ca' Foncello di Treviso, da Luglio 2018, è stato avviato un protocollo sperimentale di sorveglianza su tutti i pazienti sottoposti a ERCP e sui relativi strumenti, al fine di validare l'efficacia della metodica di *reprocessing*.

Il protocollo di sorveglianza è stato elaborato collegialmente dalle UU.OO. Endoscopia digestiva e Microbiologia e validato dal CIO e dalla Direzione Medica. Il protocollo prevede che ogni paziente che deve sottoporsi a ERCP esegua un tampone rettale (T.R.) per ricerca di germi multiresistenti prima della procedura. Per i pazienti ricoverati è stata data indicazione alle UU.OO. di degenza di richiedere il T.R. 48 ore prima della procedura così da poter eseguire il test microbiologico colturale e limitare i costi. Nel caso in cui il paziente non abbia eseguito prima il tampone, esso viene effettuato presso l'Endoscopia digestiva e inviato alla Microbiologia per indagine molecolare, rendendo disponibile il referto in poche ore. Si è deciso che tutti i duodenoscopi utilizzati per ERCP siano sottoposti a doppio *reprocessing* (ripetizione consecutiva del ciclo *cleaning* manuale - alta disinfezione in lavaendoscopi). Se il duodenoscopio è stato utilizzato su un paziente il cui esito del T.R. è negativo, dopo il doppio *reprocessing*, può essere riutilizzato. Se il T.R. per la ricerca di germe multiresistente è positivo, dopo il doppio *reprocessing*, vengono eseguiti dei campionamenti per esame colturale su tutto il duodenoscopio (estremità distale, canale elevatore, liquido di lavaggio da canale operativo a punta duodenoscopio, scovolino da canale operativo a punta duodenoscopio, liquido di lavaggio post *brushing*, *brushing* canale elevatore), al fine di avere garanzia che lo strumento non sia più contaminato. In caso di esito positivo di tali campionamenti, il duodenoscopio viene inviato a sterilizzazione con ETO. Parallelamente all'avvio di tale protocollo si sta perfezionando un piano di sorveglianza microbiologica su tutti gli strumenti utilizzati presso l'Endoscopia digestiva da effettuarsi ogni 6 mesi. È stato, inoltre, formato nuovamente il personale sulle modalità corrette di esecuzione della fase di decontaminazione manuale. Ad oggi 6 pazienti avevano T.R. positivo per germi multiresistenti e in 5 il doppio *reprocessing* si è dimostrato efficace; un duodenoscopio è stato inviato a sterilizzazione per positività a bassa carica di *Klebsiella* resistente ai carbapenemi.

CONTENUTI

CONCLUSIONI

Il protocollo di sorveglianza avviato ci permette di avere dati di efficacia sulla metodica di *reprocessing* utilizzata. Ad oggi non abbiamo sufficienti casi per terminare la fase di sperimentazione ma nella maggior parte di essi il doppio *reprocessing* si è dimostrato efficace nell'abbattimento della carica di germi multiresistenti. Tale protocollo è stato, inoltre, accompagnato da una ulteriore fase di formazione sul personale addetto alla decontaminazione manuale, cruciale per il buon esito del processo.

Parole chiave: infezioni correlate all'assistenza, endoscopia digestiva, rischio clinico

La Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC) di tipo riabilitativo nell'esperienza lombarda.

Giametta P., Coscia M.T., Mosca I., Pediglieri M., Pirota E. Rizzo D. Marzorati D.*

ATS Città Metropolitana di Milano - UOC Controlli della Specialistica

IRCCS Istituto Auxologico Italiano- Milano

Obiettivi: Le MAC sono state istituite in Regione Lombardia (DGR 1479/11) al fine di implementare un nuovo modello organizzativo per le prestazioni ambulatoriali teso a favorire la transizione del percorso di cura dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale. Le successive integrazioni normative hanno sviluppato i presupposti affinché il setting operativo MAC fosse strutturato in modo tale da distinguersi per complessità di intervento e di risorse impiegate, dall'ambulatorialità semplice. Lo scopo del legislatore è stato quindi quello di favorire una sostanziale evoluzione del Day Hospital puntando sul riconoscimento specifico del bisogno del paziente di un ambiente protetto e creando le basi per un più razionale utilizzo delle risorse e dell'appropriatezza delle cure. Attualmente sono stati definiti 12 pacchetti MAC con le relative tariffe. Esistono tre pacchetti MAC 6,7 e 8 che fanno riferimento a percorsi di tipo riabilitativo. Già nella Circolare ISAN/12 era stato specificato che il setting MAC riabilitativo non era solo destinato alla tipologia Neuromotoria.

Obiettivo di questo lavoro è stato quello di valutare l'applicazione delle MAC anche in ambito Endocrino Metabolico, Cardiologico e Respiratorio e della Psichiatria.

Materiali e Metodi: Sono stati valutati i volumi di attività MAC dall'anno 2014 all'anno 2017 per quanto riguarda le tipologie afferenti ai pacchetti Riabilitativi prodotti nel territorio dell'attuale ATS Città Metropolitana di Milano. Nel corso degli anni 2016 e 2017 si è proceduto a controllare informaticamente e sul campo 2523 record afferenti alla tipologia MAC, rendicontati dalle strutture erogatrici. Contestualmente alle verifiche sono stati valutati i protocolli operativi richiesti nel 2012 alle strutture erogatrici per lo sviluppo e l'attuazione del setting operativo MAC con le successive integrazioni e/o revisioni.

Risultati: A fronte di un incremento nel volume delle attività erogate, riconducibili alle MAC di tipo riabilitativo, passate da 56321 prestazioni nel 2014 a 66657 nel 2017, si è assistito in modo significativo ad una maggiore articolazione dell'offerta che per l'ambito cardiocircolatorio ha gradualmente mutuato e sviluppato modelli di discussione già realizzati in regione Lombardia a partire dal 2009. In particolare si è notato il maggiore dettaglio sulla definizione degli interventi che sono alla base della distinzione per complessità dei 3 pacchetti MAC: alta il 6, media il 7 e bassa l'8. Ciò è quantificabile nel 90% delle revisioni dei protocolli inoltrati nel 2012. Il versante endocrino metabolico rivolto in particolare al paziente obeso ha portato alla revisione del 100% dei protocolli esistenti. Infine si sono privilegiati i percorsi di definizione sulle patologie trattate per gli ambiti Respiratori, maggiore attenzione al passaggio della cura delle Apnee Notturme dal DH alla MAC, ed infine in ambito psichiatrico. Negli anni si sono infine strutturati percorsi multidisciplinari per il trattamento di patologie psichiatriche specifiche (es. Disturbi Comportamento Alimentare), dove la compresenza di varie figure professionali può garantire la realizzazione di progettualità di reinserimento a cui alcune strutture territoriali come i SERD, Centri Diurni, ecc.

Conclusioni: Le MAC offrono la possibilità di razionalizzare i costi dell'assistenza, ma come già anticipato richiama la necessità di sviluppare un percorso di appropriatezza delle cure che non può prescindere dal confronto tra erogatore e controllore. Questo percorso può tradursi nella revisione ed implementazione dei protocolli operativi ma deve altresì creare una cultura di trasferimento delle modalità assistenziali dal regime classico ospedaliero ad ambiti che devono rispondere al bisogno dei pazienti.



Metodi *Lean* per ridurre i rischi di ICA in chirurgia urologica: esperienza in un IRCCS oncologico

Giubbini G.¹; De Luca A.²; Vaia F.³; Forastiere E.⁴; Gallo M.T.⁴; Ghiani E.⁴; Loira M.G.⁴; Marchesini E.⁴; Petrone F.⁴; Pignatelli A.C.⁴; Pronesti C.⁴; Spano A.⁴; Torregiani G.⁴; Valerio A.⁴; Zucchiatti M.⁴; Ferriero M.C.⁴; Minisola F.⁴; Gallucci M.⁴; Vujovic B.⁵.

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

² Risk manager, Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma

³ Direttore Medico di Presidio, Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma

⁴ Gruppo di lavoro Lean4health Urologia, Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma

⁵ Direttore Sanitario Aziendale, Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma

Parole chiave: metodo *Lean*, ICA, urologia oncologica

INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) costituiscono un importante problema di sanità pubblica, dalle notevoli ripercussioni socio-economiche. Nello studio si descrivono metodi e impatto dell'applicazione, in collaborazione con Telos Management Consulting, di principi *Lean* nel percorso del paziente chirurgico urologico in un IRCCS oncologico, al fine di ridurre il rischio di tale fenomeno. La *Lean Healthcare* è un approccio organizzativo-gestionale volto a massimizzare il valore per il paziente eliminando sprechi e attività non a valore aggiunto, in un'ottica di miglioramento continuo.

CONTENUTI

Le attività si sono aperte con una giornata formativa per *équipe* assistenziali coinvolte, biologi e responsabili qualità e rischio clinico. A seguire, è stato mappato il processo *as is* tramite brainstorming e osservazione sul campo, individuando sprechi e ambiti a rischio di infezioni (e.g.: indicazioni in fase di prericovero-PreH, identificazione e isolamento pazienti infetti, igiene mani e uso di dispositivi, sicurezza nel blocco operatorio). È stata poi realizzata una matrice FMECA - individuando cause ed effetti di errori/rischi e definendo per ognuno l'Indice di Priorità di Rischio - e sono state analizzate le cause radice (RCA) tramite diagramma di Ishikawa. Si è proceduto quindi ad individuare contromisure *Lean* nel processo, tra cui: gestione visuale di informazioni, ordine e "pulizia" nelle attività (5S), standardizzazione delle azioni. In concreto, vale la pena citare: introduzione di *checklist* per esami in PreH, *brochure* per pazienti e *caregiver*, formazione degli operatori, reperibilità costante dell'alcol-gel nei reparti, revisione del regolamento di accesso a luoghi comuni e blocco operatorio, ridefinizione delle modalità programmatiche del blocco e della logistica in senso *just in time*, individuazione di una farmacia dedicata all'organizzazione del magazzino, aggiornamento del protocollo per antibiotico terapia in dimissione, integrazione degli applicativi informatici per la cartella clinica, sala operatoria e farmacia.

CONCLUSIONI

Le azioni di miglioramento sono in corso di implementazione permettendoci di registrare i primi effetti positivi - seppur da confermare - sull'incidenza delle ICA. La metodologia *Lean* potrebbe quindi costituire un valido strumento per reingegnerizzare i processi anche ai fini della gestione del rischio clinico.

Gabriele Giubbini: gabriele.giubbini@ifo.it



4 ROOT CAUSE ANALYSIS => DIAGRAMMA DI ISHIKAWA



Integrare percorsi e protocolli: la malattia tromboembolica

Daniele Pittioni#, Romina Perossa#, Manuela Treleani§, Claudia Giuliani*

Direzione Medica Gorizia – Monfalcone

§ Servizio Infermieristico Aziendale

* Direzione Medica Latisana – Palmanova

AAS 2 Bassa Friulana - Isonzina / Vegano / Fiume / Venezia Centro

Parole chiave

Malattia tromboembolica, Integrazione, Buone pratiche

Introduzione

Partendo dall'esperienza maturata nei quattro presidi ospedalieri dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isonzina" è stato istituito, con il coordinamento del Nucleo operativo rischio clinico afferente alle direzioni ospedaliere, un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, con il mandato di integrare i percorsi e i protocolli esistenti sul tema della prevenzione e gestione della malattia tromboembolica, valorizzando le buone pratiche esistenti in ospedale e sul territorio.

Contenuti

Il tromboembolismo venoso (TEV) è una causa rilevante di morbilità e mortalità nel paziente chirurgico e non. Negli studi osservazionali dell'epoca precedente all'introduzione della profilassi, l'incidenza di trombosi venosa profonda degli arti inferiori e di embolia polmonare oscillava dal 15 al 30% e dallo 0,2% allo 0,9%, rispettivamente.

La trombosi venosa profonda degli arti inferiori è frequentemente asintomatica, tanto che spesso il TEV si manifesta con i sintomi dell'embolia polmonare. La profilassi è il principale mezzo per ridurre l'incidenza di questa importante complicanza.

In considerazione di quanto sopra esposto, le direzioni ospedaliere e il nucleo operativo rischio clinico della AAS n.2 hanno coordinato un progetto aziendale che ha tenuto conto della problematica sia dal punto di vista della prevenzione chirurgica, che della presa in carico del paziente con TEV tra ospedale e territorio.

Per l'ambito chirurgico è stato elaborato un protocollo a valenza aziendale ai fini di valutare il rischio tromboembolico e di applicare strategie di prevenzione di provata efficacia ai pazienti candidati ad intervento chirurgico in regime di ricovero ordinario. Tale documento ha lo scopo di fornire agli operatori una "guida operativa" alla profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti candidati a intervento chirurgico, soprattutto per l'utilizzo nella pratica clinica quotidiana.

Il documento è stato redatto facendo riferimento alle linee guida nazionali ed internazionali riguardanti ciascuna specialità analizzata.

Sono stati introdotti sperimentalmente degli algoritmi per la definizione del rischio tromboembolico specifici per ogni specialità chirurgica accompagnati dalle rispettive strategie di prevenzione di provata efficacia.

Per l'area medica è stato sperimentato un percorso di presa in carico del paziente con TEV che afferisce al Pronto Soccorso (in urgenza o inviato dal MMG) dove viene fatta la diagnosi e iniziato il trattamento anticoagulante iniettivo. Il successivo passaggio prevede una valutazione specialistica presso un ambulatorio dedicato, attivato con priorità breve direttamente dal medico di Pronto Soccorso.

Conclusioni

Dopo il periodo di sperimentazione il protocollo per la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti candidati ad intervento chirurgico, con i relativi moduli riveduti e corretti, è stato adottato in via definitiva.

Per l'area medica la sperimentazione del percorso si concluderà alla fine del 2018 in due dei quattro presidi ospedalieri aziendali; in seguito verrà valutata l'opportunità e la fattibilità di attivare l'ambulatorio dedicato anche presso gli altri presidi ospedalieri dell'Azienda.

INDAGINE SULLA PREVALENZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA

Gori F.¹, Santoriello G.², Kundisova L.¹, Quercioli C.², Messina G.¹, Sancasciani S.²

- 1) *Scuola di Sanità Pubblica Post Laurea, Università degli Studi di Siena*
- 2) *Direzione ospedaliera di Presidio Ospedaliero Alta Val D'Elsa, Poggibonsi*

Parole chiave: Infezioni nosocomiali, terapia antibiotica, sorveglianza sanitaria

Introduzione

Il fenomeno delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) è una conseguenza del ricovero ospedaliero che spesso si traduce in un aumento della mortalità e dei costi per il Sistema Sanitario.

Contenuti

Il giorno 22 novembre 2017 nel Presidio Ospedaliero Val D'Elsa abbiamo condotto l'analisi di prevalenza delle ICA. Per ogni partecipante abbiamo rilevato dati identificativi di ICA e di utilizzo di antibiotici sistemici. L'indagine si è conclusa in un giorno e sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati. Sono state analizzate le cartelle cliniche dei ricoverati nei reparti di: Chirurgia generale, Medicina interna, Ortopedia, Ginecologia ed Ostetricia, Terapia intensiva, Ospedale di Comunità, Riabilitazione ed Hospice. L'identificazione delle infezioni è avvenuta basandosi sul protocollo europeo ECDC 4.2 (European Centre for Disease Control). I dati sono stati raccolti tramite schede cartacee e successivamente inseriti nel database elettronico HelicsWin®. Abbiamo effettuato l'elaborazione statistica col software Stata®.

Obiettivo di questo studio è valutare l'incidenza di ICA nell'Ospedale Dell'Alta Val D'Elsa.

Sono stati inclusi in totale 108 pazienti (53,2% femmine) con età media di 77,2 anni ($\pm 15,3$). Abbiamo rilevato una durata media di degenza di 7,5 gg ($\pm 7,1$). L'80% dei pazienti risultavano portatori di Catetere Venoso Periferico (CVP), il 15,9% di Catetere Venoso Centrale (CVC), il 51,5% di Catetere Urinario (CU), soltanto l'1,8% risultava intubato.

Sono emerse in totale 7 infezioni ospedaliere (prevalenza 6,4%; IC 2,6-13), di cui il 43% in Riabilitazione, seguita a pari merito da Chirurgia, Ostetricia, Medicina generale e UTIC per il 14% ognuna. Le infezioni delle vie urinarie, come quelle della ferita chirurgica e quelle gastrointestinali, rappresentavano ognuna il 29%, mentre la sepsi il 14%.

L'analisi bivariata ha mostrato che la presenza di CVC risultava l'unico fattore di rischio significativamente associato a presenza di infezione ospedaliera (OR=6,6 ; P=0,01). La maggior parte dei pazienti (56,9%) apparteneva alla classe McCabe 1 (malattia non-fatale) e la maggior parte delle infezioni (57%) è stata rilevata in questa classe.

Il 50% del totale dei pazienti ha ricevuto terapia antibiotica, i farmaci più utilizzati sono le Cefalosporine di terza generazione (48,9%), seguiti da Fluorochinolonici (23,4%) e Carbapenemici (14,9%). L'analisi univariata ha dimostrato che i pazienti con la maggior probabilità di dover assumere terapia antibiotica sono quelli portatori di CVC (OR=2,03 ; P=0,05), CVP (OR=4,06 ; P=0,008) e CU (OR=3,5 ; P=0,002).

Conclusioni

La prevalenza di infezioni registrata è in linea con i valori riportati dall'indagine del 2012 dalla Regione Toscana (6,2%). Il nostro studio evidenzia che grazie al corretto utilizzo dei protocolli igienico-sanitari e all'adesione delle buone pratiche ospedaliere l'ospedale dell'Alta Val D'Elsa conferma la sua ottima performance all'interno dell'azienda USL Toscana Sud-Est.

La classe di antibiotici più utilizzata è quella delle Cefalosporine.



VILLA
ERBOSA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

LE DIMISSIONI PROTETTE COME ANELLO CENTRALE DELLA CATENA PER L'ASSISTENZA GLOBALE ALLA PERSONA: IL RUOLO INFERMIERISTICO NELLE DIMISSIONI PROTETTE

Autori: Ramona Gobbi¹, Silvana Grieco²

¹ Coordinatrice Infermieristica Ufficio Accreditamento Formazione e Qualità; ² Coordinatrice Infermieristica Direzione Sanitaria.

INTRODUZIONE:

Il Progetto GARSIA (Gestione Accesso Rete Socio-sanitaria Integrata Automatizzata) ha avuto origine nel 1997 per rispondere, nel contesto della AUSL Bologna, a due tipi di esigenze: *il governo della rete dei servizi socio-sanitari rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente* e *l'integrazione gestionale, informativa e professionale degli attori coinvolti nel processo di presa in carico, gestione e monitoraggio dell'intervento* (Art. 28 della LR 2/2003). E' in questo progetto che si realizza la possibilità di effettuare la segnalazione di **Dimissione Protetta** informatizzata.

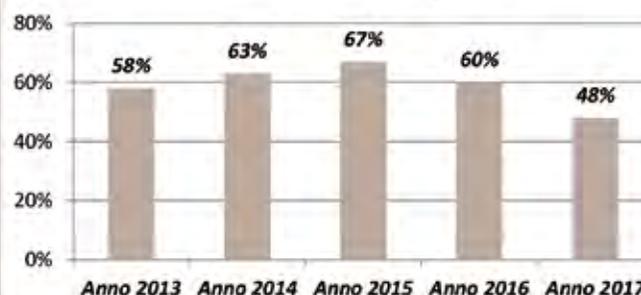
OBIETTIVI:

Garantire ai cittadini ricoverati presso Villa Erbosa la presa in carico integrata per la gestione dei loro bisogni socio-sanitari, in un'ottica di continuità e stretta collaborazione tra le strutture ospedaliere ed i servizi socio-sanitari territoriali.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLE DIMISSIONI PROTETTE:

Il sistema **GARSIA-CeMPA**, attraverso il quale si segnalano informaticamente i bisogni socio-sanitari della persona, permette sin dal primo giorno di ricovero, di contattare i servizi territoriali e di allertarli in merito ai bisogni emersi (sociali, sanitari o socio-sanitari che siano). La presa in carico del paziente in merito alla continuità socio-assistenziale, da Villa Erbosa al territorio, è garantita, quindi, dalle segnalazioni effettuate dal personale **infermieristico**, in stretta collaborazione con tutta l'Equipe e con la rete familiare e territoriale del paziente. Il percorso di Dimissioni Protette può essere attivato direttamente dal **Coordinatore Infermieristico** o dagli **Infermieri** delle Unità Operative di Villa Erbosa.

Dimissioni protette per anno



Congresso ANMDO

Titolo: Percorso per l'incontinenza urinaria e fecale femminile

Autori: E. Zilli, C. Boccù, S. Guazzini, C. Commessati, S. Corrà, R. Rulli, V. Ficon, S. Bevilacqua, P. Benini

Parole chiave: Incontinenza, Percorsi assistenziali, Approccio Multidisciplinare

Introduzione: L'incontinenza urinaria e fecale definite rispettivamente dall'International Continence Society e dalla Società di Chirurgia Coloretale come: "perdita involontaria di urina" e "perdita involontaria di gas intestinale, feci liquide o solide, che si protraggono per oltre 1 mese in un individuo di più di 4 anni" rappresentano una condizione in grado di compromettere la qualità della vita di chi ne è affetto. Nel Veneto, si stima che le donne colpite dall'incontinenza urinaria siano 378.757, mentre per l'incontinenza fecale siano 66.283.

Materiali e Metodi: L'Ospedale di Cittadella ha messo a punto un percorso assistenziale diagnostico e terapeutico - PDTA- specifico rivolto alle donne attraverso la presa in carico di tutte le pazienti con le seguenti indicazioni cliniche: disturbi del pavimento pelvico, incontinenza urinaria o disturbi alla minzione e incontinenza fecale o disturbi della defecazione. Le pazienti con suddette indicazioni sono inviate agli ambulatori dedicati, su indicazione del medico curante o dello specialista che le ha valutate. La presa in carico avviene attraverso una valutazione multidisciplinare (uroginecologo, chirurgo proctologo dedicato, urologo) con invio, ove necessario, ad ulteriore valutazione: fisiatrica, neurologica, internistica o gastroenterologica. Vengono richiesti gli accertamenti strumentali ritenuti necessari ai fini diagnostici. Successivamente le pazienti vengono riviste a distanza con il piano terapeutico riabilitativo o con gli esami. Qualora la patologia lo necessiti viene programmato l'intervento chirurgico.

Per facilitare la lettura del percorso è stata disegnata una mappa dell'Ospedale che identifica le diverse aree dove avviene la presa in carico della donna: area arancione per il percorso iniziale ginecologico, urologico e coloproctologico, area bianca per l'inquadramento diagnostico, area blu per gli accertamenti elettromiografici, area azzurra per il percorso riabilitativo, area gialla per il percorso chirurgico. Presso ciascuna area sono state predisposte le procedure da seguire, cui è stata aggiunta una procedura complessiva che monitora attraverso indicatori selezionati l'intero percorso (n° di accessi in ambulatorio uroginecologico, n° di incontri del gruppo multidisciplinare, n° di interventi chirurgici uroginecologici, n° di percorsi riabilitativi effettuati).

Risultati: La predisposizione del PDTA ha consentito la presa in carico delle pazienti sotto il profilo multidisciplinare con lo scopo di inquadrare globalmente i disturbi del pavimento pelvico ed individuare il percorso terapeutico/riabilitativo più efficace a risolvere il problema.

Autori:

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

C. Boccù Dirigente Medico, Chirurgia Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

S. Guazzini Dirigente Medico, Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

C. Commessati Dirigente Medico, Riabilitazione e Recupero Funzionale Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

S. Corrà Dirigente Medico, Radiologia Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

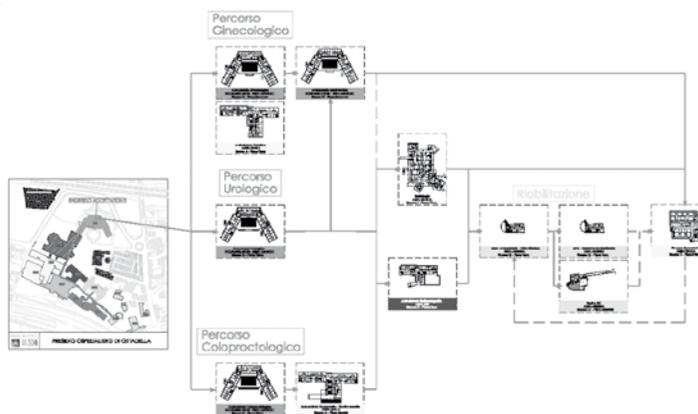
R. Rulli Direttore Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

V. Ficon Direttore Chirurgia Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

S. Bevilacqua Infermiere, Servizio Infermieristico Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea

P. Benini Direttore Sanitario, ULSS 6 Euganea

Regione del Veneto



PERCORSI ROSA PER INCONTINENZA



VALUTAZIONE DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA: QUALITÀ PERCEPITA DALL'UTENZA NEL PRESIDIO OSPEDALIERO



“DON TONINO BELLO” DI MOLFETTA – ASL BARI

Guerra R.^o, Greco AM^{oo}, Ficco V.^{ooo}, Mundo A.^{oooo}

* Dirigente Medico - Direzione Medica P.O. “Don Tonino Bello” - Molfetta - ASL BA ** Infermiere - Direzione Medica P.O. “Don Tonino Bello” - Molfetta - ASL BA *** Dietista - Direzione Medica P.O. “Don Tonino Bello” - Molfetta - ASL BA **** Dirigente Responsabile - Direzione Medica P.O. “Don Tonino Bello” - Molfetta - ASL BA

Parole Chiave: soddisfazione, ristorazione, qualità

INTRODUZIONE

La “Customer Satisfaction” è alla base della pianificazione e dell'organizzazione dei processi e dei servizi delle Aziende Sanitarie, per perseguire obiettivi di qualità ed efficienza. Il servizio di Ristorazione rientra nelle prestazioni alberghiere offerte dall'Ospedale che può essere valutata attraverso la soddisfazione dell'utenza. Nel Presidio di Molfetta, il servizio di Ristorazione è affidato ad una Ditta esterna che provvede alla produzione, confezionamento, trasporto, distribuzione e somministrazione del pasto. Per misurare il grado di soddisfazione dell'utenza è stato somministrato ai pazienti un questionario standardizzato che ha indagato la soddisfazione dei pazienti per i primi, i secondi e i contorni serviti, oltre che la percezione della cortesia del personale a cui è affidato il compito di somministrare i cibi. La graduazione della qualità è stata classificata in ottimo, buono, sufficiente, mediocre. Periodicamente, inoltre sono state predisposte ispezioni da parte del Servizio di Dietistica della Direzione Medica, tese a verificare i parametri oggettivi del servizio (temperatura del carrello, grammatura delle porzioni, ecc)

CONTENUTI

Nel periodo Gennaio-Giugno 2018 sono stati intervistati 200 pazienti ricoverati nelle Unità Operative di degenza dell'Ospedale. Il 100% dei pazienti intervistati ha fornito una valutazione positiva del servizio in generale. Per la valutazione delle singole portate, i primi sono stati considerati buoni nell'88% dei casi, nel 81% i secondi e nel 58% i contorni. Il 97,5% dell'utenza ha apprezzato la cortesia del Personale della Ditta. Dalla rilevazione tecnica effettuata dal Servizio di Dietistica della Direzione, la qualità del servizio e il rispetto dei parametri previsti dalla normativa vigente in materia di ristorazione collettiva è risultata nei limiti, salvo evidenziare alcune piccole incongruenze prontamente segnalate al Responsabile del Servizio di Ristorazione.

CONCLUSIONI

Il questionario è uno strumento utile per conoscere l'opinione dei pazienti in merito ad alcuni servizi erogati dall'Azienda. Conoscere le discordanze tra il servizio erogato e le aspettative dei pazienti risulta fondamentale per indirizzare le azioni di miglioramento continuo da parte della Direzione Medica. La preziosa collaborazione tra la Direzione e l'Azienda erogatrice del servizio è imprescindibile per una buona percezione dei servizi offerti e per il mantenimento degli standard di qualità richiesti.

Giudizio	Primi	Secondi	Contorni			
Ottimo	0	0%	0	0%		
Buono	179	89%	163	81%	117	58%
Sufficiente	21	11%	37	19%	83	42%
Mediocre	0	0%	0	0%	0	0%

Cortesia
del
Personale



■ Ottimo ■ Buono ■ Sufficiente ■ Mediocre



Percorso formativo per cure sicure e di qualità: esperienza ANMDO nel Lazio

Louidice M.^{*}, Nasi G.^{*}, Parrocchia S.^{*}, Alfano G., De Luca A.[^]

^{*}Direttivo ANMDO Lazio, ^{*} Docente Kiwa Cernet Idea, [^]ANMDO Lazio e Responsabile Scientifico Corso

Parole chiave: auditor, sistema gestione qualità, sicurezza cure

INTRODUZIONE

Il Direttivo ANMDO Lazio nel 2018 ha avviato il progetto formativo sul miglioramento della qualità e sicurezza delle cure sia per il rafforzamento della figura del Direttore Sanitario che di altri profili sanitari (risk manager, farmacisti, ecc.), al fine di sviluppare una rete di competenze unite dall'obiettivo comune della sicurezza delle cure. Con la nuova versione della norma 9001, infatti, si introduce il nuovo concetto di "Risk Based Thinking", che investe tutte le componenti del sistema di gestione qualità (SGQ) ed è fondato sulla capacità di assumere decisioni e intraprendere azioni, sulla base di una valutazione razionale delle possibili conseguenze, positive o negative, delle proprie scelte.

Figura 1 – QUESTIONARIO

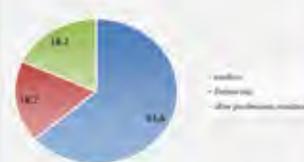
CONTENUTI

Il corso, è stato progettato insieme a Kiwa Cernet Idea, sulla base dei corsi per la qualificazione di auditor SGQ, riconosciuti AICQ SICEV, ed è stato integrato da una parte applicativa su temi strategici del SSR: Risk sharing e Sorveglianza sui dispositivi medici. Ai moduli, organizzati con lezioni teorico-pratiche per Auditor SGQ sulla metodologia dell'audit e ripensati nel contesto sanitario, è stato affiancato un Laboratorio esperienziale sui temi prima richiamati svolto in un contesto reale. Infatti, l'approccio pratico e multidisciplinare mirava a supportare le strutture di appartenenza dei discenti attraverso l'acquisizione di competenze concretamente utilizzabili. Il corso si è svolto per un totale di 56 ore con 24 partecipanti presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini che ha provveduto all'accREDITAMENTO ECM con 55,3 crediti.

Figura 2. % Struttura di appartenenza partecipanti al corso



Figura 3. % Titolo di Laurea partecipanti al corso



RISULTATI

Tutti i partecipanti hanno superato le prove di esame acquisendo l'attestato di idoneità per "Auditor/Responsabili Gruppo audit di sistema di gestione per la Qualità" valido ai fini della successiva certificazione AICQ SICEV.

La valutazione del docente Kiwa Cernet Idea è stata positiva per capacità di apprendimento, ascolto attivo, lavoro in team, conduzione dell'audit e capacità di giudizio rispondendo ai requisiti per il raggiungimento della certificazione.

L'ANMDO ha ritenuto di dover proporre ai partecipanti un questionario specifico (figura 1), aggiuntivo rispetto al questionario di valutazione utile al superamento del corso, teso a verificare gli obiettivi che ANMDO si era prefissata con il progetto.

Al questionario ANMDO hanno risposto n.22 partecipanti: la metà lavorano presso Direzioni Sanitarie; circa il 60% lavora presso AO e IRCCS (figura 2), il 64% sono medici e il 18% farmacisti (figura 3). Rispetto agli obiettivi prefissati l'81% ha ritenuto "ottima" la ricaduta immediata degli strumenti durante il corso nel proprio ambito lavorativo e l'86%, ha ritenuto "ottimo" il metodo formativo per facilitare l'approccio multidisciplinare alle problematiche della qualità. L'81,8% dei discenti ritiene di applicare gli strumenti appresi nella Gestione del Rischio Clinico (figura 4). Infine, il 100% consiglierebbe ad un collega la partecipazione al corso e l'81,8% organizzerebbe un corso presso la propria struttura (figura 5).

Figura 4. In quali ambiti metteresti in pratica gli strumenti appresi?

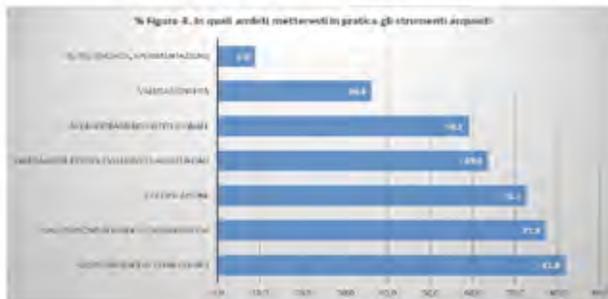
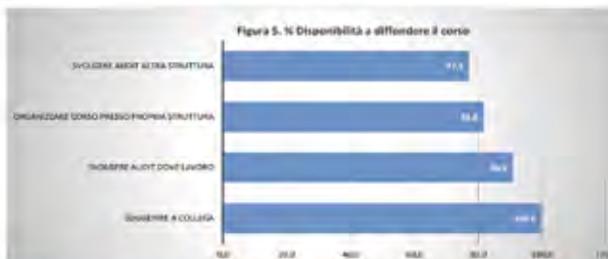


Figura 5. % Disponibilità a diffondere il corso



CONCLUSIONI

In conclusione il progetto, complesso per la numerosità delle strutture interessate e per la pluralità dei soggetti coinvolti, si è sviluppato in coerenza con gli obiettivi e si è dimostrato un modello efficace di gestione integrata del rischio trasferibile anche in altri ambiti ospedalieri e territoriali.

A seguito di questi riscontri positivi l'ANMDO ha programmato una seconda edizione nel 2019.

Corrispondenza: ANMDO LAZIO - email lazioanmdo@gmail.com



Progetto DAMA- Bolzano

Flavio Girardi ¹, Michela Salandin ², Filippo Ghelma ³, Michela Cristini ⁴, Giuliana Eccli ², Claudia Telfser ⁴, Rosanna Loss ¹

¹Direzione Medica dell'Ospedale di Bolzano, Azienda sanitaria dell' Alto Adige

²Servizio di Neurologia e Neuroriabilitazione dell' età evolutiva, Ospedale di Bolzano , Azienda sanitaria dell' Alto Adige

³ Responsabile Progetto DAMA, Ospedale San Paolo Milano

⁴ Medicina Interna ,Ospedale di Bolzano, Azienda sanitaria dell' Alto Adige

L'Ospedale Centrale di Bolzano ha avviato da aprile 2017 il progetto DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance) per l'accoglienza in ospedale di persone di età >18 anni con disabilità grave intellettiva e motoria.

Lo scopo del progetto è di garantire un percorso diagnostico e terapeutico personalizzato ed adattato ai bisogni e necessità del paziente e dei suoi familiari, durante l' accesso in ospedale, evitando ritardi e/o accertamenti impropri e inutili.

L' avvio del progetto ha visto la creazione di un gruppo di lavoro con all'interno diverse figure specialistiche mediche e infermieristiche e con la collaborazione dell' "Associazione genitori di persone in situazione di handicap" (AEB).

È stata quindi costituita una équipe multidisciplinare dedicata, sotto il coordinamento della Direzione medica, al cui interno lavorano 2 infermiere, neuropediatra, pediatra, internisti, chirurghi, anestesisti, psichiatra, fisiatra-riabilitatore, ortopedico, oculista, ginecologo.

L'accesso del paziente con disabilità all'ambulatorio DAMA avviene tramite contatto con la segreteria dell'Associazione AEB, la quale comunica con l'infermiera e il medico dell'équipe.

L' équipe in base al quesito clinico, alla anamnesi e a seconda della patologia e della necessità del caso, organizza la visita ambulatoriale (disponibilità di slot in giornate dedicate) o il ricovero in Day surgery o in regime ordinario.

Fino ad oggi si sono svolte presso l'ambulatorio DAMA n 40 visite ambulatoriali e n 10 accessi in regime Day surgery/DH con varie prestazioni terapeutiche e strumentali ed un ricovero ordinario. Nove esami strumentali hanno previsto la sedazione del paziente (Tabella 1). Le patologie più frequenti sono di tipo neurologico/psichiatrico (7 casi), polmonare, dermatologico, carenziale (3 casi rispettivamente). Le caratteristiche dei 36 pazienti che hanno avuto accesso all'ambulatorio DAMA sono riassunte nella tabella 2 (Tabella 2).

Per tutti i pazienti che accedono all'ambulatorio viene compilata e resa disponibile in un supporto usb una scheda paziente che permette di raccogliere l'intera storia anamnestica e clinica e di farla seguire ad ogni accesso o trasferimento del paziente stesso.

Il progetto DAMA Bolzano, seppur nato da poco, intende consolidare la rete DAMA all'interno dell'Ospedale di Bolzano, sperimentando ulteriori prestazioni e setting assistenziali, oltre che rafforzare la collaborazione con l'Associazione AEB. Nei prossimi mesi si cercherà di estendere il progetto nei Comprensori periferici dell'Azienda.

Rimangono fondamentali comunque la presenza e la disponibilità di personale dedicato e motivato (2 infermieri e 2 medici fissi in ogni reparto dell'Ospedale) che collabori per il progetto DAMA e il coordinamento dell'intero processo da parte della Direzione medica.



Governare l'Ospedale del futuro
L'Innovazione: sfida e opportunità
Padova, 19-20-21 novembre 2018

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.

Contenuti

È stata progettata e implementata una base di dati contenente l'elenco dei medici operanti nelle strutture del Sistema Sanitario Lombardo nel 2018.

Dall'analisi dei dati si osserva che i medici 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%).

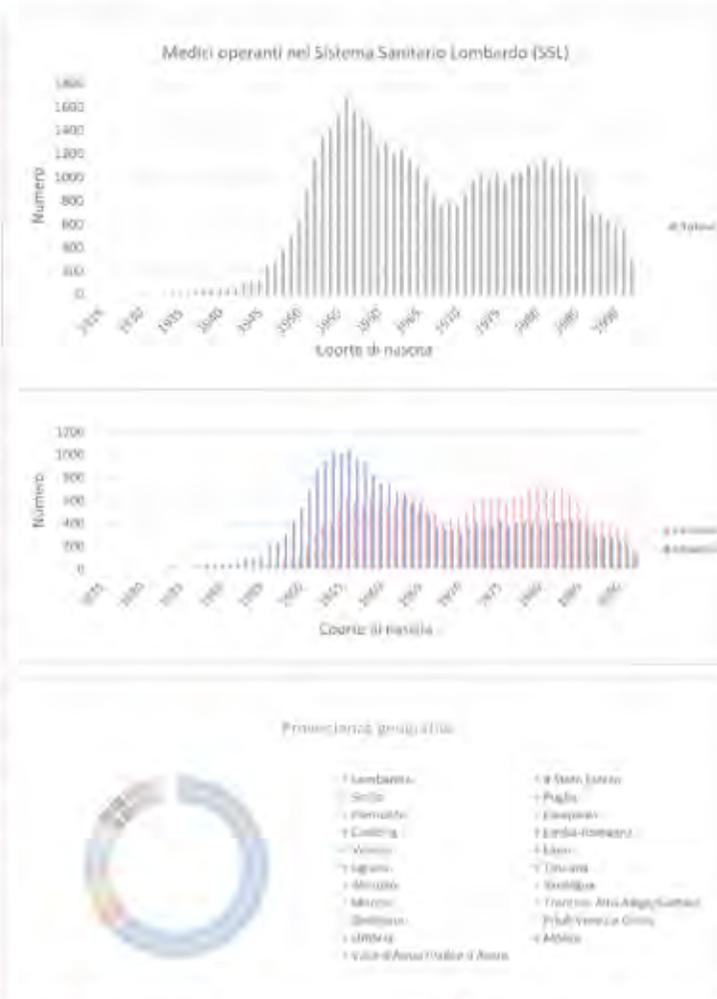
Fra i 46696 medici 24421 sono uomini e 22275 donne; nelle coorti nate dopo il 1966 il genere femminile è maggiormente rappresentato a confronto con il maschile. È prevedibile che con i pensionamenti degli anni futuri ci sarà un progressivo aumento della componente femminile.

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"





RIORGANIZZAZIONE DEL TRASPORTO INTRA-OSPEDALIERO DEI CAMPIONI BIOLOGICI E BIOPTICI

Marcon E.¹; Ramon R.¹; Lisiero M.¹, Formentini S.².

¹ Direzione Medica Ospedale Ca' Foncello, Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana, Regione Veneto

² Direttore Medico Ospedale Ca' Foncello, Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana, Regione Veneto

INTRODUZIONE

A partire dall'1.4.2018 è stato aggiudicato il nuovo appalto per il servizio di pulizia e sanificazione presso l'Ospedale Cà Foncello di Treviso. Tale appalto rientra nel Project financing "Cittadella Sanitaria" volto alla costruzione del nuovo Presidio Ospedaliero. All'interno dell'appalto è previsto che la ditta aggiudicataria svolga il servizio di trasporto dei campioni biologici e bioptici dalle diverse Unità Operative (UU.OO.) verso il Laboratorio Analisi, il Centro Trasfusionale, la Microbiologia e l'Anatomia Patologica. L'Ospedale Ca' Foncello è strutturato sul modello dipartimentale. I quattro servizi laboratoristici sono siti complessivamente in tre padiglioni distinti e altresì diversi da quelli in cui vi sono le UU.OO. di degenza. Il primo obiettivo del progetto di esternalizzazione e riorganizzazione dell'attività di trasporto dei campioni biologici e bioptici è quello di rivedere in ottica *lean* tutto il processo, riducendo il tempo del personale sanitario dedicato alle attività *no core*.

CONTENUTI

Prima dell'avvio del nuovo appalto il personale infermieristico o di supporto delle UU.OO., a seconda delle disponibilità, doveva trasportare i campioni biologici al Laboratorio analisi e alla Microbiologia organizzandosi in modo tale da fare arrivare tutti i campioni non urgenti entro le ore 12. L'attività di trasporto dei campioni bioptici era principalmente svolta nella fascia oraria pomeridiana, ad opera di personale del comparto dell'Area operatoria o dell'Area ambulatoriale. Non vi era tracciabilità del percorso dei campioni destinati al Laboratorio Analisi, al Centro Trasfusionale e alla Microbiologia, mentre per i campioni bioptici/pezzi anatomici era compilato un modulo in triplice copia. Nei mesi di Aprile e Maggio 2018 la Direzione Medica ha rivisto tutta l'organizzazione e studiato l'intero percorso con la nuova Ditta appaltante, con l'obiettivo di far partire il servizio di trasporto da Giugno 2018. Il personale della Ditta esclusivamente dedicato a tale servizio ammonta a 5 unità e indossa una divisa che si differenzia completamente da quella del personale riservato al servizio di pulizia. I percorsi sono stati strutturati tenendo conto della logistica delle diverse UU.OO. e della necessità di garantire un numero di ritiri (da 4 a 5) adeguato alle singole esigenze. Un percorso analogo è stato strutturato per le UU.OO. che necessitano di inviare campioni all'Anatomia Patologica. Il servizio è attivo da Lunedì a Sabato. Uno dei punti di forza più importanti è la completa tracciabilità di tutto il percorso. Presso i punti di raccolta e i laboratori di destinazione è stato posto, infatti, un QR code che rappresenta il punto di *check* dell'avvenuto ritiro/consegna e che registra informazioni in merito all'operatore che ha effettuato il passaggio, data e ora. Il personale della Ditta è dotato di apposito palmare per la lettura del QR code. In caso di segnalazione di ritardo o mancato ritiro/consegna è possibile, pertanto, risalire al punto in cui il processo si è interrotto.

CONCLUSIONI

La riorganizzazione dei trasporti intra-ospedalieri dei campioni laboratoristici ha permesso di rendere il processo maggiormente efficiente, riducendo il numero di persone coinvolte e recuperando tempi destinati all'assistenza. La completa tracciabilità del percorso garantisce, inoltre, un maggior livello di sicurezza, riducendo il rischio di ritardi nella consegna o mancato ritiro.

Parole chiave: trasporti, lean management





AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA



IL PROCESSO DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

O. Mariotto¹, P. Cicco¹, G. Salandini¹, P. Bellini², A. Corsini², A. M. Lomeo², C. Bovo³

¹ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Verona

² UOC Miglioramento Qualità e Adempimenti Legge Regionale 22/2002 – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

³ Direttore Sanitario – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

PAROLE CHIAVE: Autorizzazione, Accredimento

INTRODUZIONE

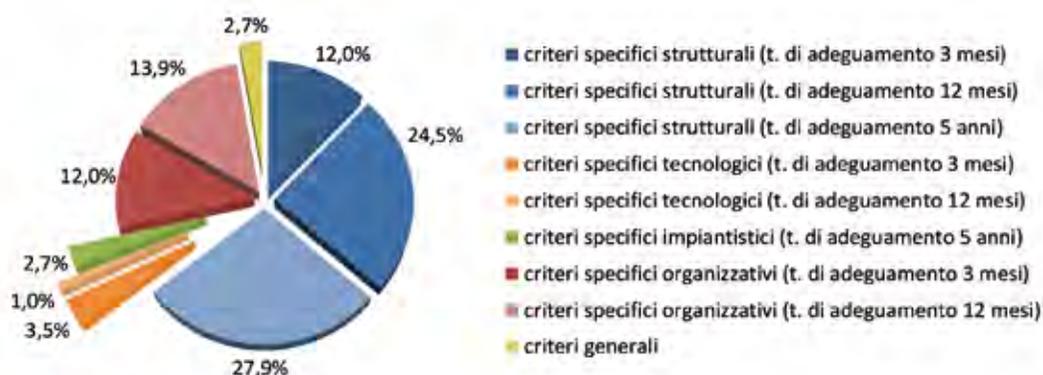
La Regione Veneto ha approvato nel 2016 con la DGR n. 2266 i nuovi requisiti di Autorizzazione e di Accredimento mentre nel 2017 con la DGR 1732 sono state individuate le Linee Guida all'applicazione dei medesimi requisiti. Contemporaneamente, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, veniva ultimata la costruzione dell'Ospedale Donna e Bambino di Borgo Trento e dell'Edificio Nord di Borgo Roma con la conseguente necessità, in base alla normativa vigente, di ottenere prima l'Autorizzazione al Trasferimento e all'Esercizio e poi l'Accreditamento Istituzionale.

CONTENUTI

In occasione della richiesta di autorizzazione delle due nuove strutture, si è dovuto integrare, con i nuovi requisiti di Autorizzazione, anche le verifiche effettuate negli anni precedenti presso altri edifici dell'Azienda. L'AOUI è stata la prima delle Aziende Sanitarie del Veneto ad essere valutata con i nuovi requisiti e con la nuova modalità di verifica: campionamento per PDTA (Stroke, Sclerosi Multipla, Trattamento Integrato Obesità, Frattura Proximale di Femore, SCA).

Tra le attività propedeutiche alle visite di verifica quelle di maggior rilievo sono state: istituzione di un tavolo tecnico per ultimare tutte le attività finalizzate al trasferimento delle due nuove strutture, ricognizione delle UU.OO. ed in particolar modo di tutti gli ambulatori oggetto di verifica, censimento dei posti letto congruenti con le schede di dotazione ospedaliera definite dalla Programmazione Sanitaria, aggiornamento delle planimetrie, compilazione di schede di autovalutazione dei requisiti generali e specifici con l'inserimento nell'applicativo regionale AReA.

Le visite integrative, iniziate a dicembre 2017 e concluse a marzo 2018, hanno coinvolto in totale 67 UU.OO. Il rapporto di verifica relativamente all'Autorizzazione, pervenuto a settembre 2018, ha evidenziato l'esito positivo con delle prescrizioni. Le Non Conformità ricevute sono riportate nel grafico.



CONCLUSIONI

La scelta della Regione di effettuare le visite di Autorizzazione e Accredimento in contemporanea ha inizialmente avuto un forte impatto in considerazione dell'importante impegno che avrebbe comportato. Successivamente, fatte le prime riflessioni, si è colta l'opportunità di invitare le unità operative a costituire dei gruppi di lavoro per condividere conoscenze e competenze, di approfondire i requisiti, di consentirne una più esauriente lettura e applicazione, e fornire in sede di verifica migliori evidenze.



Modelli per il Consenso informato ai trattamenti di sostegno alle funzioni vitali e del fine vita

Elisabetta Masturzo¹, Marlna Di Vincenzo², Gaetano Ellil¹

- 1. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero. ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
- 2. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università Politecnica delle Marche

INTRODUZIONE

Con la **Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"**, le strutture sanitarie sono tenute dotarsi di strumenti e mezzi materiali efficaci a garantire l'esercizio dei tre diritti fondamentali della persona anche in caso di incapacità di agire, ad esempio, per compromissione temporanea o permanente dello stato di coscienza in costanza di ricovero: l'autodeterminazione, l'invulnerabilità della persona umana come "libertà della persona di disporre del proprio corpo" e il diritto costituzionale alla salute.

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

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

Nondimeno la struttura dovrà tenere conto delle volontà espresse prima del ricovero anche in mancanza di una Banca dati centrale destinata alla registrazione delle DAT a cui attingere e di un raccordo informativo con i comuni di residenza, soprattutto se differenti da quello della circoscrizione ospedaliera.

CONTENUTI

Si sottopongono ad un confronto dialettico aperto alle direzioni sanitarie i seguenti modelli:

- Informativa all'utenza;**
- Consenso informato alla comunicazione di informazioni sanitarie;**
- Consenso informato ai trattamenti sanitari di sostegno alle funzioni vitali e nella fase finale della vita.**

Tali modelli mettono in condizione la struttura e i professionisti di conoscere le volontà espresse sia prima, sia all'apertura del ricovero e l'eventuale designazione da parte dell'avente diritto di un fiduciario per la delega decisionale in sua vece. Danno conto anche della avvenuta deposizione delle DAT presso il comune di residenza o un notaio attraverso scrittura privata e della data e del riferimento di atto.

Uno dei modelli viene contestualizzato alla circostanza dei trattamenti sanitari di sostegno alle funzioni vitali e della fase finale della vita sia nella piena coscienza, sia per la fattispecie di un improvviso precipitare in stato di incoscienza durante il ricovero: respirazione meccanica, anche invasiva; nutrizione e/o idratazione artificiale; sedazione palliativa profonda continua e terapia del dolore.

Si tratta di strumenti materia di un confronto continuo con la comunità professionale destinata a utilizzarli nell'ambito oncologico, delle cure palliative, della geriatria e della rianimazione e terapia intensiva.

Ciò anche al fine della piena interiorizzazione del sistema valoriale sotteso e dell'inversione di paradigma rispetto ad un approccio paternalistico tradizionalmente esercitato dal medico sebbene nella forma subliminale o simbolica del "buon padre di famiglia" derivata dal lessico giuridico.

CONCLUSIONI

In assenza della possibilità di ricorrere alla registrazione nel fascicolo sanitario elettronico (tessera sanitaria), ci si dota di strumenti imperfetti, ma in grado di garantire e preservare la pienezza dei propri diritti e della propria dignità in quanto persone e cittadini anche nello status eccezionale di malati e pazienti e all'interno di una istituzione che può essere percepita in condizione di fragilità come sovrachiente. Si stabilisce dunque un rapporto di parità e di reciprocità tra l'individuo, il sanitario e la struttura. Al contempo si fornisce uno strumento di garanzia sia al professionista nell'ambito del patto di cura con il paziente, sia alla struttura sanitaria nell'ambito del contratto di cura utile anche agli effetti di eventuali ricadute in termini di responsabilità professionale.

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
IL GERIATRA ALL'INTERNO DEI TEAM MULTIDISCIPLINARI IN ONCOLOGIA

(Monti P. – Direttore Sanitario, Ripamonti C.I. – Dirigente Medico Direttore s.s.d. Cure di Supporto al Paziente Oncologico, Guglielmo M. – Geriatra s.s.d. Cure di Supporto al Paziente Oncologico, Trama A. – Dirigente Medico s.s.d. Epidemiologia Valutativa, Bossi P – Dirigente Medico s.c. Oncologia Medica 3 Tumori testa-collo)

Parole chiave: geriatra, team multidisciplinari

Introduzione: L'invecchiamento della popolazione nei paesi industrializzati è legato al progresso scientifico, al miglioramento delle condizioni di vita, alla prevenzione e a stili di vita salubri.

L'aspettativa di vita nel 2015 si attestava su 84.6 anni per le donne e 80.1 per gli uomini; a 65 anni tale aspettativa di un soggetto di sesso femminile è di ulteriori 22 anni mentre per un soggetto maschile di ulteriori 19 anni, superiore dell'aspettativa alla nascita in quanto relativa a soggetti già selezionati. Attualmente (dati ISTAT) la percentuale di adulti sopra i 65 anni costituisce il 22% della popolazione ed andrà incrementandosi, raggiungendo il 24% nel 2025 e il 33.7% nel 2045.

Per i malati di tumore la sopravvivenza a 5 anni è in aumento per tutte le fasce di età (54% uomini, 63% donne).

L'età avanzata è un fattore di rischio per il cancro, le nuove diagnosi tumorali aumentano nel tempo tra i soggetti anziani con complessità clinico-assistenziali differenti rispetto agli adulti e richiedono un'expertise diversa per una gestione ottimale.

La Società Internazionale di Oncologia Geriatrica e l'Associazione Italiana di Oncologia Medica raccomandano la valutazione geriatrica prima dei trattamenti e promuovono lo sviluppo di studi clinici sulla popolazione anziana.

Materiali e metodi: L'Istituto Nazionale dei Tumori (INT) ha promosso una survey per identificare l'atteggiamento dei medici nei confronti dei pazienti con più di 65 anni.

Inoltre in INT è nata una collaborazione tra il gruppo oncologico dei tumori testa-collo (H&N) e il geriatra, per studiare l'impatto della valutazione geriatrica sulla decisione terapeutica presa all'interno del team multidisciplinare (oncologo, radioterapista, chirurgo). Gli anziani con tumori H&N, generalmente sottorappresentati negli studi clinici, non sembrano beneficiare dei trattamenti oncologici intensificati e hanno sopravvivenza inferiore rispetto ai pazienti più giovani. Lo studio è in corso e si valuterà l'impatto della valutazione geriatrica sulle possibili modifiche terapeutiche proposte dal team multidisciplinare. Inoltre saranno considerate le tossicità acute e subacute e la frequenza di ospedalizzazione dovuta a tossicità.

Risultati: Il maggior numero di pazienti anziani con neoplasia porta all'attenzione dell'oncologo problematiche nuove e non sempre di facile gestione.

Dalla survey condotta presso l'INT è emerso che l'età non costituisce un fattore discriminante per l'avvio della terapia oncologica per il 75% dei medici rispondenti e che la presenza di un geriatra è considerata utile dal 45%, in particolare per valutare i pazienti prima dell'avvio della terapia e per la gestione delle tossicità. Significativo è che la valutazione geriatrica, nei casi in cui è stata effettuata (pazienti al di fuori dello studio sui tumori H&N), ha influenzato la decisione oncologica nel 90% dei casi, modificando l'intensità del trattamento.

La letteratura evidenzia che la valutazione geriatrica può: identificare problematiche non riscontrate nell'anamnesi clinica e predire tossicità legate ai trattamenti, correlare con la sopravvivenza ed influenzare la scelta del trattamento.

L'inserimento di un geriatra all'interno di team multidisciplinari sensibilizza i clinici e le direzioni sanitarie nello sviluppo di nuovi modelli organizzativi per migliorare la compliance e la tollerabilità dell'anziano ai trattamenti, per migliorare la qualità di vita e la sopravvivenza.



L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE NEL PRESIDIO OSPEDALIERO "DON TONINO BELLO" DI MOLFETTA – ASL BA

Mundo A.^{○○○}, Guerra R.[○], Capurso S.^{○○}, Armando S.^{○○○}

[○] Dirigente Medico - Direzione Medica P.O. "Don Tonino Bello" - Molfetta - ASL BA ^{○○} Assistente Sociale - Direzione Medica P.O. "Don Tonino Bello" - Molfetta - ASL BA ^{○○○} Responsabile U.R.P. - ASL BA ^{○○○○} Dirigente Responsabile - Direzione Medica P.O. "Don Tonino Bello" - Molfetta - ASL BA

Parole Chiave: umanizzazione, pazienti, sinergia

INTRODUZIONE

Per Umanizzazione delle Cure si intende quel processo nel percorso di cura di una persona che pone il malato al centro. Questo concetto cambia il punto di vista sul malato che passa da mero portatore di una patologia ad una persona con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze rispetto al proprio stato di salute. Il tema dell'Umanizzazione è stato inserito nel Patto per la Salute per la prima volta nel 2014-2016, nel quale si afferma che "nel rispetto della centralità della persona le Regioni e si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgono aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza".

L'Ospedale di Molfetta ha partecipato ad entrambe le edizioni dell'indagine (2017 e 2018) del progetto di "misurazione dell'umanizzazione delle cure negli Ospedali Italiani" promosso da AGEaS in collaborazione con le Associazioni dei Pazienti.

Il questionario composto da 144 items è diviso in quattro aree specifiche: processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona (area 1), accessibilità fisica vivibilità e comfort dei luoghi di cura, (area2), accesso alle informazioni-semplificazione-trasparenza (area 3) e cura della relazione con il paziente/cittadino (area 4).

Il lavoro effettuato è partito dall'analisi dei risultati della rilevazione dell'anno 2017. Sono stati individuati alcuni punti di forza di ciascuna area con lo scopo di valorizzarli nell'anno 2018 ed punti deboli per i quali sono state predisposte strategie e azioni di miglioramento a lungo termine tenuto conto che prevedono per competenza il coinvolgimento di altre Aree Aziendali (Area Patrimonio, Area Tecnica, Direzione Amministrativa). Il lavoro maggiore si è concentrato tra le altre, sull'area 4.

CONTENUTI

Nel 2017 l'Ospedale di Molfetta ha totalizzato un punteggio complessivo di 5,7. Dopo il lavoro svolto, il punteggio complessivo rilevato per l'ospedale è stato di 7,2 con un incremento di 1,5 punti. Nella rilevazione del 2018 vi è stato un incremento del punteggio per tutte e 4 le aree prese in considerazione. Nell'area 1 si è passati da 5,1 a 7,3, nell'area 2 da 6,3 a 6,7, nell'area 3 da 5,6 a 7,4. La macroarea che ha maggiormente visto il concentrarsi dei miglioramenti ha avuto un incremento di 2,5 punti, passando da un punteggio di 5,5 a un punteggio di 8 in questa seconda rilevazione. Il lavoro svolto, ha portato tra le altre cose alla realizzazione di brochures e moduli di consenso multilingue. È stato implementato un elenco di mediatori culturali cui rivolgersi in caso di necessità. La realizzazione ha avuto l'obiettivo di favorire l'integrazione del paziente e l'equità di accesso ai servizi.



CONCLUSIONI

La sinergia tra la Direzione Medica e i Rappresentanti delle Associazioni dei Pazienti ha elevato l'esperienza della valutazione dell'umanizzazione delle cure nell'Ospedale "Don Tonino Bello" di Molfetta. I risultati positivi raggiunti hanno evidenziato come l'unità d'intenti tra i pazienti e l'Azienda nell'erogazione dei servizi sia di stretta importanza per il miglioramento dei servizi offerti. In quest'ottica la Direzione desidera continuare il proprio impegno considerando che la condivisione di programmi e strategie è condizione ottimale per il raggiungimento di obiettivi atti a mantenere elevati standard qualitativi e di sicurezza e efficienza delle cure.



Il percorso assistenziale del paziente attraverso la cartella clinica: esperienza dell'Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze

Petrucci F.¹, Furlan F.², Padrini D.¹, Barbieri A.¹, Rossetti R.³, Cellini P.⁴, Di Renzo L.⁵

¹ Dirigente Medico, SOS Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata, Asl Toscana Centro

² Medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva Università di Firenze

³ Posizione Organizzativa Formazione, Qualità, Sviluppo Ospedaliero Santa Maria Annunziata, Asl Toscana Centro

⁴ Direttore SOS Assistenza Infermieristica di Gestione zona SUD EST, Asl Toscana Centro

⁵ Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata, Asl Toscana Centro

INTRODUZIONE

La qualità e sicurezza delle cure nelle strutture ospedaliere è un obiettivo strategico del sistema sanitario, per cui l'Asl TC ha ritenuto determinante sviluppare un sistema di valutazione periodica della qualità dell'assistenza anche attraverso la documentazione sanitaria, per verificare il percorso clinico-assistenziale del paziente attraverso indicatori di qualità e sicurezza, secondo la L.R. n.51/2009 e Reg. attuativi.

La verifica della documentazione clinica rientra anche tra i compiti della Direzione di Presidio in ottemperanza alla Del. GRT n. 1002 del 2009 (c.s.m.).

Ritenendo necessario il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei professionisti sanitari in percorsi finalizzati a sviluppare e consolidare un'attenzione sistematica e continua alla qualità e sicurezza delle prestazioni, è stato sperimentato un modello di verifica che preveda una collaborazione operativa tra medici delle direzioni di presidio e professionisti sanitari che tramite un sistema di autovalutazione si rendono sempre più partecipi di un continuo processo di miglioramento.

Queste verifiche prevedono un'analisi retrospettiva, rigorosa e documentata della documentazione clinica individuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali.

Obiettivo	Azione	Monitoraggio	Spazio per osservazioni
Assicurare la correttezza della documentazione sanitaria	Formazione continua del personale sanitario	Verifica di cartelle cliniche campione	
Assicurare la completezza della documentazione sanitaria	Formazione continua del personale sanitario	Verifica di cartelle cliniche campione	
Assicurare la sicurezza della documentazione sanitaria	Formazione continua del personale sanitario	Verifica di cartelle cliniche campione	
Assicurare la tempestività della documentazione sanitaria	Formazione continua del personale sanitario	Verifica di cartelle cliniche campione	
Assicurare la leggibilità della documentazione sanitaria	Formazione continua del personale sanitario	Verifica di cartelle cliniche campione	
Assicurare la chiarezza della documentazione sanitaria	Formazione continua del personale sanitario	Verifica di cartelle cliniche campione	
Assicurare la correttezza della documentazione sanitaria	Formazione continua del personale sanitario	Verifica di cartelle cliniche campione	
Assicurare la completezza della documentazione sanitaria	Formazione continua del personale sanitario	Verifica di cartelle cliniche campione	
Assicurare la sicurezza della documentazione sanitaria	Formazione continua del personale sanitario	Verifica di cartelle cliniche campione	
Assicurare la tempestività della documentazione sanitaria	Formazione continua del personale sanitario	Verifica di cartelle cliniche campione	
Assicurare la leggibilità della documentazione sanitaria	Formazione continua del personale sanitario	Verifica di cartelle cliniche campione	
Assicurare la chiarezza della documentazione sanitaria	Formazione continua del personale sanitario	Verifica di cartelle cliniche campione	

CONTENUTI

Presso l'OSMA è stato attivato tale modello, per l'anno 2018, prevedendo la verifica su un campione minimo del 10% di cartelle cliniche (CC) al fine di garantirne la rappresentatività. Il 10% delle CC da analizzare per il 2018 è stato calcolato sul numero totale di ricoveri del 2017 (10% pari a 1500 CC). In modo convenzionale, è stato deciso di analizzarne il 5% da medici della Direzione di Presidio (DSPO) e l'altro 5% dai clinici delle Strutture Organizzative. Una prima analisi è stata condotta su 554 CC pari al 37% del totale da analizzare nell'anno. Il controllo dei requisiti valutabili dalle CC ha permesso di:

1. accorpate in un'unica revisione 3 tipologie di valutazione, attraverso un'unica check-list (Fig. 1):

- corrispondenza tra codici diagnosi e procedure riportate sulla SDO e attività documentate in CC

- qualità della documentazione sanitaria, in termini di completezza e correttezza
- possesso degli standard di qualità e sicurezza previsti dal processo di Accreditamento

2. avere un controllo continuo dei processi accreditati intervenendo tempestivamente nelle situazioni più critiche.

Dall'analisi dei dati, relativi alle 4 Aree identificate (chirurgica, medica, materno-infantile, critica) è emerso che:

- non si sono riscontrate criticità nella corretta compilazione della SDO

- le criticità maggiori nell'area chirurgica si sono riscontrate relativamente alla completezza dell'esame obiettivo e alla documentazione dell'avvenuta profilassi antitrombotica (Fig.2)

- le criticità emerse per l'area medica riguardano prevalentemente la previsione di dimissione entro le 48h dall'ammissione (Fig.3)

La rilevazione "in doppio" ha permesso di rilevare la sostanziale uniformità nelle valutazioni.

Fig.2

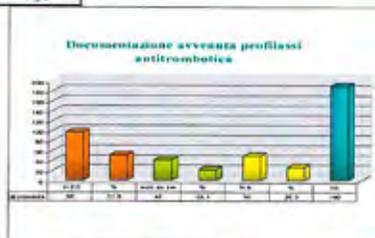
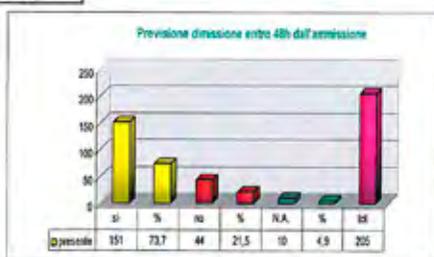


Fig. 3

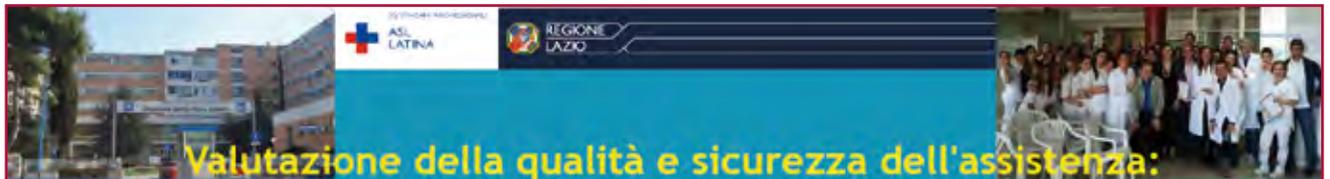


CONCLUSIONI

Questo tipo di verifica ci ha consentito di:

- avere un controllo continuo dei processi affinché si possa intervenire tempestivamente nelle situazioni più critiche;
- responsabilizzare i professionisti che vengono coinvolti nella valutazione del loro operato anche attraverso la cartella clinica
- ottimizzare le risorse attraverso la rilevazione di tutte le informazioni dallo stesso campione.

Per il 2019 prevediamo la creazione di gruppi interdisciplinari al fine di condurre dei veri e propri AUDIT clinici sulla casistica trattata



Valutazione della qualità e sicurezza dell'assistenza: risultati della rilevazione dei bisogni assistenziali dei degenti nelle UU.OO. dell'Ospedale «S. Maria Goretti» Latina.

*Farronella S.1, Baiardi B.1, Borrobbio C.1, Grandinetti A.L.1, Mancini G. M.M.1, Pedrazzi M.P.1
P.O. "S.M. Goretti" ASL Latina; 1) Direzione Medica; 2) Direzione Medica; 3) Assistenza Specialistica; 4) Servizio Professioni Sanitarie.*

Parole chiave: qualità, assistenza, risk management

Introduzione

La qualità e la sicurezza dell'assistenza nelle strutture ospedaliere è un obiettivo strategico del sistema sanitario, che si può perseguire tra l'altro attraverso linee guida, protocolli e procedure basate sulle evidenze e la valutazione periodica dell'applicazione ed efficacia delle stesse.

La Direzione Medica del P.O. "S. Maria Goretti" di Latina (ASL Latina), nell'ambito di un progetto di collaborazione con il Corso di Laurea Scienze Infermieristiche "Q" del Polo Pontino dell'Università "La Sapienza" di Roma, ha progettato un modello sperimentale di valutazione della qualità e sicurezza dell'assistenza finalizzato a definire metodi e strumenti di valutazione periodica sul campo della qualità e sicurezza dell'assistenza; consentire la crescita professionale ed un training operativo per i referenti/responsabili ospedalieri dell'assistenza; offrire un'esperienza ad elevata valenza formativa per gli studenti dei Corsi di Laurea; sperimentare modelli di collaborazione operativa, didattica e scientifica tra ASL e Università su temi specifici di comune interesse.

Contenuti

Tra gli ambiti della qualità/sicurezza considerate nel progetto, i bisogni assistenziali del paziente ricoverato sono stati valutati, in base alla letteratura di riferimento, mediante la scheda di rilevazione ASGO per l'accertamento dello stato generale degli ospedalizzati.

La scheda, compilata per ciascun degente al primo giorno di ricovero, valuta 10 fattori di dipendenza funzionale e cognitiva (stato mentale; deambulazione; circolazione; respirazione; eliminazione; alimentazione; sonno/veglia; sensorio; comportamento di cura di sé; umore prevalente); a ciascun item è stato attribuito un punteggio compreso tra un minimo di 0 ed un massimo di 7.

La rilevazione si è svolta nel periodo di tirocinio teorico-pratico dell'AA 2017/18 degli studenti del Corso di Laurea Scienze Infermieristiche "Q". Un referente di reparto ha affiancato ciascuno studente e verificato/validato i dati raccolti.

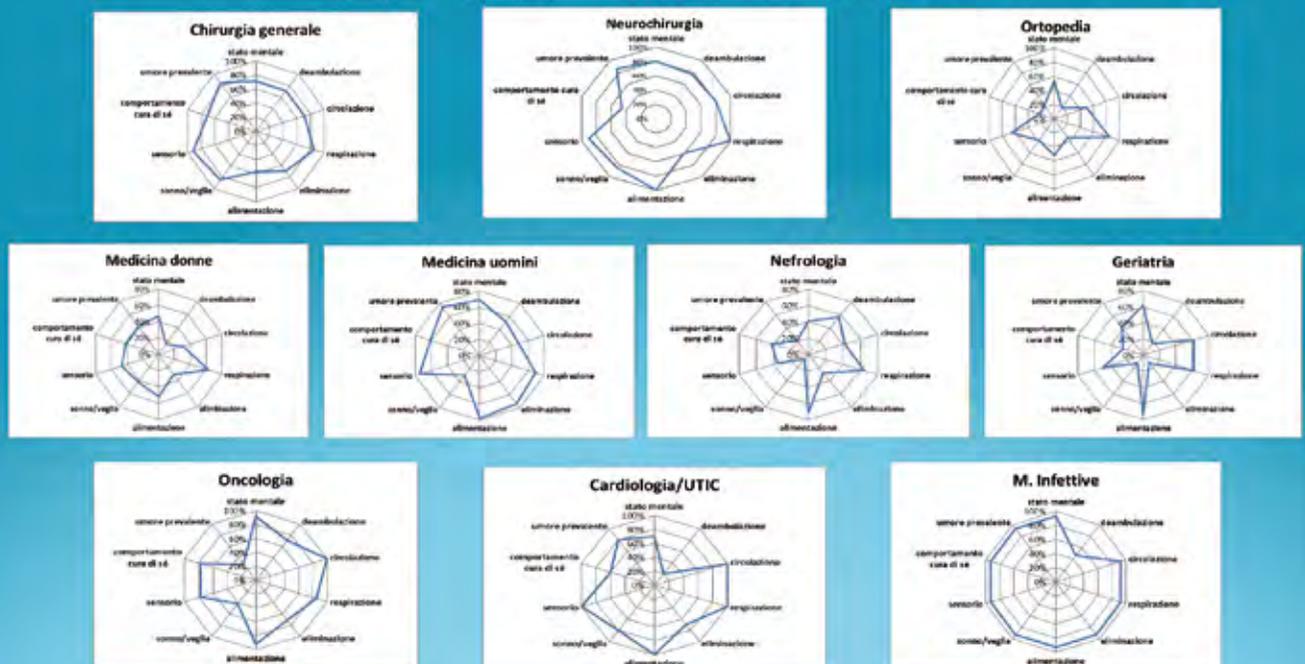
Sono stati elaborati i risultati relativi a 106 schede somministrate a tutti i nuovi ricoverati in 9 UUOO ospedaliere in un periodo di 21 giorni di rilevazione: 3 UUOO di area chirurgica (Chirurgia, Neurochirurgia, Ortopedia) e 6 di area medica (Cardiologia/UTIC, Geriatria, Infettivologia, Medicina Uomini e Donne, Nefrologia, Oncologia).

I risultati hanno mostrato sostanziali differenze tra le UUOO prese in esame. Per l'area medica, si è mostrata una maggiore complessità assistenziale nella Medicina Donne rispetto alla sez. Uomini; una complessità assistenziale sostanzialmente maggiore per tutte le aree di valutazione nelle UUOO Nefrologia e Geriatria; una complessità intermedia in Cardiologia/UTIC e Oncologia; una minore complessità assistenziale, con uno score subottimale per quasi tutti gli items, nella UOC Malattia Infettive. Per l'area chirurgica la maggior complessità dell'assistenza è stata registrata in Ortopedia, mentre Chirurgia e Neurochirurgia presentano un livello intermedio.

Conclusioni

La rilevazione ha consentito di identificare importanti differenze assistenziali tra i diversi reparti ospedalieri, fornendo un supporto metodologico utile per stimare i bisogni delle diverse tipologie di degenti, con focus specifici e differenziati per ciascun reparto. In prospettiva, i risultati permettono di sviluppare un modello per intensità di assistenza, e di allocare in modo più appropriato le risorse di personale infermieristico e socioassistenziale.

In percentuale i punteggi minimi registrati per ognuno delle 10 aree di rilevazione per ciascuna UOC, inclusa nella grafica.



Coordinatore e relatore: maria.pedrazzi@asl.la.it



REVISIONE DELL'IMPIANTISTICA OSPEDALIERA COME STRUMENTO DI PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI



Asterio Pedroni A.¹, Diaghiani S.², Tociani J.³, Palmbo F.³, Schieppati S.⁴, Cotasso G.⁵, Buzzeo S.⁶, Petazzi S.⁶, De Filippis G.⁷, Lombardo M.⁸

AFFILIAZIONI: ¹Medico in formazione specialistica, Scuola di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano. ²Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio Magenta-Abbiategrosso, ASST Ovest Milanese. ³Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio Magenta-Abbiategrosso, ASST Ovest Milanese. ⁴Infermiere Controllo Infezioni, Direzione Medica di Presidio Magenta-Abbiategrosso, ASST Ovest Milanese. ⁵Dirigente Sanitario, Direzione Sanitaria, ASST Ovest Milanese. ⁶Dirigente Generale, Direzione Generale, ASST Ovest Milanese.

INTRODUZIONE:

Durante gli usuali campionamenti di acqua presso le aree sanitarie ospedaliere si è verificato un riscontro di Legionella Pneumophila di sierotipo 1 all'interno dell'acqua erogata dal rubinetto della doccia di un bagno di una camera di degenza del 6° piano dell'Ospedale, servita da un punto terminale dell'impianto idrico.

Su indicazione della Direzione Medica di Presidio (DMP), il Servizio Controllo Infezioni Ospedaliero ha effettuato una serie di campionamenti nei punti iniziale, intermedio e terminale della sezione di impianto idrico servente l'ala in cui è posta l'unità di degenza interessata dal primo riscontro di Legionella.

Tali prelievi, che hanno riguardato sia l'acqua erogata dal rubinetto della doccia che l'acqua prelevata direttamente dal tubo idraulico diretto al rubinetto, hanno evidenziato, in entrambi i casi, la presenza di Legionella Pneumophila di sierotipo 1.

CONTENUTI:

L'Ospedale di Magenta è costituito da un edificio monoblocco di 10 piani formato da 3 ali confluenti in un corpo centrale. Nello specifico, l'impianto idraulico del 6° piano è composto da una parte centrale da cui si diramano rami secondari diretti alle 3 ali del piano, tra loro comunicanti nella parte prossimale, senza la presenza di sistemi di separazione che consentano azioni localizzate di bonifica.

La DMP, in collaborazione con l'Ufficio Tecnico ed il Servizio Controllo Infezioni, ha messo in atto diversi interventi al fine di superare la problematica riscontrata.

In prima istanza è stato effettuato il flussaggio ad alta portata di tutti i rubinetti presenti nell'ala in questione. Si è poi intervenuti aumentando la temperatura dell'acqua di rete e a livello del boiler destinato ad alimentare la rete idrica della sezione interessata.

Dopo gli interventi di cui sopra, a distanza di circa un mese dal primo riscontro, il Servizio Controllo infezioni ha provveduto ad effettuare un ulteriore monitoraggio dell'impianto idrico attraverso una serie di campionamenti a livello dei punti iniziale, intermedio e finale della sezione idrica dell'ala che hanno riguardato sia l'acqua erogata dal rubinetto della doccia che l'acqua proveniente direttamente dal tubo idraulico.

Tali prelievi hanno dato esito negativo.

CONCLUSIONI:

A seguito di tali rilievi, la DMP ha provveduto alla sospensione dell'attività assistenziale presso l'unità di degenza in cui si sono verificati i riscontri.

L'evento descritto ha costituito un'occasione di confronto multidisciplinare tra diverse professionalità al fine della considerazione e valutazione di possibili soluzioni funzionali mirate al contenimento del rischio di legionellosi.

Oltre ai provvedimenti adottati si è deciso di non procedere con il processo di clorazione dell'impianto idrico sia per il rischio di usura delle tubazioni che per evitare la possibile diffusione all'interno della rete idrica di ammettenti.

Si è pertanto deciso di procedere alla parcellizzazione dell'impianto, tramite l'inserimento di valvole di separazione in ogni diramazione del sistema idraulico destinata a ciascuna ala di ogni piano. Ciò consentirebbe, in occasione di eventuali futuri episodi di legionellosi, la possibilità di limitare e circoscrivere la diffusione del microorganismo ed effettuare interventi mirati, riducendo così l'impatto dell'evento sia sulla salute dei degenti che sull'attività assistenziale.



Figura1: Ospedale «G. Fornaroli» di Magenta



Figura2: Diffusore di una doccia

Parole chiave: legionella, impianti, interventi

Link professional: rete per l'antimicrobial stewardship tra ospedale e territorio

Claudia Giuliani*, Daniele Pittioni#, Camilla Negri§, Paolo Della Loggia§, Romina Perossa#

* Direzione Medica Latisana – Palmanova

§ Medici infettivologi, Dipartimento Medico, Ospedale di Gorizia-Monfalcone

Direzione Medica Gorizia – Monfalcone

AAS 2 Bassa Friulana – (Sontina) Regione Friuli Venezia Giulia

Parole chiave

Link professional, antimicrobial stewardship, rete

Introduzione

Il primo “mattoncino” per la costruzione di una “rete” di link professional è stato posto nel 1997, con il coordinamento delle Direzioni ospedaliere, nell’attuale AAS2 (che consta di quattro sedi ospedaliere ed altrettanti Distretti Sanitari), con la nomina dei referenti di reparto per le infezioni correlate all’assistenza.

La successiva evoluzione del ruolo di tali professionisti si è sviluppata, nel corso del successivo ventennio, con l’identificazione dei tutor e quindi dei link professional, che hanno progressivamente implementato responsabilità e competenze e modificato gli obiettivi del progetto, che attualmente sono i seguenti:

- Rafforzare la rete dei link professional per l’antimicrobial stewardship, che devono fungere da riferimento all’interno delle proprie strutture
- Garantire la formazione a cascata degli operatori
- Investire in particolare sui “nodi attivi” della rete per sviluppare programmi di sicurezza delle cure nell’ambito delle infezioni
- Mantenere un flusso informativo costante e multidirezionale in modo da far integrare e interagire i diversi livelli aziendali
- Estendere e consolidare la rete di link professional anche a livello territoriale, migliorando le modalità di collaborazione e di comunicazione tra le parti, in particolare con i MMG, le case di riposo e i servizi territoriali domiciliari.

Contenuti

Dal 2011 i referenti del comparto – nominati già dal 1997 - sono stati nominati “Tutor” per la corretta gestione dei microrganismi sentinella e delle infezioni correlate all’assistenza, sia negli ospedali che nelle Strutture territoriali (RSA, Hospice, assistenza domiciliare, case di riposo).

I Tutor hanno a loro volta effettuato una formazione a cascata coinvolgendo i colleghi (infermieri, fisioterapisti, personale di supporto) della struttura di appartenenza.

Per la parte clinica è stato invece identificato un gruppo multidisciplinare di professionisti (medici, farmacisti, biologi, microbiologi, veterinari) che ha partecipato alla formazione regionale e aziendale nel corso degli anni, ed è stato formalmente identificato come referente aziendale per l’antimicrobial stewardship; sono loro i link professional per le infezioni e l’appropriato utilizzo degli antibiotici.

Anche gli MMG sono stati coinvolti nel progetto di formazione, che nel corso degli anni verrà implementato nell’ambito delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) di riferimento; verrà quindi identificato un MMG e un infermiere del Distretto referente per ogni AFT.

Nel 2018 è stata effettuata una FSC (formazione sul campo) a piccoli gruppi su due livelli (di base e avanzato a seconda delle competenze già acquisite) per rafforzare la rete dei link professional, che hanno condiviso obiettivi e percorsi.

Al termine della FSC i link professional hanno ricevuto un attestato di nomina che indica compiti e responsabilità firmato dai due Risk Manager, che sono medici delle Direzioni ospedaliere dei 4 presidi.

Conclusioni

I risultati derivati dall’attività dei link professional all’interno delle singole strutture sono stati:

- garanzia della presenza di un riferimento che mantenga un canale di comunicazione preferenziale con i Risk Manager
- Maggior sensibilizzazione del personale sanitario su dati, linee guida, sviluppi operativi dei progetti regionali e aziendali
- Individuazione ed eliminazione – per quanto possibile - di eventuali ostacoli all’attuazione dei programmi
- Sorveglianza e sostegno delle buone pratiche.

La “rete” di lavoro dei link professional dovrà durare e fortificarsi nel tempo: è perciò necessario garantire una formazione permanente e un costante confronto e integrazione tra ospedale e territorio.



Audit Integrato Qualità, Sicurezza e Rischio Clinico



Ramaroli D.A.¹, Capasso M.¹, Cametti E.¹, Aprili I.¹, Niero V.¹, Tardivo S.², Bovo C.³

¹ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina preventiva – Università di Verona

² Ricercatore – Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Verona

³ Direttore Sanitario – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Parole chiave: qualità, rischio clinico, sicurezza operatore

Introduzione

La necessità di procedere verso una visione integrata del rischio all'interno delle organizzazioni sanitarie si sta affermando a fronte della crescente complessità del sistema. L'Audit Integrato rappresenta uno strumento di valutazione che si propone di verificare congiuntamente la conformità dei sistemi di gestione della Qualità, Sicurezza dell'operatore e Risk Management aziendali, nelle Unità Operative di volta in volta prese in esame. Si configura come un momento di confronto tra professionisti in cui si affrontano le problematiche attinenti al tema della Sicurezza e del Rischio, declinati nella loro dimensione clinica e organizzativa, in relazione alla figura del paziente e dell'operatore.

L'effettuazione di tale modalità di Audit da parte di un team multidisciplinare composto dai referenti dei tre sistemi coinvolti (ovvero il Risk Management, Qualità e Prevenzione e Protezione) garantisce un elevato livello di integrazione nell'analisi delle problematiche affrontate ed una più agevole identificazione delle stesse.

Contenuto

Ogni anno, presso l'AOU di Verona, viene predisposto un programma di Audit Integrato da effettuare presso le Unità Operative. Vengono identificati i componenti del Gruppo di Audit (responsabili dei tre sistemi per la sicurezza) e, presso le Unità Operative, si coinvolgono il Direttore, il Coordinatore e una rappresentanza del personale medico, infermieristico e tecnico.

L'Audit Integrato viene condotto sulla base di una specifica checklist di rilevazione predisposta congiuntamente da Risk Management, UOC Miglioramento Qualità e Adempimenti Legge Regionale 22/2002 e UOC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.

La checklist integrata di rilevazione rappresenta uno strumento in cui la valutazione di requisiti selezionati, a partire dalla normativa di riferimento, viene opportunamente integrata dall'utilizzo di strumenti di valutazione validati in tema di Sicurezza del paziente/operatore, quali il modello del Safety Walkaround integrato e la verifica di alcuni requisiti relativi alla sicurezza sul luogo di lavoro, la valutazione delle non conformità e delle buone prassi esistenti nella realtà indagata, l'accessibilità alla documentazione del Sistema di Gestione della Qualità, lo stato di aggiornamento del piano di analisi dei rischi, del manuale della sicurezza e del piano formativo trasversalmente ai tre sistemi.

L'Audit si compone di tre fasi, in riferimento ai tre distinti sistemi di gestione indagati, per una durata complessiva di circa 90 minuti (30 minuti per ogni fase). In corrispondenza del completamento di ciascuna fase e al termine dell'Audit vengono identificate e condivise raccomandazioni ed azioni di miglioramento implementabili nel contesto indagato, esplicitando relativi indicatori e tempistiche di realizzazione. In un momento successivo avviene la verbalizzazione formale dell'Audit da parte del gruppo.

Conclusioni

L'Audit Integrato, pianificato negli ultimi quattro anni nel sistema aziendale di budget, consente un'efficace valutazione dei risultati in relazione ad azioni preventive e di miglioramento. Questo strumento consente la realizzazione di un circuito di feedback delle esperienze attraverso l'identificazione delle criticità e dei fattori causali, l'introduzione di azioni di miglioramento e la conseguente facilitazione del processo di autoapprendimento da parte dell'intera organizzazione. L'Audit Integrato prevede la verifica condivisa e contemporanea di tre diversi sistemi di gestione della sicurezza favorendo un approccio multidisciplinare ed altamente adattabile al contesto organizzativo sottoposto a verifica con un'ottimizzazione nell'utilizzo di tempi e risorse nel contesto aziendale. Si possono identificare quindi due importanti miglioramenti organizzativi: l'implementazione della multidisciplinarietà e il processo di autoapprendimento. Quest'ultimo è orientato alla promozione e allo sviluppo di una solida e diffusa Cultura della Sicurezza all'interno dell'organizzazione.

44° Congresso Nazionale ANMDO - Governare l'Ospedale del futuro - L'Innovazione: sfida e opportunità
Padova, 19-20-21 novembre 2018



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA



LA VALUTAZIONE DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

G. Salandini¹, P. Cicco¹, O. Mariotto¹, E. Bovolenta¹, A. Canello¹, A. Corsini², A. M. Lomeo², C. Bovo³

¹ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Verona

² UOC Miglioramento Qualità e Adempimenti Legge Regionale 22/2002 – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

³ Direttore Sanitario – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

PAROLE CHIAVE: Umanizzazione, Qualità, Agenas

INTRODUZIONE

Per Umanizzazione si intende il processo che pone il malato al centro della cura, considerandolo nella sua interezza fisica, sociale e psicologica. Agenas ha avviato nel 2016 il Progetto Nazionale di ricerca "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" a cui ha partecipato anche l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona con l'obiettivo di valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti. A Settembre 2017 presso l'Azienda si è svolta la rilevazione da parte di un'equipe locale (professionisti sanitari e cittadini) di 142 item contenuti nella checklist condivisa a livello nazionale. I dati raccolti sono stati trasferiti su apposito sito web. A Giugno 2018 Agenas ha inviato la sintesi dei risultati alle singole Aziende Ospedaliere con l'obiettivo di promuovere piani di miglioramento.

CONTENUTI

L'AOUI di Verona ha individuato 3 obiettivi in tema di umanizzazione che sono stati inseriti nelle Schede di Budget nell'area "Qualità della vita in Ospedale" per il triennio 2018-2020. Un obiettivo riguarda la risoluzione delle criticità emerse dalla ricerca Agenas e la pianificazione dei relativi Piani di Miglioramento. L'UOC Miglioramento Qualità ha individuato gli item ritenuti critici, considerando solo i punteggi inferiori alla soglia di sufficienza e al valore medio regionale, dividendoli a seconda che fossero di pertinenza delle Unità Operative o dell'Azienda (vedi tabella). Il modulo con tali item è stato inviato alle 51 UO coinvolte che con un'autovalutazione hanno rilevato le rispettive non conformità e predisposto eventuali azioni di miglioramento. Tali dati sono stati inoltrati all'UOC Miglioramento Qualità che li ha analizzati e validati. La stessa procedura è stata utilizzata per le criticità Aziendali. Gli altri 2 obiettivi hanno rispettivamente riguardato la formalizzazione dei progetti di miglioramento del grado di umanizzazione all'interno delle singole UO e indagato la soddisfazione del cittadino/malato attraverso strumenti di ascolto attivo, questionari e focus group.

Progetto di Ricerca AGENAS RA2015. "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" - Item critici									
AREA	SOTTO-AREA	CRITERI	N. Criteri	N. Item	Totale Item critici per UO Azienda	Totale Item critici per Sotto-Area UO Azienda	Totale Item critici per Area UO Azienda		
1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1 Attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 Funzione di supporto psicologico		5	3				
		1.1.2 Attività/ interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno		4	1				
		1.1.3 Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti		9		5	0		
		1.1.4 "Ospedale senza dolore"		5	1				
	1.2 Rispetto della privacy	1.2.1 Rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili		10	4		0	2	8
		1.2.2 Rispetto della riservatezza		3	2				
	1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 Rispetto delle specificità linguistiche		3	2				
		1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto		4	1	3	3		
		1.3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali		5	1	2			
	1.4 Continuità delle cure	1.4.1 Agevolazione della continuità delle cure		6	2	0	2		
	2. Accessibilità fisica, visibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 Accessibilità fisica	2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali		3	2	0	4	
			2.1.2 Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto		9	2			
		2.2 Logistica e segnaletica	2.2.1 Orientamento e segnaletica		2	1	0	1	
			2.2.2 Percorsi interni		7	4			2
2.3 Reparti di degenza "a misura d'uomo"		2.3.1 Dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza		4	7	0	6		
		2.3.2 Reparti di degenza "a misura di bambino"		7	2				
2.4 Comfort generale della struttura		2.4.1 Comfort dei servizi comuni		8	2	2	1		
		2.4.2 Comfort delle sale d'attesa		4	1				
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	3.1 Semplificazione delle procedure	3.1.1 Semplificazione delle modalità di prenotazione		4	3				
		3.1.2 Semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni		3		0	3		
	3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	3.2.1 Agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria		5	8	2		0	
		3.2.2 Accesso alle informazioni		4	3	0	7		
3.2.3 Contenuti e accessibilità del sito web		2	2				10		
4. Cura della relazione con il paziente/ cittadino	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1.1 Cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale		15	3	1			
		4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente		4		3	1		
		4.1.3 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino		5	2			5	
	4.2 Relazione con il cittadino	4.2.1 Accoglienza		2	1	2	1		
		4.2.2 Formazione del personale di contatto		1					
		4.2.3							
			29	142	15	31	15	31	

CONCLUSIONI

Con la ricerca Agenas si è potuto confrontare il grado di umanizzazione dell'AOUI di Verona rispetto ad altre strutture sanitarie del Veneto, permettendo di sensibilizzare le UO al tema e di estendere nel 2019 la rilevazione anche ad altre UO che non hanno partecipato al progetto. I risultati hanno evidenziato un buon livello del grado di umanizzazione, messo in luce alcune criticità dando avvio a progetti di miglioramento.

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Sette Laghi

Il modello organizzativo Case Management per la presa in carico dei malati cronici ASST dei Sette Laghi - Varese



Saballo Adelina (1), Tomasin Rita Patrizia (2), Tagliacochi Roberta (3), Staffa Antonio Maria Giuseppe (4), Ferrari Vania (5), Benfi I. M., Costanzo V., De Favari G., Maiocchi A. (6)

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi



Dal primo gennaio 2016 con l'applicazione della Legge Regionale n. 23 dell'11 agosto 2015 l'Azienda Ospedaliera di Varese è divenuta Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi.

L'ASST Sette Laghi comprende
- 6 presidi ospedalieri,
- 15 sedi territoriali,
un territorio caratterizzato dalla presenza di aree montane e lacustri.

LR 23 Evoluzione del sistema Sociosanitario lombardo



Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23
Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo
Titolo I e al Titolo II della legge regionale 31

Regione Lombardia riconosce come principio fondamentale della recente riforma sanitaria regionale (LR 23/2015) la presa in carico della persona nel suo complesso, in grado di integrare le risposte ai bisogni, garantendo continuità nell'accesso alla rete dei servizi e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, assicurando anche l'integrazione ed il raccordo tra le diverse competenze professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali coinvolte sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Classificazione dei malati cronici

La classificazione e l'identificazione dei malati cronici è stata effettuata da Regione Lombardia utilizzando gli algoritmi della Banca Dati Assistito modificati secondo le modalità riportate nell'allegato 1 del DDG N.3061 del 17/4/2015.

I soggetti sono stati raggruppati per livelli di complessità sulla base dei seguenti elementi:
 > patologia principale;
 > fragilità sociosanitaria;
 > complessità.

La diversa prevalenza dei fattori sopraelencati consente la stratificazione dei malati cronici in tre livelli di complessità decrescente, come rappresentato nella tabella.

	Domanda	Bisogni	Regione Lombardia
Livello 1	n. Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale e domiciliare	Integrazione dei percorsi ospedaliero/territoriali; riabilitazione sociosanitaria	150.000
Livello 2	n. Cronicità patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ frequenti uscite e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico-educativo) e gestione positiva del follow-up (più visite ed esami all'anno)	1.300.000
Livello 3	n. Cronicità in fase iniziale, prevalentemente	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati ai pazienti	1.900.000

La Presa in Carico dei malati cronici – Il Gestore

Il Gestore è il titolare della presa in carico e deve accompagnare il paziente durante tutto il percorso di cura attraverso attività e servizi offerti. Deve garantire la massima coordinazione e integrazione tra i diversi nodi della rete necessari per dare attuazione agli interventi previsti nel PAI. Strategicamente, in questo nuovo modello di Presa in carico, risultano le figure del Clinical Manager e del Case Manager (DGR 6551/2017).

Identificazione e valutazione del paziente

Gli infermieri Case Manager valutano la documentazione clinica e assistenziale del malato cronico che sceglie l'ASST Sette Laghi come Gestore e propongono il Clinical Manager Specialista o Generalista più appropriato per la Presa in Carico.

Redazione del Piano di Assistenza Individuale

Identificazione bisogni socio-sanitari

Valutazione infermieristica

Colloquio con Case Manager

Planificazione Follow Up



Visita con Clinical Manager

Valutazione clinica

Definizione PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE

CLINICAL MANAGER (o medico referente)

È il medico responsabile della presa in carico ed è individuato dal Gestore per curare la predisposizione e l'aggiornamento del piano assistenziale individuale (PAI)

CASE MANAGER

La figura del case manager svolge una funzione di coordinamento di natura principalmente gestionale-organizzativa, garantendo la continuità del percorso e l'armonia degli interventi. Il case manager è la figura di riferimento per la persona, la sua famiglia ed il caregiver e rappresenta colui in grado di gestire in maniera efficace ed efficiente la presa in carico del paziente.

Gestione del PAI

OBIETTIVI

Prevenzione delle complicanze
Accessibilità ai servizi sanitari
Continuità assistenziale
Aderenza al piano terapeutico/assistenziale

INTERVENTI

Follow up
Promozione della salute
Rinnovo delle prescrizioni terapeutiche
Gestione delle prenotazioni

(1) Direttore Socio Sanitario - (2) Direttore S.C. Direzione Assistenziale Professioni Sanitarie e Sociali - (3) Responsabile Sistema Poliambulatoriale - (4) Responsabile DAPSS Percorsi Assistenziali Pazienti Cronici - (5) Direttore S.C. Sistemi d'Accesso e Libera Professione - (6) Infermieri Case Manager

direzione.sociosanitaria@asst-settelaghi.it

Implementare il percorso clinico assistenziale dell'ernia inguinale

Soncini F (*), Gentile C (*), Benedetti A (**), Ricco R (**), Iori L (***), (**), Costi F (***), Mazzi G (****)
 Pocaforza M (*****) Magnani A(*****), Montella MT(*****) Marino M (*****)

(*) Direzione Medica (**) Direzione Assistenziale (***) Case Manager, (****) frequentatore volontario ingegneria gestionale presso il servizio gestione operativa (*****) Direzione Gestione Operativa ; (*****) Governo Clinico
 Parole Chiave: *ernia inguinale, appropriatezza, epidemiologia*

Introduzione

Il trattamento chirurgico dell'ernia inguinale è frequente, risulta infatti con il taglio cesareo e la protesi di anca tra i primi di DRGs in ambito chirurgico, con un rapporto variabile da Paese a Paese di seguito descritto, 10 ernia ogni 100.000 abitanti in Inghilterra e 328 pazienti su 100.000 abitanti USA.

La prevalenza nella popolazione maschile è pari al 25% ed il tasso di recidive varia dal 3% al 8%, oltre alle considerazioni di natura epidemiologica, peraltro numericamente rilevanti, si evidenzia come le diverse tecniche chirurgiche ed anestesologiche abbiano un impatto organizzativo importante in funzione della tecnica chirurgica ed eventualmente anestesologica scelta. Inoltre il 96% dei casi è programmato^{1,2}

Le recenti indicazioni di letteratura consigliano la tecnica *open* rispetto alla laparoscopica in quanto i pazienti sono soggetti a complicanze post-operatorie nel 33.4% dei casi rispetto al 39% della tecnica laparoscopica. Inoltre vi sono complicanze maggiori (decesso) nel 0.1% dei casi vs 1.1%, parimenti il numero di recidive è pari 4.9% contro 10.1%.³ Per quanto attiene ai costi La tecnica *open* è consigliata (Gli studi hanno calcolato anche un generale beneficio di costo per la tecnica *open* vs laparoscopica. I fattori considerati in tali studi hanno incluso: il costo, la durata dell'intervento sala, le attrezzature (puliso vs monouso), oltre ad una degenza media che è di 2 giorni in luogo del day surgery di norma previsto per la tecnica *open*⁴ Per quanto attiene alla tecnica anestesologica è dimostrato che il ricorso all'anestesia spinale non comporta maggiori benefici e anzi, aumenta il rischio di ritenzione urinaria: è, perciò, opportuno limitarne l'utilizzo.

In un test randomizzato prospettico nel quale sono stati arruolati 616 pazienti sottoposti a riparazione di ernia inguinale con tecnica *open*, l'uso di anestesia locale ha provocato meno nausea dolore e nausea postoperatori, minor tempo nella *recovery room* (3ore vs 6.20 ore), ed una riduzione dei ricoveri notturni non programmati (3% contro 14% e 22%),⁵

Il regime di degenza nella letteratura anglosassone è *outpatient* anche per le classi ASA a maggior rischio 3 e 4 (i dati AHRQ riportano che il 90% dei pazienti che effettua tale intervento non viene ricoverato⁶

Materiali e metodi

La azienda AUSL di Reggio Emilia ha voluto verificare la casistica trattata a Reggio Emilia rispetto alle indicazioni di letteratura. La coorte in esame è stata identificata utilizzando le Schede di Dimissione Ospedaliera (*flusso SDO*) regionali selezionando: ricoveri in regime ordinario o DH con accesso programmato, programmato con pre-ospedalizzazione oppure con accesso non indicato; strutture sanitarie accreditate, pubbliche o private, intra ed extra Regione (mobilità passiva inclusa se disponibile) soggetti ovunque residenti (mobilità attiva inclusa), degenza a carico del SSN DRG di tipo chirurgico. Gli interventi in esame sono stati selezionati utilizzando l'MPR (*Primo intervento di sala operatoria usato dal grouper ai fini dell'attribuzione del DRG*). Il ricovero è stato attribuito alla struttura relativo alla prima disciplina di CHIRURGIA GENERALE (009) riportata, in ordine cronologico, nella scheda di dimissione ospedaliera. L'intervento selezionato è la riparazione di ernia inguinale monolaterale (ICD 9-CM 53.0x) o bilaterale (ICD 9-CM 53.1x). Sono stati calcolati i volumi di attività per stabilimento ed azienda USL erogante l'intervento chirurgico, la degenza ospedaliera, il regime di ricovero, la classificazione anestesologica del paziente (classe ASA) e la tecnica chirurgica utilizzata. Quest'ultima è stata classificata come "*laparoscopica*" se, in aggiunta ai codici di intervento per ernia, è stato trovato il codice ICD9-CM 54.21.

Risultati

Le ernie inguinali trattate sono state 1170, la laparoscopia è stata effettuata solo le 2.2% dei pazienti, tale indicazione è in linea con la letteratura, per contro rimane elevato il numero di ricoveri ordinari pari al 19,6% e la tecnica anestesologica con il ricorso all'anestesia: le ernie in spinale o con blocco periferico sono 25,57% sul totale e non sono correlate all'ASA paziente, il numero di interventi effettuati è pari a 251 per 100.000 ab (il più elevato in Regione).

E' necessario al fine di ottimizzare le risorse individuare un setting appropriato ed addestrare i medici alle tecniche il loco regionali

Bibliografia

1. Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. BMJ. 2008;336(7638):269-72
2. Endoscopic component separation technique Inguinal Hernia epidemiology January 2017
3. Simons MP, Aufenacker T, et Al . European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia. 2009 Aug;13(4):343-403.
4. O'Boyle CJ, Royston CM at Al Cost-utility analysis of open versus laparoscopic groin hernia repair: results from a multicentre randomized clinical trial (Br J Surg 2001; 88: 653-61).
5. Nordin P, Zetterström H et Al . Local, regional, or general anaesthesia in groin hernia repair: multicentre randomised trial. Lancet. 2003 Sep 13;362(9387):853-8.
6. AHRQ quality indicator <https://www.qualityindicators.ahrq.gov>

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
REVISIONE DEL PERCORSO DI TRATTAMENTO ONCOLOGICO AMBULATORIALE ATTRAVERSO
LA GESTIONE OPERATIVA

(Torresani M. – Ingegnere Gestionale P.O. Gestione Operativa, Direzione Sanitaria – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori;
 De Braud F. - Direttore Dipartimento di Oncologia, Direttore Medicina Oncologica 1;
 Ferrari L. – Direttore f.f., Day hospital e terapia ambulatoriale oncologica;
 Facchinetti C. – Coordinatore, Day hospital e terapia ambulatoriale oncologica;
 Monti P. – Direttore Sanitario)

Parole chiave: Riorganizzazione, Pianificazione, Gestione Operativa

Introduzione: Uno dei più rilevanti percorsi di cura del paziente oncologico è il trattamento con farmaci anti-neoplastici erogati ambulatorialmente a seguito di visita specialistica, generalmente senza quindi necessità di ricovero prolungato. In questo ambito risulta fondamentale la progettazione e segnalazione del percorso, tenendo in considerazione aspetti organizzativi, logistici e informativi.

La somministrazione dei farmaci, qualora non sia orale, e quindi gestibile autonomamente dal paziente al proprio domicilio, avviene per via endovenosa, sotto-cute o intra-muscolo. La somministrazione per via endovenosa è quella che richiede più tempo e a seconda degli schemi di terapia può raggiungere le 8 ore di durata. Si configurano due tipologie di percorsi: quello breve, dove tutto il percorso si svolge nella medesima giornata, e il percorso differito, per terapie di lunga durata, in cui la terapia viene erogata il giorno successivo la visita. Il tempo che il paziente deve trascorrere nella struttura dipende quindi dal tipo di percorso e dal modello organizzativo adottato. In Istituto Tumori giornalmente vengono erogati in media 45 trattamenti brevi e 35 medio-lunghi.

La Direzione Sanitaria ha da tempo affiancato all'Ambulatorio di terapie oncologiche la funzione Gestione Operativa con il compito di riorganizzare e migliorare il processo.

Contenuti: La Gestione Operativa ha approcciato il problema analizzando l'intero processo (dal prelievo ematico, sino al termine della somministrazione) e confrontando i differenti modelli organizzativi attuabili in questo contesto. Il confronto con strutture sanitarie similari ha consentito di trarre spunti circa le buone pratiche da adottare e gli errori da evitare.

Il nuovo modello organizzativo dell'Istituto suddivide le risorse di terapia per gruppo di patologia, tenendo conto dell'effettivo uso delle risorse e del tasso di annulli, che incide circa sul 18% dei pazienti in trattamento. Tramite il sistema informatico di prescrizione, il medico programma in autonomia i trattamenti dei pazienti all'interno di agende di terapia che mostrano l'effettiva disponibilità in slot di 15 minuti. Il sistema programma automaticamente la visita di controllo sulle agende di ogni stanza in relazione al percorso di trattamento (breve / medio-lungo) e tiene conto del tempo necessario alla preparazione centralizzata dei farmaci. Il tempo standard di permanenza del paziente che effettua il percorso breve è stato previsto in 2h e 30min dal prelievo ematico all'inizio della terapia, includendo il tempo di allestimento tramite cappe digitalmente assistite o tramite robot.

È prevista una rivalutazione periodica degli indicatori di processo per le azioni correttive necessarie (puntualità, saturazione, annulli).

Conclusioni: Il supporto fornito dalla Gestione Operativa è stato apprezzato dagli operatori sanitari nella misura in cui ha consentito di analizzare l'intero processo e di definire il nuovo modello organizzativo con un approccio attento ai numerosi fattori organizzativi e logistici in gioco. Le simulazioni effettuate con i dati elaborati ha consentito di verificare la fattibilità del modello prima di renderlo operativo. La Gestione Operativa si è dimostrata un valido strumento strategico per supportare cambiamenti organizzativi di estremo impatto e rilievo per il paziente.

Le nuove agende diventeranno operative a partire dal 1° Dicembre e a seguire si perfezioneranno in tutti gli aspetti informatici entro Febbraio 2019.

Titolo:**RIDUZIONE DELLE LISTE D'ATTESA IN ASL2 S.S.R. LIGURIA: ACCESSO DIRETTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE****Nomi Autori:**

Tulimiero L.¹; Gastaldo A.²; Lillo F.³; Bellone P.⁴; Buccicardi D.⁵; Dotta I.⁶; Iudici R.⁷; Porfido E.⁸.

Carica e struttura di appartenenza autori:

1) Direttore f.f. S.C. Direzione Medica Presidio Ospedaliero ASL2, 2) Direttore S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica ASL2, 3) Direttore S.C. Laboratorio di Patologia Clinica ASL2, 4) Direttore S.C. Cardiologia e Unità coronarica ASL2, 5) Dirigente Medico S.C. Radiologia diagnostica e interventistica ASL2, 6) Coordinatore Tecnico S.C. Radiologia diagnostica e interventistica ASL2), 7) Dirigente Medico S.C. Direzione Medica Presidio Ospedaliero ASL2, 8) Direttore Generale ASL2.

Parole chiave:

Accesso Diretto Prestazioni

Introduzione

L'accessibilità rappresenta la possibilità per l'utente di ricevere assistenza, necessaria ed adeguata, a costi ragionevoli, in un tempo definito ed in un determinato luogo.

Gli indicatori ad essa riferiti sono in prevalenza diretti alla quantificazione dell'offerta sanitaria, cioè l'effettiva disponibilità di assistenza, mediante una valutazione delle barriere ostacolanti l'accesso ai servizi, oggettive (per es. eccessiva lunghezza dei tempi di attesa o disomogenea distribuzione dei servizi sul territorio) o soggettive (per es. percezione individuale in termini di scarsa fruibilità o di bassa qualità del servizio proposto).

Contenuti

Sulla base delle linee di indirizzo date dalla Regione Liguria e nell'ottica del miglioramento dell'accessibilità all'offerta di salute, ASL2 ha istituito la Commissione Ospedale Territorio che ha proposto, da Settembre 2016, accanto alla normale lista di prenotazione, presso il P.O. di Savona e Cairo, un'inedita organizzazione con modalità di accesso diretto (AD) alle prestazioni di radiologia convenzionale. L'AD offre la possibilità, ai pazienti muniti di richiesta dematerializzata, di recarsi presso il servizio di radiodiagnostica e, senza prenotazione CUP, grazie all'installazione di una postazione dedicata ad accettazione e riscossione ticket, di un totem smista-code e alla consegna immediata del referto, di completare il percorso diagnostico in 1 ora.

Dopo una sperimentazione di 8 mesi, valutato il grado di soddisfazione dell'utenza, si è deciso di estendere l'AD alla Diagnostica Cardiologica (ECG) e di Laboratorio replicando l'organizzazione.

La valutazione in itinere dei risultati dell'AD ha rilevato i seguenti esiti:

- **Radiodiagnostica Convenzionale.** In 12 mesi sono stati effettuati 14.705 esami che hanno influito sul totale delle prestazioni erogate, garantendo la presa in carico di 30.466 pazienti rispetto ai 24.848 dei 12 mesi precedenti, con un aumento dell'attività pari al 23%.
- **Diagnostica Cardiologica.** L'intero percorso diagnostico, dall'accettazione al ritiro del referto si completa in 30 minuti. In 4 mesi di AD sono stati eseguiti circa 300 ECG, con progressivo azzeramento della lista di attesa. Dopo un "run in" iniziale caratterizzato da un aumento nelle richieste, ci si è assestati su una media giornaliera di 16-18 ECG, abbondantemente coperte da un'offerta di 20 prestazioni/die.
- **Diagnostica di Laboratorio,** l'AD, introdotto nel mese di febbraio 2017 con la garanzia di 60 prelievi/die senza prenotazione per ogni P.O. Aziendale, ha permesso di azzerare la lista di attesa, mantenendo comunque la possibilità di accesso con prenotazione per gli utenti che lo preferiscono e per gli esami che necessitano di preparazione (per es. curve da carico).

Conclusioni

L'incremento numerico delle prestazioni erogate, la riduzione dei tempi di attesa ed il risparmio di tempo precedentemente dedicato alle operazioni di prenotazione, pagamento del ticket e ritiro differito del referto, conteggiato in circa 3 ore per utente, hanno impattato positivamente sulla qualità e sull'attrattività del servizio. Tutto ciò isorisorse e senza pesare sui carichi di lavoro, grazie ad una ripensamento dei percorsi.

La riorganizzazione ha sgravato gli operatori CUP da un consistente n° di contatti, permettendo di attivare un CUP di 2° livello mirato ad intensificare le attività di "recall" e riposizionamento delle prenotazioni, per una copertura ottimale delle disponibilità offerte dalle strutture diagnostiche di ASL 2.



IL PIANO INVERNO 18/19 DEL MAURIZIANO PER GARANTIRE CURE APPROPRIATE E SOSTENIBILI IN PRONTO SOCCORSO

Arianna Vitale*, Giovanni Messori Ioli**, Domenico Vallino*, Maria Rosa Conte*, Stefano Cirillo**, Graziella Costamagna***, Maurizio Gaspare Dall'Acqua**

*Dirigente medico SC Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero, **Direttore Sanitario d'Azienda

Direttore SC Medicina e chirurgia d'urgenza e accettazione, ^Direttore Dipartimento Medico, ^^Direttore Dipartimento Diagnostico, *Direttore DiPSA

**Direttore Generale

A.O. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO



Parole chiave
Sovraffollamento Pronto Soccorso,
Programmazione e Organizzazione sanitaria

Introduzione

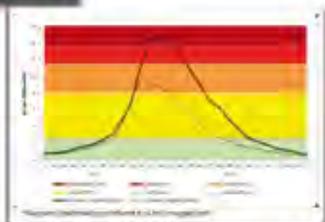
La predisposizione di un Piano Inverno (PI) è una necessità per rispondere alle esigenze di salute dei cittadini durante il periodo invernale, in particolare in corrispondenza della stagione influenzale.

Durante il picco influenzale in Pronto Soccorso (PS) il numero di accessi giornalieri può incrementarsi notevolmente, creando sovraffollamento, situazione in cui il normale funzionamento del PS è reso critico a causa della sproporzione tra domanda sanitaria (n° pazienti in attesa/in carico) e risorse disponibili (umane, organizzative, strutturali, tecnologiche).

La realizzazione di un PI condiviso tra Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Direzione Professioni Sanitarie, Dipartimenti Clinici è uno strumento per migliorare l'efficienza del PS e di tutto l'ospedale, ottimizzando la risposta all'utenza e permettendo una migliore organizzazione del lavoro degli operatori sanitari.



Tasso di incidenza delle sindromi influenzali per settimana, Italia. Stagione 2017/2018 e confronto con la stagione 2016/2017



Contenuti

Il Maurizioano è un ospedale Hub dotato di 409pl degenza ordinaria, 42pl DH; DEA di II livello con 57.000 accessi di PS/anno (150accessi PS/die in media). L'obiettivo del PI è garantire un'ottimale assistenza dei pazienti in PS consentendo l'utilizzo appropriato delle risorse.

Si prevede di

- realizzare flusso informativo sull'affollamento del PS con indicatori di soglia di attivazione e relativo monitoraggio (NEDOCS adattati su dati aziendali delle stagioni invernali del biennio precedente)

- attivare risposte graduali in PS e in tutto l'ospedale, in base al grado di sovraffollamento del PS.

Le azioni implementate in Azienda sono

- > **strategiche** (a cura di Direzione Generale/Direzione Sanitaria): promuovere attività per ridurre degenza media e facilitare percorsi di dimissione; stipulare convenzioni con strutture private accreditate per avere disponibilità posti letto dedicati di CAVS, lungodegenza, riabilitazione; ottimizzare percorso dimissioni in continuità assistenziale

- > **tattiche-operative** (a cura di DSPO, NOCC, Servizio Sociale, Bed Management): implementare procedura "programmazione e gestione ricoveri in Dipartimento Medico" e attività Nucleo Ospedaliero Continuità Cure; monitorare percorsi continuità assistenziale/tempo permanenza in PS
- > **preventive** su organizzazione/flussi: attivare percorsi fast in PS e area degenza medica dedicata (12pl aggiuntivi dal 17/12/18 al 31/03/19)

- > **correttive** su organizzazione/iperafflussi: attivare pl aggiuntivi nei reparti, potenziando il personale di assistenza diretta

Dopo confronto tra DSPO, DIPSA, Dipartimenti sono stati individuati **5 step graduali** che prevedono

A) **indicatori**: accessi giornalieri, ricoveri in area medica, pazienti in PS che attendono il ricovero da oltre 48ore

B) **interventi secondo il grado crescente di sovraffollamento PS:**

1. blocco dei ricoveri ordinari Dipartimento Medico
2. utilizzo graduale dei letti di weekhospital medico (max10 pl) con apertura 7/7 giorni
3. trasformazione di 1/2 stanze dipartimento chirurgico in degenza medica(3/6 pl)
4. utilizzo letti aggiuntivi secondo PEIMAF

Conclusioni

In totale si rendono disponibili posti letto aggiuntivi da un minimo di 12pl ad un massimo di 28pl. La gestione dei letti aggiuntivi è garantita dalle SSCC del Dipartimento Medico, isorisorse per la dirigenza medica e con temporaneo straordinario ricorso ad esternalizzazione del servizio di assistenza infermieristica. Il Piano Inverno viene validato dai Dipartimenti Clinici, approvato dalla Direzione Generale, inviato alla Direzione Sanità Regione Piemonte, e infine attuato per garantire cure appropriate e sostenibili ai pazienti che saranno gestiti in PS durante il periodo dell'epidemia influenzale.



avitale@mauriziano.it



LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA: CONTROLLI DI UN SERVIZIO ESTERNALIZZATO

Alice Zancan^{*}, Patrizia Bortolon[§], Ilaria Trivella[^], Romina Cazzaro[°], Simona Aurelia Bellometti[#]

^{*}Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Padova

[§]Medico, Direzione Medica - Distretto Est Vicenza, A.U.L.S.S. 8 Berica

[^]Dietista, Servizio Ospedaliero di Dietetica e Nutrizione Clinica – Distretto Est Vicenza, A.U.L.S.S. 8 Berica

[°]Direttore, Direzione Medica - Distretto Est Vicenza, A.U.L.S.S. 8 Berica

[#]Direttore Sanitario A.U.L.S.S. 8 Berica – Vicenza

PAROLE CHIAVE: Ristorazione , Customer Satisfaction

INTRODUZIONE

Le Aziende Sanitarie, nell'impossibilità di garantire direttamente i vari servizi, ricorrono ai servizi esternalizzati come il servizio di ristorazione, il lavanolo e le pulizie. All'Azienda quindi compete la sorveglianza e controllo dell'esecuzione di questi servizi. L'Azienda U.L.S.S. 6 di Vicenza, in riferimento al servizio di ristorazione, ha costituito un Gruppo di Lavoro multidisciplinare per controllare il tipo di servizio offerto ai degenti presso l'Ospedale S. Bortolo, l'organizzazione della distribuzione dei pasti e la qualità del cibo stesso. Con la Delibera D.G. 787/2012 sono stati individuati alcuni controlli per la valutazione della qualità del servizio di ristorazione, sia inerenti la sicurezza alimentare che relativi alla soddisfazione degli utenti: il "controllo interno" eseguito alla consegna del pasto presso le Unità Operative Ospedaliere, a cura della Direzione Medica, e il "controllo ufficiale" riguardante gli aspetti igienico sanitari delle mense ospedaliere ed esterne, a cura dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione. Nello specifico, alla Direzione Medica Ospedaliera è stato assegnato: 1. Il controllo dei vassoi al momento della consegna del pasto presso i reparti ospedalieri con la compilazione della "Scheda Controllo Pasti" 2. La somministrazione ai degenti di un questionario di gradimento del servizio con cadenza annuale; 3. La valutazione di eventuali segnalazioni di disagi e/o inconvenienti igienico sanitari da parte dei coordinatori infermieristici delle Unità Operative.

CONTENUTI

Presso le Unità Operative il "controllo interno" ha evidenziato che nella maggior parte dei casi il vassoio è stato consegnato in orario, in buone condizioni di pulizia, completo delle posate e conforme a quanto ordinato dai pazienti. Dai questionari proposti ai degenti è emerso che la maggior parte degli utenti esprime una valutazione positiva per gli aspetti del vassoio (pulizia, integrità, presentazione) e per le caratteristiche delle varie portate. Il giudizio insufficiente si concentra sull'item del sapore, raggiungendo l'11% per il primo piatto e il 13% per il secondo piatto.

I suggerimenti raccolti tramite il questionario e le segnalazioni pervenute dalle Unità Operative sono stati oggetto di valutazione con la ditta che gestisce il servizio ristorazione nell'ottica di un continuo miglioramento del servizio.

CONCLUSIONI

Complessivamente il servizio di ristorazione ha ottenuto una valutazione positiva. Pur riconoscendo che la soddisfazione dell'utente non equivale necessariamente alla qualità effettiva del servizio, si ritiene che la sua valutazione rappresenti una base informativa importante per migliorarne la gestione, insieme alla verifica dei vassoi e alla presa in carico di tutte le segnalazioni di disagi o inconvenienti igienico sanitari provenienti dai pazienti.

Congresso ANMDO

Titolo: Percorso del Team Bariatrico

Autori: E. Zilli, S. Marconato, V. Fison, T. Tomasello, S. Zanon, R. Isoardi, M. Scapolo, M. Gasparin, F. Bisetto, P. Benini

Parole chiave: Team bariatrico, Health Technology Assessment, Gestione multidisciplinare

Introduzione: L'obesità è la vera epidemia del terzo Millennio ad eziologia multifattoriale: fattori genetici, ambientali ed individuali concorrono nel determinare un'alterazione del bilancio tra introito calorico e dispendio energetico con conseguente accumulo di tessuto adiposo in eccesso. Per combatterla efficacemente è necessario mettere a punto una strategia vincente, che tenga conto dei differenti stadi della malattia, in particolare quando si tratta di obesità grave. In Veneto il 9.8% della popolazione soffre di obesità, che corrisponde a 430.000 persone affette da gravi problemi di eccesso ponderale.

Materiali e Metodi: Presso l'Alta Padovana è stato istituito il "Team bariatrico" composto da una équipe multiprofessionale e multidisciplinare così articolata: medico nutrizionista, chirurgo bariatrico, dietista, psicologa; i professionisti sono incardinati sia presso l'Ospedale di Cittadella sia presso quello di Camposampiero. Sono stati definiti percorsi assistenziali trasversali con condivisione delle tecnologie necessarie in quanto l'intervento chirurgico avviene con l'utilizzo del robot chirurgico di Camposampiero, i chirurghi afferiscono da Cittadella, mentre l'équipe di supporto è di Camposampiero.

L'attività del Team Bariatrica è stata organizzata secondo una logica di approccio multidisciplinare e multiprofessionale che lavora per selezionare, valutare e discutere situazioni di pazienti obesi per i quali si ritiene indicato un intervento di chirurgia bariatrica.

Sono stati identificati spazi ed agende dedicate. L'équipe, dopo aver esaminato con accuratezza il grado di preparazione comportamentale, psicologica e razionale del paziente, procede con l'iter preoperatorio: il chirurgo illustra le modalità esecutive dell'intervento scelto e le eventuali complicanze e la dietista fornisce informazioni riguardo il programma di riabilitazione alimentare postoperatoria. La presa in carico del paziente non si conclude con l'intervento, ma prosegue con incontri ambulatoriali periodici presso il medico nutrizionista, la psicologa e la dietista.

Risultati: La coorte dei pazienti presi in carico nell'ultimo triennio è stata di 123 pazienti, di cui 37 maschi e 86 femmine con un'età mediana alla data di reclutamento di 44 anni. La maggior parte dei pazienti presentava al momento del reclutamento un'obesità di III grado (78% del campione), traducibile in valori di BMI>40. I pazienti sottoposti ad intervento di bendaggio gastrico regolabile sono stati 16, mentre la maggior parte, ovvero 103 pazienti, è stata sottoposta ad intervento di gastrectomia verticale parziale. Solamente 4 utenti hanno effettuato plicatura gastrica per bypass gastrico. 93 pazienti hanno effettuato un intervento di chirurgia bariatrica primario, mentre 30 pazienti sono stati sottoposti ad un secondo intervento. In seguito all'intervento si è verificata una graduale perdita di peso che ha raggiunto il picco massimo a 12 mesi: la percentuale di calo ponderale totale è stata del 44.9%, mentre quella rispetto al momento del reclutamento è risultata del 44.0% con riduzione di Kg in eccesso persi dell'89.9%.

Autori:

E. Zilli Direttore Medico, Direzione Medica Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea
 S. Marconato Dirigente Medico, Direzione Medica Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea
 V. Fison Dirigente Medico, Direttore Chirurgia Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea
 T. Tomasello Dirigente Medico, Medicina Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea
 R. Isoardi, Dirigente Medico, Chirurgia Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea
 M. Scapolo, Dietista, Direzione Medica Ospedale di Camposampiero (PD), ULSS 6 Euganea
 S. Zanon Psicologa, UO per le Dipendenze Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea
 M. Gasparin, Coordinatrice, Servizio Infermieristico Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea
 F. Bisetto, Direttore Medico, Direzione Medica Ospedale Camposampiero (PD), ULSS 6 Euganea
 P. Benini Direttore Sanitario, ULSS 6 Euganea
 Regione del Veneto

Exposanita 2020, la fiera biennale torna a Bologna dal 15 al 17 aprile



Torna Exposanita, la principale mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza, che si terrà a Bologna Fiere dal 15 al 17 aprile 2020. Un appuntamento

esclusivo, l'unico in Italia dedicato a questo settore, che per numero di espositori e gamma di prodotti presentati si colloca al secondo posto nella classifica delle

fiere organizzate in Europa. L'edizione 2020 della manifestazione conterà ben 7 saloni espositivi, con oltre 50 settori merceologici rappresentati. Exposanita fornirà

una panoramica completa su servizi e prodotti provenienti dal mercato nazionale ed internazionale per gli ospedali, la diagnostica, la sanità digitale, l'ortopedia, la disabilità e l'assistenza, insieme a progetti e soluzioni tecnologiche per la qualità del servizio sanitario.

Dal 1982 la fiera unisce alla sua funzione puramente commerciale quella di occasione di incontro fra tutti gli attori della sanità. È qui che aziende, operatori e cittadini potranno confrontarsi, informarsi e conoscere le novità del settore e delineare prospettive e scenari per un sistema sanitario efficace ed efficiente.

www.exposanita.it




AMUCHINA®

Amuchina Multiuso Disinfettante 1150 ppm

**Ampio
spettro d'azione**

- Battericida
- Fungicida
- Virucida



46° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

Le dimensioni della qualità in Ospedale: strutture, operatori, servizi

Bologna, 25-26- 27 maggio 2020

La ricerca della qualità dovrebbe rappresentare uno dei fini principali di ogni organizzazione sanitaria, in particolare dell'Ospedale, quale risultato di un articolato approccio multidimensionale: misurare, valutare e poter monitorare nel tempo gli outcome e gli indicatori di qualità di un sistema è un passaggio obbligato per governarne i miglioramenti e la crescita. La valutazione della qualità è dunque decisiva perché, a vario titolo e con diverse modalità, risulta il principale strumento con il quale promuovere e sviluppare servizi sanitari che tendano all'efficacia, all'efficienza, all'appropriatezza ed alla sicurezza del personale sanitario e dei pazienti.

Il tema della qualità sarà declinato durante il Congresso nei macrotemi della struttura ospedaliera (es. accreditamento), degli operatori (es. formazione), dei servizi erogati (es. qualità delle cure, qualità dei servizi, valutazione dei risultati, nuove tecnologie, terapie innovative). La tematica della qualità percepita dai pazienti sarà, inoltre, affrontata dalla prospettiva dei cittadini.

SEGRETERIA NAZIONALE ANMDO



c/o Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosa
Via dell'Arcoveggio 50/2 - 40129 Bologna
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108
anmdo.segreteria@gmail.com
www.anmdo.org

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

N O E M A

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



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company



VOI VI PRENDETE
CURA DI LORO.
NOI CI PRENDIAMO
CURA DI VOI.

Da 10 anni assicuriamo le aziende
e i professionisti che ogni giorno danno
valore a un sistema sanitario d'eccellenza.

Da oggi AmTrust consolida la sua presenza
in Italia: nasce AmTrust Assicurazioni,
la prima compagnia assicurativa
italiana dedicata al mondo della sanità.



AmTrust
Made in Italy

Prima della sottoscrizione di prodotti assicurativi leggere attentamente
i set informativi disponibili sul sito della compagnia.

Scopri di più su www.amtrust.it