Ministero della Salute

Dipartimento della Qualità
Direzione Generale della Programmazione dei Livelli Essenziali e dei Principi Etici di Sistema
ufficio III

MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI RICOMPRESE NEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

- L'Esperienza della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata -

Gennaio 2009

governo clinico sicurezza dei pazienti

“La cultura dell’Umanità progredisce non per mezzo di un trasferimento nello “spazio del tempo”, ma grazie ad un’ accumulazione di valori. Il fardello dei valori culturali è di tipo speciale: non appesantisce il nostro passo, ma lo facilita. Quanto più ci impadroniamo di valori, tanto più facilmente percepiamo ed assorbiamo tutto quello che vien dopo e più affinata ed acuta diventa la nostra percezione delle altre culture: delle culture di coloro che ci sono lontani nel tempo e nello spazio. Ogni cultura del passato o di un altro paese diventa cultura propria per l’uomo “intelligente”: sua nell’intimo profondo”

Dimitrij Lichacev

DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO DI RICERCA

Isabella Mastrobuono (Direttore Sanitario Aziendale e Referente del Progetto di Ricerca per la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata)

GRUPPO DI LAVORO MINISTERO DELLA SALUTE

Alessandro Ghirardini (Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione dei Livelli Essenziali e dei Principi Etici di Sistema Dirigente ufficio III), **Claudio Seraschi** (Funzionario Amministrativo), **Susanna Ciampalini** (Dirigente Farmacista), **Antonietta Colonna** (Funzionario ambito assistenziale), **Angela De Feo** (Dirigente Medico), **Andrioli Stagno Roberta** (Dirigente Psicologo), **Cardone Rosetta** (Dirigente Medico), **Furlan Daniela** (Funzionario ambito della prevenzione), **Giorgio Leomporra** (Collaborare esperto in economia)

GRUPPO DI LAVORO FONDAZIONE PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Giuseppe Visconti (Direttore Sanitario di Presidio), **Fabrizio d'Alba** (Dirigente Unità Operativa Complessa Innovazione, Sviluppo, Pianificazione Strategica e Controllo Direzionale), **Maria Grazia Celeste** (Direttore Unità Operativa Complessa di Farmacia), **Claudio Capozzi** (Responsabile Programma Assistenziale Elaborazione Linee Guida e Percorsi Assistenziali).

REDATTORI DEI LAVORI

Gaspare Adorno (Dirigente Responsabile Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Medicina Trasfusionale), **Federica Patrizi** (Medico di Medicina Trasfusionale), **Patrizio Bollero** (Dirigente Responsabile Unità Operativa Semplice Dipartimentale Diagnosi, Igiene e Prev.ne orale con D.H.

Med. – Chirurgia Generale e Speciale per Soggetti Vulnerabili Sanitari e Diversamente Abili), **Maria Grazia Celeste** (Direttore Unità Operativa Complessa di Farmacia), **Paolo Faccendini** (Farmacista Unità Operativa Complessa di Farmacia), **Luciano Cerulli** (Direttore Unità Operativa Complessa di Oculistica), **Francesca Izzo** (Ortottista-Assistente in Oftalmologia Unità Operativa Complessa di Oculistica), **Attilio Maria Farinon** (Direttore Dipartimento di Chirurgia e dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale - Laparoscopia), **Michele Grande** (Responsabile Programma Assistenziale Manometria e Phmetria delle malattie funzionali esofagee ed anorettali), **Augusto Panà** (Titolare Programma Aziendale Servizio Epidemiologico e Sorveglianza Infezioni Ospedaliere) ,**Antonietta Filia (**Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva Università di Tor Vergata), **Emilio Piccione** (Direttore Unità Operativa Complessa di Ginecologia), **Francesco Sesti** (Responsabile Programma a valenza scientifico professionale Ginecologia Endoscopica), **Chiara Centone** (Medico di Unità Operativa Complessa di Ginecologia), **Umberto Tarantino** (Direttore Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia), **Giuseppe Cannata** (Responsabile Programma Assistenziale Ortopedia Geriatria), **Elena Gasbarra** (Responsabile Unità Operativa Semplice Emergenze Traumatologiche), **Franco Toniolo** (Presidente del Centro Regionale Interuniversitario per la Formazione in ambito Sociosanitario dell'Azienda Ulss XII di Venezia), **Eurogroup Consulting** (Dott. A. Campana, Dott. V. Ritzu, Dott. F. Sensi, Dr.ssa F. Trani, Dr.ssa M.L. Specchia, Dott.ssa F. Lancione, Dott. G. Samuelli), **Walter Ricciardi** (Direttore Istituo d'Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore).

GRUPPO DI LAVORO AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA

Luigi Rubens Curia (Direttore Generale Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia), **Palma Grillo** (Dirigente Medico, Referente Aziendale del Programma di Ricerca), **Concetta Congesrì** (Dirigente Medico, Coordinatore Distrettuale in staff alla Direzione Generale), **Annamaria Renda** (Dirigente Medico, Coordinatore Day Service Ambulatoriale), **Caterina Garaffo** (Dirigente Farmacista in staff alla Direzione Generale), **Agostino Scardamaglio** (Dirigente Medico in staff alla Direzione Generale), **Rosaria Morani** (Segreteria Direzione Generale).

Si ringraziano per la fattiva collaborazione

Alberto Barlattani (Responsabile Area Funzionale Omogenea di Odontoiatria), **Luigi Giusto Spagnoli** (Responsabile Area Funzionale Omogenea di Anatomia ed Istologia Patologica) **Giorgio Bernardi** (Direttore Dipartimento di Neuroscienze) **Giorgio Federici** (Direttore Dipartimento di Medicina di Laboratorio) **Renato Lauro** (Magnifico Rettore Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università di Roma Tor Vergata Direttore Dipartimento di Medicina) **Attilio Maria Farinon** (Direttore Dipartimento di Chirurgia) **Alessandro Fabrizio Sabato** (Direttore Dipartimento Emergenze e Accettazione, Medicina Critica, Dolore e Scienze Anestesiologiche) **Giovanni Simonetti** (Direttore Dipartimento di Diagnostica per Immagini, Imaging Molecolare, Radioterapia e Radioterapia e Radiologia Interventistica) **Maria Cristina Quattrini** (Direttore Dipartimento Affari Istituzionali Generali e Giuridico-Amministrativi), **Maddalena Galizio** (U.O.C. Direzione infermieristica e Tecnica), **Italo Stroppa** (Responsabile della Unità Operativa Dipartimentale di Endoscopia Digestiva Operativa e d'Urgenza presso il Dipartimento di Medicina), **Laura Molinari** (Collaboratore Amministrativo Professionale Direzione Sanitaria), **Fabiola Raffa** (Assistente Amministrativo Direzione Sanitaria), **Stefano Binda** (Assistente Amministrativo Direzione Sanitaria), **Paolo Furnari** (Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto Unità Operativa Complessa Innovazione, Sviluppo, Pianificazione Strategica e Controllo Direzionale), **Francesca Romana Benedetto** (Collaboratore Amministrativo Professionale Unità Operativa Complessa Innovazione, Sviluppo, Pianificazione Strategica e Controllo Direzionale) **Tiziana Diciommo** (Assistente Amministrativo Unità Operativa Complessa Innovazione, Sviluppo, Pianificazione Strategica e Controllo Direzionale) **Riccardo Dionisi** (Assistente Amministrativo Unità Operativa Semplice Organizzazione del Confort Ospedaliero) **Giuseppe Maiolo** (Collaboratore esperto in materie giuridico-amministrative Direzione Sanitaria Aziendale), **Roberta Bove** (Collaboratore esperto in materie giuridico-amministrative Dipartimento Affari Istituzionali Generali e Giuridico-Amministrativi), **Arnaldo Capobianco** (Collaboratore Dipartimento Affari Istituzionali Generali e Giuridico-Amministrativo).

Un ringraziamento particolare va ad **Enrico Bollero** (Direttore Generale Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata) ed a **Mauro Pirazzoli** (Direttore Amministrativo Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata) che hanno promosso, sostenuto e creduto in questa ricerca sin dall'inizio.

Indice

INTRODUZIONE 7
PRESENTAZIONE DEL PTV 8
OBIETTIVI 13
MATERIALI E METODI 15
1. Il Governo Tecnico-Sanitario nella Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata: applicazione della metodologia della valutazione OPTIGOV 18
La metodologia OPTIGOV 19
2. Il concetto di appropriatezza nei Livelli Essenziali di Assistenza: l'evoluzione e le criticità ... 28
3.1 Promozione del buon uso dei farmaci 32
c) Controllo dell'impiego degli Inibitori di Pompa Protonica-IPP ed adeguamento alle linee guida internazionali 33
3.2 Definizione dei criteri di priorità delle prestazioni chirurgiche in lista per il ricovero ordinario ed individuazione delle prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili 33
a) Criteri di priorità delle prestazioni chirurgiche 33
b) Prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili 37
3.3 Promozione della Day surgery e della chirurgia ambulatoriale 38
RISULTATI 43
3.4 Promozione del buon uso del sangue attraverso il funzionamento del comitato per il buon uso del sangue 45
3.5 Sviluppo di programmi di controllo delle infezioni attraverso il funzionamento del comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere (CIO) 50
Conclusioni 53
4 L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA REGIONE CALABRIA 55
4.1 Promozione del buon uso del sangue 55
4.2 Definizione dei criteri di priorita' delle prestazioni chirurgiche in lista per il ricovero ordinario ed individuale delle prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili 57
4.3 Promozione della Day surgery della chirurgia ambulatoriale 59
4.4 Promozione del buon uso del sangue attraverso il funzionamento del comitato per il buon uso del sangue 60
4.5 Sviluppo di programmi di controllo delle infezioni attraverso il funzionamento del comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere (C.I.O.) 61
4.6 Sintesi della "migliore" azione/pratica individuata che ha prodotto il miglior risultato numerico e/o qualitativo per ogni area strategica 61
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE 62
Bibliografia 63

INTRODUZIONE

In data 26 ottobre 2007 è stato avviato un programma in collaborazione tra il Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - e la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata dal titolo "Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza".

Nel mese di dicembre 2008, di concerto con la Direzione Generale della Programmazione del Ministero, è stata coinvolta nell'iniziativa l'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, che ha adottato, adattandole alla propria realtà, le iniziative scaturite dall'esperienza del PTV. La ragione della scelta è stata quella di rendere fruibili da subito i risultati raggiunti dal PTV in una Azienda che stava seguendo una politica di profondo rinnovamento delle proprie attività e del proprio assetto organizzativo.

PRESENTAZIONE DEL PTV

L'Azienda Ospedaliera Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, sita nel campus universitario dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata, è stata istituita con Decreto Rettorale n. 2247 del 15 ottobre 1998. Con delibera DGR n. 4846 del 21 settembre 1999, la Regione Lazio approvava una dichiarazione di intenti per addivenire ad una gestione mista del Policlinico. In data 8 gennaio 2001 è stata ufficialmente avviata l'attività sanitaria del Policlinico con un primo blocco di attività disciplinari, successivamente integrato con altre attivazioni man mano che venivano consegnate dal cantiere e rese disponibili nove aree ospedaliere. Il 16 febbraio 2005, la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata hanno approvato il Protocollo d'Intesa per la regolamentazione dei rapporti reciproci che individuano il Policlinico quale struttura di eccellenza, finalizzata al completamento ed alla qualificazione dell'offerta assistenziale nell'area della periferia sud di Roma, caratterizzata da un'insufficienza di specialità assistenziali a media ed alta intensità di cura. Elemento di rilevanza istituzionale ed organizzativa scaturito da tale Intesa è stato la costituzione di una "Fondazione" individuata quale modello gestionale innovativo per garantire l'efficace e sinergica integrazione delle attività assistenziali con quelle di didattica e di ricerca.

L'architettura ospedaliera è di nuova concezione. Mira ad accogliere il paziente in modo familiare (colori in armonia, decisi, vivaci che ricordano ambienti di vita quotidiana) con servizi specifici distribuiti sull'intera superficie. Le aree di degenza accoglienti sono caratterizzate da stanze a due letti. Il progetto del Policlinico prevede un DEA di II livello con una dotazione strutturale e tecnologica adeguata a configurarlo come struttura all'avanguardia.

Il poliambulatorio per le visite delle diverse specialità medico-chirurgiche è uno dei punti di forza del PTV e comprende 43 diversi ambulatori che rappresentano quasi tutte le specialità chirurgiche e buona parte di quelle mediche.

Il Policlinico è un ospedale di medie dimensioni (attualmente è dotato di 434 posti letto compresi posti letto in strutture esterne), con alto contenuto tecnologico e di alta specializzazione, in grado di assicurare un percorso assistenziale completo, dalla terapia intensiva alla degenza ad alta intensità di cura (high-care), dalla degenza diurna (Day hospital, Day surgery) alla degenza a bassa intensità di cura (low-care), dalla riabilitazione post-acuzie fino all'assistenza domiciliare integrata attraverso rapporti con il medico di famiglia e con le altre Strutture sanitarie e sociosanitarie del territorio.

L'Ospedale non è ancora completato e prevede, a regime, un numero di posti letto ordinari per acuti di circa 700 - 800, come emergerà dai futuri accordi con la Regione.

Dal mese di febbraio 2009 è operativa la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata che si propone di gestire il "Policlinico Tor Vergata" in coerenza con le necessità della programmazione sanitaria regionale, tenuto conto dei vincoli di natura finanziaria della Regione, favorendo e promuovendo il miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute e lo sviluppo dell'innovazione tecnologica ed organizzativa nel Policlinico nonché l'integrazione fra ricerca clinica e cura dei malati, nel rispetto dei principi costituzionali in materia.

I Soci della Fondazione si distinguono in fondatori e partecipanti. Sono soci fondatori la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". Le autonomie locali, il privato sociale, i fondi previdenziali ed assistenziali integrativi, le fondazioni bancarie ed altre fondazioni sia esse pubbliche che private e le istituzioni pubbliche possono diventare soci fondatori se nominati dal Consiglio di amministrazione e previo parere favorevole e vincolante della Regione Lazio. Possono ottenere la qualifica di soci partecipanti le persone fisiche o giuridiche, pubbliche o private, e gli enti che, condividendo le finalità della Fondazione, contribuiscono alla vita della medesima ed alla realizzazione dei suoi scopi. Gli organi della Fondazione sono: il Presidente della Fondazione, il Consiglio di amministrazione, il Direttore Generale ed il Collegio dei revisori dei conti. Organismi di supporto alla Fondazione sono il Comitato scientifico ed il Collegio dei Probiviri. Di seguito si riportano alcune schede riassuntive dello scenario territoriale di riferimento nel quale opera il PTV e i dati delle attività assistenziali svolte all'interno della struttura, con particolare riferimento alla progressione avvenuta negli anni. La descrizione dello scenario territoriale risulta di grande importanza quando si affronta il tema dell'appropriatezza dei ricoveri in quanto l'eventuale carenza di servizi distrettuali è in grado di incidere significativamente sulla utilizzazione dei servizi ospedalieri da parte degli utenti. Infatti le carenze di assistenza domiciliare integrata, RSA, lungadegenza post-acuzie, possono determinare un maggiore ricorso all'assistenza ospedaliera con aumenti del tasso di ospedalizzazione.

LO SCENARIO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO

Il PTV insiste sul territorio della ASL RMB e quindi sui Municipi V, VII, VIII, e X. In particolare quello più vicino è il Municipio VIII, il "Municipio delle Torri", che comprende le borgate di Torre Maura, Torrenova, Torre Gaia, Torre Angela, Lunghezza, Borghesiana, San Vittorino, Don Bosco (parte), Torre Spaccata e Acqua Vergine che si estendono a sud-est di Roma (per lo più oltre il Grande Raccordo Anulare), Tor Vergata, Borgata Finocchio, Corcolle, Castelverde, Tor Bella Monaca. Il Municipio VIII, nel 2003, contava 203.262 abitanti, risultando in assoluto quello più

popoloso di Roma (vi risiede il 7,23% della popolazione cittadina). Sulla base di dati del Censimento Istat della popolazione del 2001 (ultimo disponibile), esso è caratterizzato da una densità abitativa relativamente bassa pari a 17,5, ma con un indice di affollamento di poco superiore alla media romana.

Secondo i dati dell'ufficio statistico del Comune di Roma, al 31 dicembre 2007, la popolazione residente è ora pari a 214.396 unità. Il numero degli immigrati è salito dalle 1.595 unità nel 1991 a 10.287 unità nel 2002. Nel 2004, gli stranieri residenti in quest'area erano 15.371 con un incremento rispetto all'anno precedente di 28,9 punti percentuali, il più alto dell'intero Comune di Roma - e rappresentavano il 6,9% del totale degli immigrati della capitale ed il 7,4% della popolazione residente nel Municipio. Al 31 dicembre 2007, gli stranieri residenti nel municipio sono diventati 21.240 (terzo municipio con il maggior numero di popolazione straniera iscritta rispetto al I e al XXesimo). Il Municipio VIII vanta un altro primato sicuramente poco confortante: dalla ricerca effettuata dal Censis per conto della Regione Lazio (La povertà nel Lazio, 2002) risulta essere quello con il più alto indice di disagio socio-economico (indice di disagio socio-economico pari a 73,6 su 100). Secondo il Rapporto, nel Municipio la mappa del disagio sociale vede sostanzialmente rappresentate tutte le principali tipologie di disagio. Il territorio è caratterizzato, infatti, da dispersione scolastica, elevato numero di portatori di handicap e di minori in stato di indigenza, tassi elevati di disoccupazione giovanile e femminile e di lavoro nero. La ricerca evidenzia, inoltre, che in questo territorio è presente la più elevata quota di adulti che ha fatto ricorso all'assistenza economica. Altro dato demografico specifico del Municipio è il basso indice di vecchiaia (il minore in assoluto) pari all'82,4% a fronte di un indice medio per Roma del 149,2%. Il Municipio è, infatti, il più "giovane" di Roma con il 18,3% della popolazione composta da giovani fino a 14 anni. Nonostante questo, il Municipio ha 31.779 persone di età superiore a 65 anni (14,2% del totale della popolazione 214.396) di cui 13.438 di età superiore a 75 anni (6,2% del totale della popolazione). Purtroppo, il numero dei disabili anziani della ASL RM B (non sono disponibili dati sui disabili di età più giovane), è di 21.861 persone (rilevazioni ASP), di cui 12.811 donne; tale valore rappresenta il 17,8% della popolazione residente nella ASL RM B, pari a 638.061 persone.

PRINCIPALI DATI RIFERITI ALLA STRUTTURA

(Dati aggiornati al 31 dicembre 2008)

Tipo di struttura: Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Dipartimenti:
- Chirurgia
- Medicina
- Medicina critica e delle scienze anestesiologiche
- Neuroscienze
- Diagnostica per immagini, Imaging molecolare, Radioterapia, Radiologia interventistica
- Medicina di laboratorio

Aree funzionali:
- Area Funzionale Omogenea di Anatomia ed Istologia patologica
- Area Funzionale di Odontoiatria

Dati strutturali:

- Numero di UU.OO.	50
- Posti letto ordinari	337
- Posti letto diurni	78
- Numero ricoveri (ord. >1g)	12.793
- Numero ricoveri diurni	13.809
- Accessi di pronto soccorso	46.527
- Numero di prestazioni ambulatoriali comprensivo di Medicina di Laboratorio (oltre 1.200.000) e Diagnostica per immagini (oltre 140.000)	1.947.712

Numero di risorse:

- Medici	659
- Infermieri ed altro personale sanitario	1.285
- Amministrativi e tecnici	554

Peso medio ricoveri medici	1,011
Peso medio ricoveri chirurgici	2,052

Volumi:
- Valore della produzione in euro: 198.000.000

Tipologia	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*
Ricoveri diurni	335	9.270	10.339	12.385	12.507	12.355	13.098	13.809
Ricoveri ordinari	-	1.717	9.340	10.920	12.755	12.760	13.317	12.080
P.S. (n. accessi remunerabili)	-	5.145	7.874	42.064	48.823	52.789	50.111	46.527
Spec. amb. (n. prest.)	444.539	921.860	1.315.766	1.457.072	1.630.231	1.823.775	1.998.710	1.947.712

Nb: dati aggiornati al 31/12/2008

La scarsa presenza di servizi territoriali adeguati quali l'assistenza domiciliare integrata (1,8% contro il valore del 3,8% medio regionale), la ridotta presenza di posti letto di RSA (360 rispetto ai 1.309 previsti), l'assenza di posti letto di lungodegenza, gli scarsi posti letto di riabilitazione (220 in totale), l'assenza di Hospice (almeno 32 posti letto necessari nonostante la ASL RM B presenti il più elevato numero di decessi per tumore pari a 1.818 persone nel 2006), la mancata attivazione dei presidi di prossimità previsti dalla Legge regionale di riqualificazione della rete ospedaliera recentemente varata (due nella ASL RM B per ognuno dei distretti 1, 3 e 4) spiegano l'elevato tasso di occupazione dei posti letto della RM B che è il più alto del Lazio (344) contro la media regionale di 311. Un altro indicatore interessante è offerto dal tasso dei ricoveri ripetuti: l'ospedalizzazione potenzialmente evitabile nel Lazio è alta, 3 ricoveri su 100 sono evitabili e la percentuale aumenta tra gli over 65 con 11 ricoveri ripetuti su 100. Il ricorso al ricovero ripetuto suggerisce il fallimento degli obiettivi dell'attività di prevenzione primaria e secondaria e della medicina territoriale. La ASL RM B presenta valori per gli over 65 tra i più alti (11.50) rispetto al 10.45 della media regionale. Tra i fattori responsabili del fenomeno è il livello di istruzione che rappresenta forse più di ogni altra dimensione sociale, le maggiori opportunità e capacità di utilizzare in maniera efficace l'assistenza primaria e la medicina preventiva da parte di un individuo. Nonostante questi valori regionali, il tasso dei ricoveri ripetuti dal 2002 al 2006 è sceso dal 15 al 6.91% presso il PTV. A questi aspetti si aggiunge il problema dei posti letto per acuti (ordinari e diurni) che, nella ASL RMB sono pari a 1.381 (2,16 per mille abitanti) e che potrebbero essere aumentati, come previsto nel documento di "Riqualificazione della rete ospedaliera e potenziamento dell'offerta territoriale nella regione Lazio" del 10 ottobre 2008, di 100 unità presso il PTV per le esigenze del DEA di II livello, passando a 1.481 posti letto (2,32 per mille). Si tratta di un valore ancora molto basso che se portato ai valori medi di 3,5 posti letto per mille abitanti determinerebbe la necessità di disporre di 2.250 posti letto. Tale situazione è al centro degli incontri tra rappresentanti dell'Ateneo e della Regione per la definizione del nuovo atto d'intesa Regione-Università nel quale il numero di posti letto sarà certamente riconsiderato in aumento. In sintesi, i residenti presso la ASL RM B tendono ad utilizzare maggiormente l'ospedale quale risorsa immediata ai loro bisogni: la carenza di servizi territoriali spinge la popolazione più debole a farvi maggiormente ricorso e spesso si tratta di pazienti che con difficoltà possono essere assistiti a domicilio una volta dimessi dall'ospedale.

OBIETTIVI

Ai fini dello sviluppo dello studio, sono stati individuati i seguenti obiettivi specifici:

a) definizione del concetto di appropriatezza reale ovvero quella perseguibile, gestibile e monitorabile nell'ambito di sistemi/Strutture sanitarie nel più generale concetto dei livelli essenziali di assistenza;

b) definizione di programmi/aree di intervento per il perseguimento dell'appropriatezza nelle sue due espressioni, clinica ed organizzativa;

c) definizione di modelli di gestione finalizzati al perseguimento dell'appropriatezza:

- definizione di sistemi di monitoraggio,
- valutazione della appropriatezza anche nell'ottica del miglioramento continuo;

d) definizione di modelli e strumenti di valutazione degli elementi del governo tecnico-sanitario maggiormente connessi al concetto di appropriatezza ovvero:

- l'Evidence Based Medicine;
- l'Accountability;
- il Clinical Audit;
- la Misurazione della performance clinica;
- il Risk management;
- il Technology assessment.

Per contribuire alla implementazione dell'appropriatezza in un'ottica calata nella realtà e non teorica, in considerazione della durata dello studio (12 mesi), sono state individuate aree strategiche di intervento ritenute di particolare interesse dal PTV, e cioè:

a) La promozione del buon uso dei farmaci;

b) La definizione dei criteri di priorità delle prestazioni chirurgiche in lista per il ricovero ordinario e individuazione delle prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili;

c) Il trasferimento di un maggior numero di interventi chirurgici e procedure interventistiche invasive e seminvasive dal regime di ricovero ordinario a quello diurno e ambulatoriale (Promozione della Day surgery e della Chirurgia ambulatoriale)

d) La promozione del buon uso del sangue attraverso il funzionamento del Comitato per il Buon Uso del Sangue (CBUS).

e) Lo sviluppo di programmi di controllo delle infezioni ospedaliere attraverso il funzionamento del Comitato per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO).

La scelta è stata condivisa con i referenti del Ministero sulla base di quelle che, ad oggi, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, sono aree che presentano criticità, e cioè:

- La spesa farmaceutica;
- Le liste di attesa, con particolare riferimento alle prestazioni in regime di ricovero ordinario, per le quali indicare le priorità di intervento;
- La promozione di modelli organizzativi alternativi al ricovero ordinario (Day surgery, chirurgia ambulatoriale, day service, etc.);
- Il rilancio di organismi aziendali cui spettano compiti fondamentali nei settori dell'appropriatezza (come, ad esempio, il Comitato del Buon Uso del Sangue - CBUS ed il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere - CIO).

MATERIALI E METODI

Per la conduzione dell'accordo di collaborazione sono stati nominati due referenti, il Dr. A. Ghirardini, Direttore dell'Ufficio III "Qualità delle attività e dei servizi della Direzione generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli essenziali di assistenza e dei Principi etici di sistema" per il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (di seguito il Ministero) e la Prof.ssa I. Mastrobuono,Direttore Sanitario Aziendale, per il PTV, unitamente a due gruppi di lavoro, il primo, affidato ad esperti del Ministero, per il monitoraggio esterno del accordo di collaborazione ed il secondo per il coordinamento delle attività interne al PTV. È stato inoltre individuato l'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore quale Ente esterno per la elaborazione di parte dei dati e soprattutto per la elaborazione delle informazioni scaturenti dall'applicazione di una metodologia innovativa denominata OPTIGOV (Optimizing Health care Governance) per la valutazione del governo tecnico-sanitario dell'Azienda (cosiddetto Governo clinico), con particolare riferimento alle seguenti aree:

- Clinical Audit;
- Evidence Based Medicine;
- Valutazione e miglioramento delle attività cliniche;
- Risk management.

L'accordo di programma è stato realizzato "sul campo" ed ha permesso di avviare importanti trasformazioni di tipo culturale ed organizzativo che si sono tradotte, in molti casi, in razionalizzazione e contenimento della spesa. In sintonia con i referenti del Ministero, si è deciso un approccio "pragmatico" alla questione, definendo le aree strategiche ed avviando le iniziative conseguenti con rapidità, "aggiustando sul campo" eventuali distorsioni e risolvendo problemi, convinti che l'appropriatezza sia il risultato di una intensa operazione di miglioramento continuo della qualità del lavoro di tutte le figure professionali presenti in una azienda. Lo scopo è stato quello di sviluppare l'accordo di programma per avviare comportamenti virtuosi all'interno del PTV, premiando le iniziative più significative con l'obiettivo fondamentale di renderle stabili nel tempo, anche attraverso l'inserimento delle stesse nella trattativa di budget che è stata avviata dalla Fondazione per la prima volta nel mese di febbraio 2009. Essa ha iniziato ad operare, con il rinnovato Consiglio di amministrazione, il 18 febbraio 2009, ed ha adottato l'Atto di organizzazione e funzionamento della Fondazione medesima il 1° agosto 2008. La metodologia utilizzata per la ricerca è consistita essenzialmente nella promozione di gruppi di lavoro e di riunioni periodiche

dipartimentali e di singole unità operative con, in particolare, lo sviluppo delle tecniche di audit clinico. In tale contesto, dunque, sono state inserite le aree strategiche della ricerca quali:

- la promozione del buon uso dei farmaci;
- la definizione dei criteri di priorità delle prestazioni chirurgiche in lista per il ricovero ordinario ed individuazione delle prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili;
- il trasferimento di un maggior numero di interventi chirurgici e procedure interventistiche invasive e seminvasive dal regime di ricovero ordinario a quello diurno ed ambulatoriale(promozione della Day surgery e della chirurgia ambulatoriale);
- la promozione del buon uso del sangue attraverso il funzionamento del Comitato del Buon Uso del Sangue (CBUS);
- lo sviluppo di programmi di controllo delle infezioni ospedaliere attraverso il funzionamento del Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO).

Si riportano nelle tabelle da 1 a 5 le attività e i relativi indicatori delle aree strategiche individuate.

TABELLA 1 - PROMOZIONE DEL BUON USO DEI FARMACI

Attività	*Indicatori*
Monitoraggio uso albumina	- N. sacche di albumina consumate 2007 *vs.* 2008 - Sono presenti procedure per l'utilizzo di albumina (rispetto note AIFA)
Uso peri-operatorio di antibiotici a scopo profilattico	- Sono presenti linea guida sull'utilizzo degli antibiotici
Uso degli inibitori della pompa protonica	- Consumo degli inibitori della pompa protonica 2007 *vs.* 2008 - Percentuale di adesione al prontuario terapeutico aziendale superiore al 90%

TABELLA 2 - DEFINIZIONE DEI CRITERI DI PRIORITÀ DELLE PRESTAZIONI CHIRURGICHE IN LISTA PER RICOVERO ORDINARIO E INDIVIDUAZIONE DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE NEI SOGGETTI VULNERABILI

Attività	*Indicatori*
Definizione dei criteri di priorità delle prestazioni chirurgiche in lista per ricovero ordinario	- Individuazione delle classi di priorità per singola disciplina (chirurgia generale, ortopedia, oculistica, ginecologia) per le patologie individuate. - Emanazione di un atto di organizzazione e funzionamento della Fondazione.
Definizione delle prestazioni odontoiatriche per soggetti vulnerabili	- Individuazione delle prestazioni. - Emanazione delibera aziendale e regolamento.

TABELLA 3 - PROMOZIONE DELLA DAY SURGERY E DELLA CHIRURGIA AMBULATORIALE

Attività	*Indicatori*
Mantenere l'efficienza operativa delle strutture e l'appropriatezza nell'uso	- Indice di trasferimento (ricoveri effettuati in D.S./pazienti in lista di attesa). - Indice di copertura (ricoveri effettuati in D.S./ricoveri totali con DRG chirurgico).
Trasferire in one-day surgery attività attualmente condotte in ricovero ordinario	DRG trasferiti da R.O. a D.S. x 100/DRG complessivamente gestiti in D.S.
Favorire la promozione delle attività del D.S. coinvolgendo i MMG/PLS	Numero riunioni con i rappresentanti della FIMMG/SIP
Migliorare l'interazione tra il personale medico ed infermieristico	- Grado di soddisfazione dei chirurghi di specialità e del personale infermieristico (questionario ad hoc). - Risultati del rischio

TABELLA 4 - PROMOZIONE DEL BUON USO DEL SANGUE ATTRAVERSO IL FUNZIONAMENTO DEL COMITATO BUON USO DEL SANGUE (CBUS)

Attività	*Indicatori*
Promozione buon uso del sangue	- Presenza di un atto aziendale di istituzione del CBUS. - Rapporto annuale sulle riunioni ed attività svolte: n. riunioni annuali. - N. dei diversi emocomponenti trasfusi per reparto ogni mese (verifica della corretta attività trasfusionale presso i reparti).

TABELLA 5 - SVILUPPO DI PROGRAMMI DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALLA PRATICA ASSISTENZIALE ATTRAVERSO IL FUNZIONAMENTO DEL COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE (CIO)

Attività	*Indicatori*
Sviluppo di programmi di controllo delle infezioni ospedaliere	- Presenza di un atto aziendale di istituzione del CIO. - Presenza di un rapporto annuale sulle riunioni ed attività svolte. - Sono stati eseguiti studi di prevalenza. - Sono stati eseguiti studi di incidenza in chirurgia e terapia intensiva.

1. Il Governo Tecnico-Sanitario nella Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata: applicazione della metodologia della valutazione OPTIGOV

Lo studio dei principali aspetti legati al governo tecnico sanitario (governo clinico dell'azienda) nell'ambito della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata è stato condotto attraverso l'utilizzazione della metodologia OPTIGOV (Optimizing Health Care Governance - Metodologia di valutazione del Governo Clinico). Si è deciso, di concerto con l'Istituto d'Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, di effettuare tale indagine a seguito della necessità di conoscere più in dettaglio lo stato di alcune aree strategiche del governo clinico per avviare progetti di miglioramento all'interno delle stesse, allo scopo sempre di promuovere l'appropriatezza clinica ed organizzativa. Di seguito si riporta una sintesi del documento in oggetto, al quale si rimanda per un ulteriore approfondimento, e delle modalità di sviluppo dell'indagine, i cui risultati sostanzialmente hanno permesso di individuare le aree dell'audit clinico e del Risk management come quelle più critiche nelle qualisviluppare nel futuro una intensa opera di promozione, anche di tipo culturale. Le aree indagate sono state le seguenti:

- Evidence Based Medicine;
- Accountability;
- Clinical Audit;
- Misurazione della performance clinica;
- Valutazione e miglioramento delle attività cliniche;
- HTA;
- Sistema di qualità;
- Risk management;
- Informazione e partecipazione del cittadino/paziente.

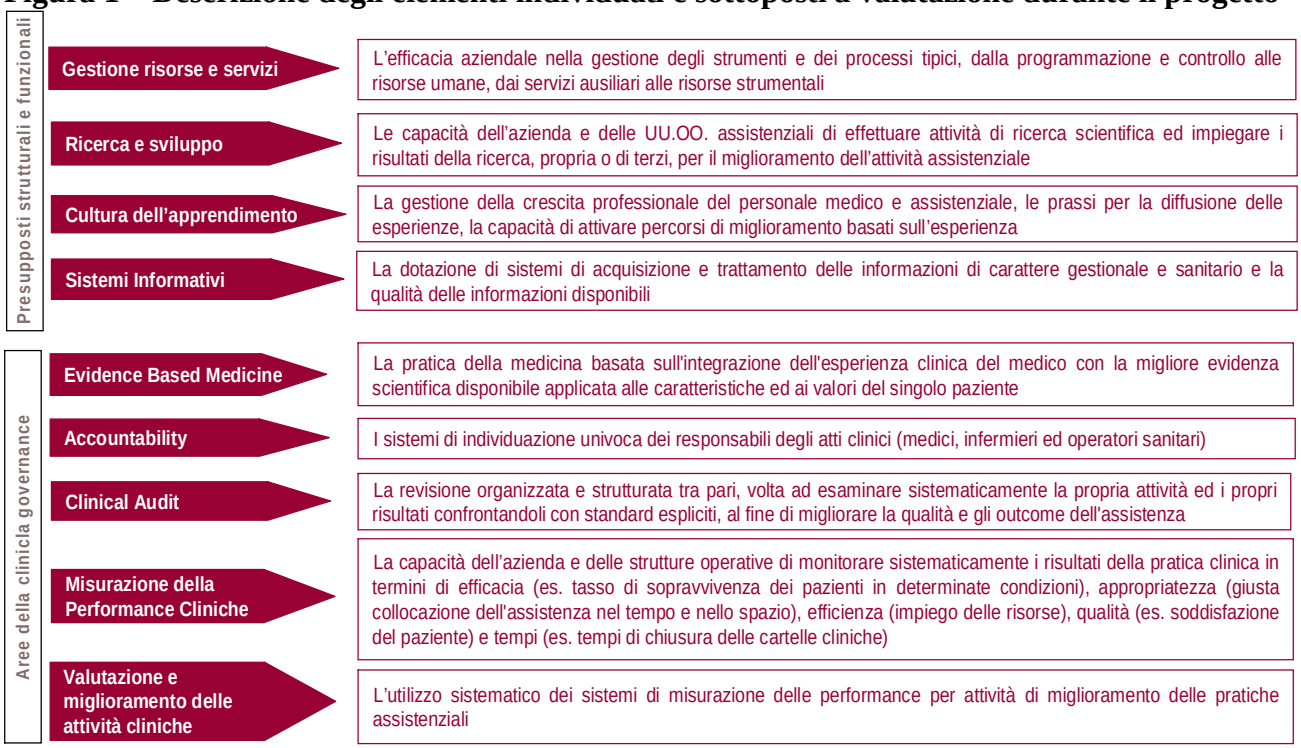
I risultati sono stati utilizzati per introdurre azioni specifiche nel contesto del processo di budget avviato per la prima volta nel 2009 dalla creazione della Fondazione PTV per tutte le Unità Operative. La Clinical Governance introduce alcun importanti cambiamenti nella cultura dell'organizzazione sanitaria, spingendo la direzione delle aziende sanitarie ad assumere un ruolo attivo nella promozione, implementazione e coordinamento di strumenti e processi per il governo dell'azione clinica sul paziente. La direzione aziendale della Fondazione PTV si è in tal senso impegnata per promuovere l'adozione di un modo diverso di lavorare di tutti gli operatori, dimostrando che la leadership, il lavoro di gruppo, la comunicazione, la formazione, la responsabilizzazione professionale, la ricerca continua e la corretta elaborazione dei dati sono

indispensabili per il raggiungimento dei più alti livelli di qualità, di adeguata gestione del rischio, di utilizzo pianificato e controllato delle tecnologie e di costante rilevazione della soddisfazione dell'utente. La "governance", come la definiva Stoker nel 1998, è infatti il risultato dell'interazione ed integrazione di una molteplicità di attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente.
È in questo senso che va ricondotto l'intervento progettuale realizzato dall'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e da Eurogroup ConsultinG Italia, in collaborazione con la Direzione Sanitaria della Fondazione Policlinico di Tor Vergata. L'implementazione della metodologia OPTIGOV, parte centrale del progetto realizzato, è stata altresì funzionale alla rilevazione del livello di implementazione di tutti i principali elementi concorrenti ad un governo clinico efficace delle attività sanitarie del Policlinico.

La metodologia OPTIGOV

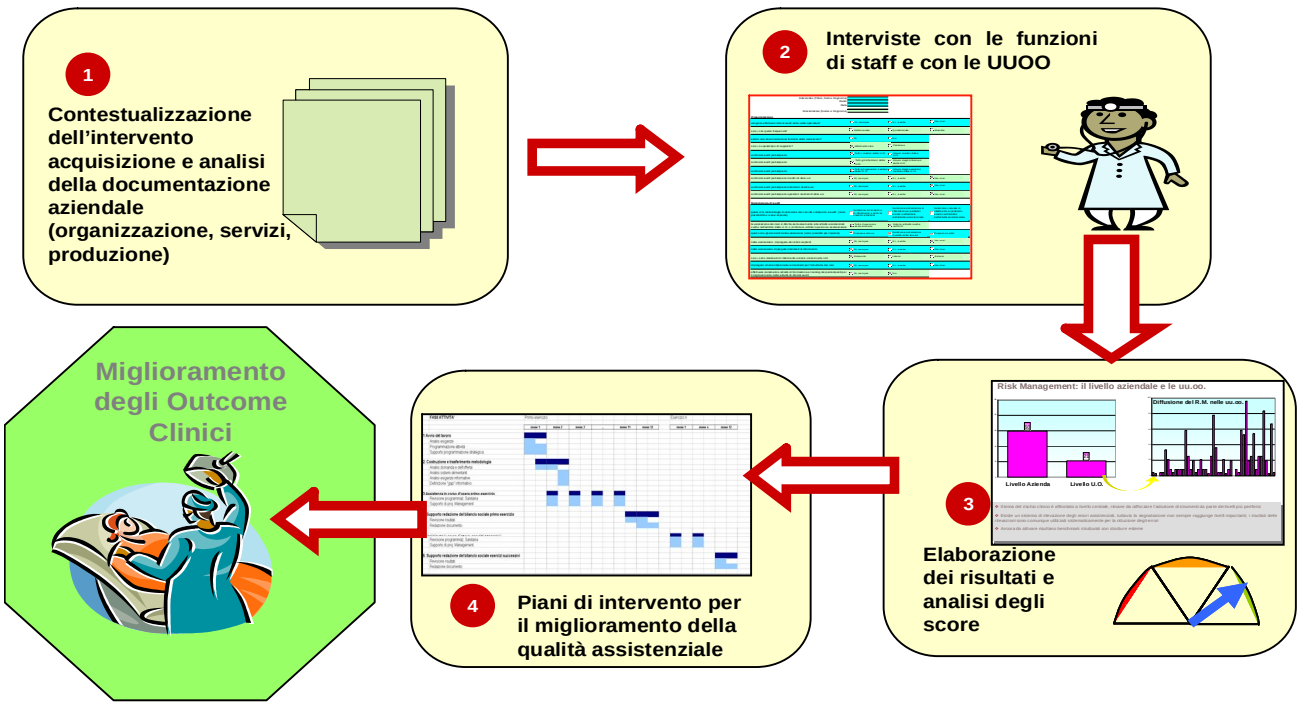
Gli elementi essenziali di supporto ad un management sanitario basato sui principi della Clinical Governance sono: la cultura dell'apprendimento, la ricerca e sviluppo, l'attendibilità dei dati e la gestione dei servizi e delle risorse. Le aree della Clinical Governance sono invece rappresentate dalla medicina basata sulle prove di efficacia, accountability, Clinical Audit, misurazione della performance clinica, health technology assessment, sistemi di qualità, Risk management e coinvolgimento delle persone assistite (figura 1).

Figura 1 – Descrizione degli elementi individuati e sottoposti a valutazione durante il progetto



L'implementazione della metodologia OptiGov ha consentito l'individuazione dei diversi strumenti/elementi della Clinical Governance sopra sintetizzati; per ciascuno di essi è stata erogata una scheda di rilevazione (4 relative ai presupposti strutturali e funzionali e 9 relative alle aree della Clinical Governance) per un totale di circa 180 aspetti specifici da rilevare; l'analisi è stata realizzata con un approccio strutturato e sistematico condotto sia a livello di azienda sia di Unità Operativa e coadiuvata da un sistema di ponderazione articolato in funzione della tipologia di area di analisi e del singolo aspetto specifico da rilevare. I principali attori del Policlinico PTV coinvolti nel processo di rilevazione sono stati i responsabili delle Unità Operative Complesse assistenziali e di diverse Unità Operative in staff alla direzione aziendale. La valutazione dei singoli elementi della Clinical Governance è stata espressa sulla base di un punteggio globale (valore massimo = 100), formato dai punteggi parziali opportunamente considerati e ponderati. Tutte le rilevazioni sono state effettuate attraverso uno strumento di rilevazione (questionario) erogato in forma diretta da un team composto da professionisti medici ed esperti di economia e gestione delle aziende sanitarie. Alla risposta fornita dai professionisti del PTV è associata una verifica effettuata sulla relativa documentazione prodotta e/o verifiche incrociate con la direzione. Il processo valutativo ha quindi identificato, per ciascuna area di analisi, il livello di implementazione ed il grado di adeguatezza evidenziandone gli aspetti critici sia a livello aziendale che a livello delle unità operative. La figura 2 illustra l'azione avviata presso il PTV per governare il livello di implementazione degli strumenti della Clinical Governance attraverso 4 passaggi chiave.

Figura 2 – Sintesi del percorso e della filosofia progettuale



Il fine ultimo è quindi l'avvio strutturato di un processo di miglioramento da avviare sulla base della valutazione dettagliata e specifica conseguita con il progetto realizzato e con il supporto del piano dei miglioramenti elaborato per le azioni da intraprendere nel breve e nel medio periodo. Le indicazioni strategiche per il miglioramento, come fase ultima di progetto, sono state così sviluppate:

a) definizione delle priorità di intervento:

- individuazione e valutazione dei punti di forza e di debolezza che caratterizzano il PTV e le sue unità operative, con riferimento all'implementazione degli strumenti di Clinical Governance;
- sintesi delle criticità riscontrate secondo la duplice logica "livello di criticità" - "livello di impatto sulla qualità dell'assistenza".

Lo scopo di questa elaborazione è l'individuazione delle aree critiche sulle quali effettuare interventi in via prioritaria;

b) piano degli interventi di miglioramento comprensivo di un elenco degli interventi organizzativi, formativi, strumentali e concernenti un intervento sui sistemi informativi. Le tabelle 6, 7 e 8 sono riassuntive della attività di rilevazione realizzate, delle unità operative assistenziali e unità operative/servizi di funzione aziendale coinvolti.

Tabella 6 – Attività di rilevazione realizzate

	Interviste realizzate Medici	Interviste realizzate Infermieri	Tecnici Sanitari partecipanti
Dipartimento di Medicina	11	2 (4 coordinatori partecipanti)	1
Dipartimento di Chirurgia	7	1 (2 coordinatori partecipanti)	0
Dipartimento di Neuroscienze	3	1 (2 coordinatori partecipanti)	1
Dipartimento di Laboratorio	2	1 (1 coordinatori partecipanti)	3
Dipartimento di Diagnostica per Immagini	2	1 (1 coordinatori partecipanti)	3
Dipartimento di Medicina Critica e del Dolore	2	1 (1 coordinatori partecipanti)	0
Area Funzionale di Odontoiatria	1	1 (1 coordinatori partecipanti)	0
Area Funzionale di Anatomia ed istologia Patologica	0	1 (1 coordinatori partecipanti)	0
TOTALE	28	9	6
TOTALE RILEVAZIONI EFFETTUATE PRESSO LE UU.OO. ASSISTENZIALI	37		

Tabella 7 – le unità operative coinvolte

Dipartimento di Medicina	U.O.C. Dermatologia
	U.O.C. Ematologia
	U.O.C. Ematologia e Trapianti cellule staminali
	U.O.C. Gastroenterologia
	U.O.C. Immunologia
	U.O.C. Malattie dell'apparato respiratorio
	U.O.C. Malattie infettive
	U.O.C. Medicina Interna II
	U.O.C. Medicina Reumatologica
	U.O.C. Medicina Riabilitativa
	U.O.C. Oncoematologia
Dipartimento di Chirurgia	U.O.C. Cardiochirurgia
	U.O.C. Chirurgia generale 1
	U.O.C. Chirurgia generale 2
	U.O.C. Ginecologia
	U.O.C. Oftalmologia
	U.O.C. Otorinolaringoiatria
	U.O.C. Chirurgia generale d'urgenza/trapianti
Dipartimento di Neuroscienze	U.O.C. Neurofisiopatologia
	U.O.C. Neuropsichiatria infantile
	U.O.C. Stroke Unit
Dipartimento di Laboratorio	U.O.C. Laboratorio emergenze
	U.O.C. Microbiologia
Dipartimento di Diagnostica per Immagini	U.O.C. Neuroradiologia
	U.O.C. Radioterapia
Dipartimento di Medicina critica e del dolore e delle scienze anestesiologiche	U.O.C. Anestesia e Rianimazione
	U.O.C. Medicina d'urgenza
Area Funzionale di Odontoiatria	U.O.C. Odontoiatria
Totale U.O.C. coinvolte	**28**

Tabella 8 – le funzioni aziendali coinvolte

Direzione Sanitaria Aziendale Direzione Sanitaria di Presidio
Direzione Infermieristica Tecnica Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali Innovazione, Sviluppo, Pianificazione Strategica e Controllo Direzionale
Ufficio Qualità U.O.S. Flussi Informativi Ospedalieri Servizio Informatico Farmacia Ospedaliera Servizio di Ingegneria Medica
Segreteria per le attività di formazione ECM Segreteria del Comitato Etico Organizzazione Comfort Ospedaliero

Le interviste di rilevazione presso alle funzioni aziendali (15) sommate a quelle realizzate per le unità operative assistenziali (28) ed a quelle riferite alle funzioni infermieristiche (9) hanno prodotto un totale di 52 interviste realizzate nel corso del progetto per un numero complessivo di circa 70 professionisti operanti presso la Fondazione Policlinico PTV coinvolti (comprensivo del numero totale di infermieri e tecnici delle professioni sanitarie che hanno partecipato alla fase di rilevazione e del numero totale di altri partecipanti alle attività di progetto). Le attività di progetto sono state

concluse in data 23 giugno 2009. In data medesima, sono stati presentati i relativi risultati finali. Quanto sinora descritto, oltre al sopraccitato

piano degli interventi, documenta il contesto generale e specifico analizzato nonché i punteggi conseguiti dal PTV. I punteggi sono rappresentati per livello azienda e per livello dipartimentale ed accompagnati da opportuni commenti critici ed esplicativi dei principali fattori contribuenti la loro assegnazione. In particolare:

- per il livello complessivo dell'azienda, con evidenziazione degli esiti conseguiti a livello generale e per ognuna delle aree della Clinical Governance;
- per area della Clinical Governance, con comparazione trasversale tra tutte le unità operative dell'azienda;
- a livello di Dipartimento/Unità Operativa, con evidenziazione delle aree rilevate nell'ambito dell'analisi (6 delle 9 aree della Clinical Governance).

GENERALITÀ SUI PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA EMERSI DALLE RILEVAZIONI

Punti di forza

a) tendenza ad adottare modelli organizzativi innovativi e spesso alternativi a quelli tradizionali (chirurgia ambulatoriale vs Day surgery; Day surgery vs ricovero ordinario; sviluppo di attività ambulatoriale avanzata);

b) presenza di un sistema di qualità aziendale che, una volta certificato e validato nella sua totalità, rappresenterà un supporto per la completa diffusione degli approcci di lavoro basati su procedure e modalità organizzate e strutturate;

c) concezione avanzata del governo di alcuni spazi assistenziali (accoglienza, poliambulatori, Day surgery) e dei criteri di accesso ai servizi sanitari;

d) attitudine a fornire informazioni al paziente sulle attività di cura e per la gestione dell'iter post ricovero, con particolare riferimento al personale infermieristico;

e) cultura e diffusione della "Evidence Based Medicine" (EBM) in quasi tutte le attività assistenziali;

f) orientamento alla responsabilizzazione sull'operato e alla tracciabilità degli atti medici anche con l'ausilio di interessanti sistemi di supporto;

g) attitudine alla valutazione di outcome clinici, seppure in funzione della produzione scientifica;

h) attitudine alle interazioni professionali di valore verso l'ambiente esterno e verso i siti di cura territoriali, altresì funzionali a supportare la continuità assistenziale dei pazienti;

i) avvio delle procedure per la valutazione del rischio clinico e costruzione di un sistema di garanzia su base aziendale innovativo.

Punti di debolezza

a) carenza nella propensione al lavoro in team ed alla cultura del confronto tra pari e delle interazioni professionali con particolare riferimento a quelle tra le diverse categorie (medici vs infermieri e vs tecnici);

b) scarso sviluppo della rete di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, sui quali basare l'organizzazione di reparto, la gestione dei rischi, la misurazione delle performance ed il confronto con standard esterni, anche per la difficoltà di alcuni dipartimenti ed unità operative a contribuire alla loro realizzazione;

c) assenza di un sistema aziendale di indicatori di processo e di esito per la valutazione delle attività cliniche (ad eccezione dei dati di produzione e casistica) con conseguente compromissione delle attività di valutazione delle attività cliniche, ad eccezione di quelle finalizzate alle pubblicazioni scientifiche;

d) scarso ricorso alla pratica del Clinical Audit per il raggiungimento del miglioramento della pratica clinica attraverso la revisione sistematica tra pari;

e) sistemi informativi solo limitatamente orientati a supporto dell'assistenza sanitaria (es. programmazione sanitaria, tracciabilità degli atti clinici, gestione farmaci, raccolta/gestione del dato clinico) con prevalenza di un approccio di tipo amministrativo;

f) insufficiente diffusione a livello dipartimentale delle iniziative di rischio clinico.

Figura 3 – le grandi linee di intervento

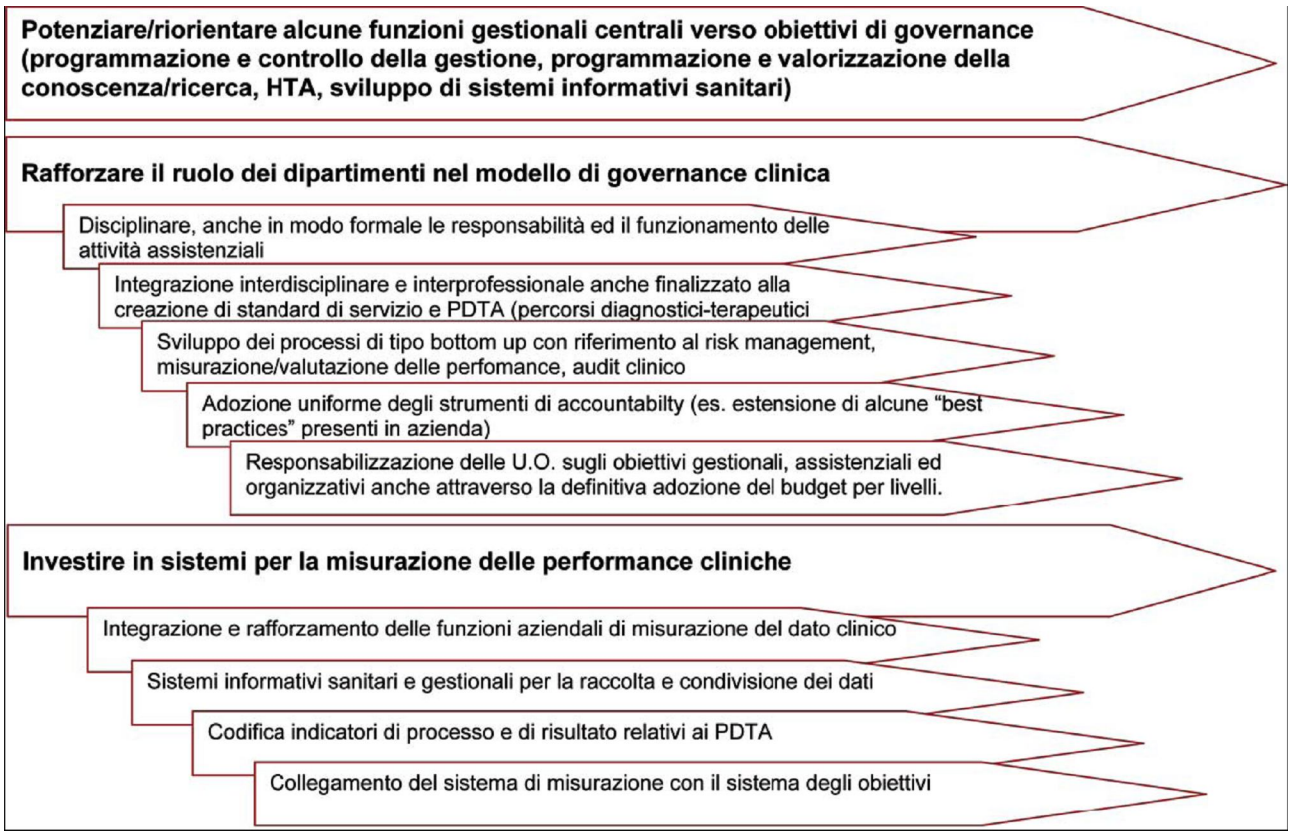


Figura 4 – i principali riferimenti

N.	*Intervento*	*Tipo di intervento*	*Priorità di intervento*	*Aree della clinical governance impattate*
1	• Strutturazione ed implementazione del sistema di budgeting a supporto della programmazione. • Completamento del ciclo della programmazione e controllo promuovendo una maggiore integrazione tra l'attività gestionale in senso stretto e quella assistenziale. • Sviluppo di attività formative per il personale medico per adeguare le competenze manageriali rispetto al ruolo ricoperto. • Integrazione valutazione del personale medico all'interno dei processi di controllo.	S I O		Gestione risorse e servizi
2	• Perfezionamento del sistema di tracciabilità delle attrezzature sanitarie con particolare riferimento a quelle soggette a maggiore mobilità intra-aziendale. • Introduzione di un sistema di indicatori per la valutazione dei servizi ausiliari a supporto della gestione dei fornitori esterni.	O S		Gestione risorse e servizi
3	• Identificazione di una funzione referente per la Ricerca e Sviluppo in staff alla Direzione Aziendale per: – censire e raccordare le informazioni sulle attività di ricerca in corso, le risorse disponibili e quelle da programmare; – avviare relazioni (con enti/aziende esterne di ricerca) più strutturate e rafforzate da una maggiore massa critica di negoziazione; – programmare attività specifiche volte alla valorizzazione dei risultati della ricerca.	O S		Ricerca e sviluppo
4	• Identificazione di una funzione per il governo e la razionalizzazione delle relazioni esterne e dei progetti istituzionali al fine di valorizzarne e diffonderne capillarmente i risultati (es. relazioni con le istituzioni sanitarie, benchmarking, ecc.)	O F		Cultura dell'apprendimento
5	• Assessment sui sistemi informativi, sia sanitari che gestionali, individuando possibili aree di integrazione e strumenti di condivisione delle informazioni. Avvio della pianificazione dello sviluppo dei sistemi per l'estensione alle aree da completare (cartella clinica)	I		Sistemi informativi, a servizio di tutte le aree della clinical governance
6	• Avvio di processi finalizzati alla creazione dei PDTA condivisi tra le varie UU.OO. e governati dalla direzione sanitaria. • Coinvolgimento del livello dipartimentale nella organizzazione da parte dell'Azienda di Corsi di formazione specifici in materia di EBM ed EBN, per favorire la partecipazione agli stessi da parte delle diverse professioni sanitarie. • Programmazione ed attuazione di workshop periodici improntanti sulla condivisione degli approcci metodologici utilizzati e la discussione dei casi più significativi. • Uniformazione i criteri e gli strumenti di accesso alle informazioni sulla base delle migliori pratiche presenti in azienda.	F O I		EBM, Misurazione e valutazione delle performance, Clinical Risk Management
7	• Uniformare l'approccio all'accountability individuando la migliore pratica di procedura informatica già presente presso le U.O. ed avviando un processo strutturato e governato per la trasferibilità della stessa a tutte le unità operative. • Ulteriore opportunità di sviluppo possono essere conseguite attraverso specifici strumenti (procedure aziendali ad hoc, ordini di servizio intra-dipartimentali) e prevedere un sistema di monitoraggio della loro applicazione (controlli periodici di cartelle cliniche, registri di sala operatoria, ecc.) esplicitandone il collegamento con la valutazione delle performance della U.O.	O I S		Accountability, Sistemi di qualità

Figura 4 – i principali riferimenti (segue)

N.	*Intervento*	*Tipo di intervento*	*Priorità di intervento*	*Aree della clinical governance impattate*
8	• Organizzazione da parte dell'Azienda di corsi di formazione specifici in materia di Clinical Audit, per favorire la partecipazione agli stessi da parte delle diverse professioni sanitarie. • Affiancamento della Direzione Sanitaria ai Dipartimenti per la conduzione di sessioni di Peer Review ed organizzazione di workshop aziendali per il consolidamento della prassi.	F S		Clinical Audit
9	• Integrazione e rafforzamento delle funzioni che oggi svolgono l'attività di misurazione e valutazione delle performance. • Strutturazione di un sistema di indicatori clinici finalizzato alla valutazione e al miglioramento delle attività cliniche, articolato e differenziato per tutte le U.O. assistenziali nonché correlato ad un sistema di PDTA. • Implementazione di una procedura per la gestione/elaborazione/comunicazione del dato in collaborazione con i responsabili di struttura complessa (per l'individuazione e la definizione) ed il controllo di gestione, unitamente alla direzione sanitaria-ufficio qualità.	O S I		Misurazione e valutazione delle performance cliniche, Sistemi informativi
10	• Individuazione e formazione di ulteriori risorse professionali da dedicare allo studio ed implementazione di strumenti e procedure per la valutazione delle tecnologie sanitarie. I professionisti individuati andrebbero indirizzati sull'ampliamento delle dimensioni delle valutazioni privilegiando gli aspetti di efficacia, di appropriatezza ed etico/culturali destinati ad integrarsi con gli aspetti tecnici ed economico-legali. • Formalizzazione di una procedura per il collegamento tra gli studi HTA realizzati e/o rilevati con le diverse fasi decisionali sulle tecnologie sanitarie intraprese presso il PTV.	O F S		HTA
11	• Completamento della realizzazione del sistema di qualità già avviato all'interno dell'organizzazione incrementandolo con specifiche procedure che abbiano un impatto sull'assistenza (Es: gestione Milcare, gestione delle richieste per esami diagnostici, sistemi di knowledge management, programmazione strutturata degli internal auditing, individuazione e gestione dei rischi clinici, ecc.).	O I S		Sistemi di qualità
12	• Elaborazione e formalizzazione delle mappature dei rischi aziendali e delle singole U.O., basati su PDTA. • Completamento e diffusione di strumenti specifici per la classificazione, rilevazione, prevenzione e la gestione degli errori e dei near miss. • Sviluppo di attività di benchmarking con strutture comparabili.	O S		Risk Management
13	• Integrazione delle attività svolte, in termini di rilevazione della soddisfazione dei pazienti/utenti, dalla U.O.S. organizzazione comfort ospedaliero e dalla U.O.C. Accoglienza, tutela e partecipazione attraverso l'introduzione di un unico strumento di rilevazione. • Programmazione dell'utilizzo dello stesso in modo sistematico e diffuso. • Sviluppo ed implementazione di procedure e strumenti per governare ed uniformare il processo di comunicazione verso gli assistenziali, in particolar modo sul follow up delle cure.	O S		Informazione e partecipazione del Paziente/Cittadino

Tipo di intervento:
F = Interventi formativi
O = Revisione organizzazione/ruoli o ridefinizione dei processi/attività
S = Introduzione strumenti di nuovi metodi e modelli di lavoro
I = Introduzione di strumenti informatici a supporto dei processi

Priorità di intervento:
Intervento urgente da programmare/effettuare nel breve termine
Intervento relativamente urgente da realizzare dopo aver preparato il contesto

RISULTATI

Lo studio del governo tecnico di cui si è scritto nella metodologia del progetto ha rappresentato la cornice all'interno della quale sono state collocate le aree di interesse prescelte dall'Azienda per la promozione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Le aree sono:

a) la promozione del buon uso dei farmaci;

b) la definizione dei criteri di priorità delle prestazioni chirurgiche in lista per il ricovero ordinario. e individuazione delle prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili;

c) il trasferimento di un maggior numero di interventi chirurgici e procedure interventistiche invasive e seminvasive dal regime di ricovero ordinario a quello diurno e ambulatoriale (promozione della Day surgery e della chirurgia ambulatoriale);

d) la promozione del buon uso del sangue attraverso il funzionamento del Comitato per il Buon Uso del Sangue (CBUS);

e) lo sviluppo di programmi di controllo delle infezioni ospedaliere attraverso il funzionamento del Comitato per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO).

I risultati delle attività svolte nell'ambito delle aree strategiche sopra individuate sono riportati nei seguenti documenti:

- il concetto di appropriatezza nei livelli essenziali di assistenza: l'evoluzione e le criticità (punto 2);
- l'adozione di comportamenti appropriati:

l'esperienza della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata (punto 3);

- l'esperienza dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia Regione Calabria (punto 4).

2. Il concetto di appropriatezza nei Livelli Essenziali di Assistenza: l'evoluzione e le criticità

Nel documento è stato affrontato il tema dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con riferimento in particolare a quello dell'assistenza ospedaliera tracciando il percorso metodologico che ha condotto la Direzione della Fondazione alla scelta delle aree strategiche di intervento, obiettivi della ricerca, ed alla applicazione sul campo, nel contesto dei dipartimenti, delle azioni conseguenti.

Si è partiti dal presupposto fondamentale che è alquanto difficile e complesso individuare analiticamente le prestazioni che deve garantire il SSN. Nel documento approvato dalla *Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*[1],

[1] La Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA è stata istituita ai sensi della legge 15 giugno 2002, n. 112 per le attività di valutazione *in relazione alle risorse definite, dei fattori scientifici, tecnologici ed economici*

consultabile sul sito del Ministero della salute, si cita che: "*la variabilità determinata dall'adozione di specifici criteri ed adeguate metodologie amplia notevolmente il concetto di prestazione erogabile, ed è quanto avviene per le prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero. Molto meno inquadrabili appaiono attualmente le prestazioni sanitarie riferibili a molte attività che ricadono negli attuali livelli di assistenza, in particolare per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, ma anche nell'assistenza distrettuale e nella stessa assistenza ospedaliera per alcuni ambiti particolari. Tutto ciò ha notevoli riflessi, sia nella prospettiva di fissare gli standard qualitativi e quantitativi dei livelli essenziali di assistenza, come per l'esigenza di determinare la remunerazione delle prestazioni su base tariffaria, oppure definendo i costi di specifici programmi assistenziali ai quali il sistema tariffario non è agevolmente applicabile.*"La seconda considerazione che è stata sviluppata nel documento riguarda il concetto di appropriatezza e la sua applicazione pratica. Nel percorrere la storia dell'origine e del significato del termine si è giunti a definire l'appropriatezza clinica ed organizzativa nell'ambito più generale della qualità dell'assistenza sanitaria, intendendo con il termine appropriatezza, quanto proposto a livello internazionale, e cioè **"appropriate health care is care for which the expected benefit exceed the expected negative consequences by a wide enough margin to justify tratments"** (U.S.A. Academy of Health 2004 – Edition).

Il concetto è stato ripreso integralmente in numerosi documenti e norme nazionali e regionali, anche per differenziare la priorità di accesso alle prestazioni e quindi, di fatto, modulando il diritto alle prestazioni, quanto meno in ordine temporale. Si cita a proposito quanto riportato nell'accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 che così si esprime: "*Un elemento importante che deve precedere ed accompagnare la definizione delle priorità è la necessità di attuare iniziative che aumentino il grado di appropriatezza delle prestazioni rese. Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato. Pertanto le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza sono di norma poste nella classe di priorità più bassa*." Se si lega l'appropriatezza al più generale concetto di promozione della qualità dell'assistenza, il cardine è rappresentato dal coinvolgimento della dimensione professionale di quella organizzativo-aziendale e di quella relazionale dell'assistenza (Programma Nazionale per la Qualità, PSN 1998-2000). A tale proposito, il Programma prevede di "*introdurre meccanismi finalizzati a rendere vincolante e generalizzato lo sviluppo delle attività di*

---

relativi alla definizione e all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni in essi contenute. I lavori della Commissione sono iniziati nel luglio 2004 e terminati nel giugno 2007. Il documento della Commissione ha recepito quanto riportato in una relazione a cura del Prof. E.Guzzanti, membro della stessa, presentato in data 30 novembre 2004.

valutazione e formazione della qualità dell'assistenza da parte degli operatori sanitari e delle strutture pubbliche e private accreditate, organizzando all'interno di ciascun servizio modalità sistematiche di revisione ed autovalutazione della pratica clinica ed assistenziale".

Sulla base di queste considerazioni è stato metodologicamente avviato un piano aziendale per la promozione dell'audit clinico, degli incontri dipartimentali e presso le Unità Operative al fine di implementare metodologie di lavoro di gruppo con gli scopi principali di:

- incoraggiare il miglioramento della pratica clinica;
- formare tutti i componenti dello staff clinico;
- aumentare la qualità totale dell'assistenza.

Come è noto "*i corsi di aggiornamento e le lezioni formali avranno sempre un ruolo rilevante ma il modello della learning organization è il proprio luogo di lavoro dove saranno attivati gli strumenti per seguire un vero percorso di apprendimento, fatto di problemi da risolvere, di difficoltà da superare anche sul piano organizzativo e gestionale e di reciproche valutazioni di comportamenti umani e professionali"* (Guzzanti 2000).

In questa ottica e con questi presupposti si è condotta la ricerca in oggetto, dando forza ai gruppi di lavoro aziendali costituiti, promuovendo le forme di incontro a livello dipartimentale e tutti gli strumenti di partecipazione delle diverse figure professionali, consapevoli di quanto importante sia l'affermazione contenuta nel World Health Report del 2000 della Organizzazione mondiale della sanità che sostiene che la funzionalità dei sistemi sanitari dipende, in definitiva, dalla cultura, capacità e motivazioni del personale sanitario che vi lavora.

3. L'adozione di comportamenti appropriati: l'esperienza della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Il documento è incentrato sulle aree strategiche nelle quali sono state condotte le analisi più approfondite e sugli interventi dai quali sono emerse, in alcuni casi rapidamente, importanti razionalizzazioni e contenimenti della spesa.

L'analisi condotta ha permesso di ricavare utili informazioni per la individuazione degli interventi da adottare nelle diverse aree indagate ed accompagnate da un set di indicatori costruiti sulle specifiche necessità dell'Azienda: in altri termini non si è partiti da indicatori "preconfezionati" ma la loro costruzione è nata "sul campo" e serviranno per monitorare le azioni avviate.

La decisione di non applicare indicatori preconfezionati è nata dal convincimento, del gruppo di lavoro della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, che molti di tali indicatori sono stati individuati spesso per tagliare i costi a scapito dei benefici e che la loro applicazione sulle aziende sanitarie ed ospedaliere non possa non tenere conto di tutti quegli elementi organizzativi clinici che caratterizzano i diversi modelli gestionali. Henry Mintzberg (Professore alla McGill University, Quebec Canada) nel 2007 ha sottolineato in particolare questi aspetti nell'ambito più generale dell'aziendalizzazione, sostenendo che: "bisogna partire dalla base per garantire un servizio di qualità: solo chi si trova nella fase di erogazione del servizio è in grado di cogliere aspetti e dettagli in modo da promuovere strategie vincenti, frutto di un processo di apprendimento" (Il Sole- 24-Ore Sanità, 24-30 aprile 2007). Di seguito si riporta un estratto del documento, nel quale sono trattati i principali risultati delle aree investigate ed al quale si rimanda per ulteriori approfondimenti.

La promozione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa nel contesto di una struttura sanitaria di alta specializzazione qual è la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata è avvenuta attraverso l'individuazione delle seguenti aree strategiche:

- la promozione del buon uso dei farmaci;
- la definizione dei criteri di priorità delle prestazioni chirurgiche in lista per il ricovero ordinario ed individuazione delle prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili;
- il trasferimento di un maggior numero di interventi chirurgici e procedure interventistiche invasive e seminvasive dal regime di ricovero ordinario a quello diurno ed ambulatoriale (promozione della Day surgery e della chirurgia ambulatoriale);
- la promozione del buon uso del sangue
attraverso il funzionamento del Comitato del Buon Uso del Sangue (CBUS);
- lo sviluppo di programmi di controllo delle infezioni ospedaliere attraverso il funzionamento del Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO).

3.1 Promozione del buon uso dei farmaci

La ricerca *"La promozione del buon uso dei farmaci"* è stata realizzata dalla U.O.C. di Farmacia Clinica con la partecipazione della Direzione Sanitaria Aziendale, ed affronta principalmente due tematiche:

1) l' analisi dettagliata della spesa farmaceutica aziendale e l'avvio di una metodologia per la razionalizzazione della spesa farmaceutica aziendale.

2) gli interventi mirati su: albumina umana, uso perioperatorio degli antibiotici a scopo profilattico ed uso degli inibitori di pompa protonica.

In termini pragmatici, questo Progetto si è posto l'obiettivo di perseguire il miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza del paziente, con particolare attenzione alla razionalizzazione della spesa farmaceutica. Di particolare importanza è stata l'attività svolta dalla Commissione Terapeutica aziendale istituita il 23 gennaio 2006 con delibera del Direttore Generale e composta dai direttori di Dipartimento (neuroscienze, chirurgia ed emergenza, dal Direttore Sanitario di Presidio, dal Farmacista e dal Direttore Servizi infermieristici) ed alle cui attività ha partecipato la DSA. Il Direttore del Dipartimento di Medicina è il Presidente.

In questa logica, il progetto ha costituito l'occasione per elaborare un modello di monitoraggio dei consumi e verifica dell'appropriatezza, sulla base di principi condivisi e di strumenti applicabili nelle diverse strutture che compongono la rete dell'offerta sanitaria della Fondazione. In particolare, si è concentrata l'attenzione sul concetto di "appropriatezza prescrittiva", applicata nel contesto di un'Azienda di alta specializzazione qual è la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata.

Per contribuire all'implementazione dell'appropriatezza prescrittiva, in un'ottica calata nella realtà e non nella teoria, sono state individuate alcune azioni strategiche di particolare interesse, tra cui la Promozione del Buon Uso dei Farmaci. All'interno di quest'area di intervento rientrano:

a) Il monitoraggio del consumo dell'albumina umana e l'emanazione di linee giuda per il suo impiego clinico.

L'elaborazione e diffusione di una specifica inea guida ed un continuo monitoraggio delle prescrizioni di questo emoderivato ha portato, nel 1° quadrimestre 2008 rispetto al 1° quadrimestre 2007, ad un impiego razionale dell'albumina con una riduzione sia dei consumi (-5.952 flaconi di albumina: riduzione del 55%) sia della spesa (risparmio del 66,56%). La metodologia adottata è stata estesa, in sede di trattativa di budget, ad altri farmaci con particolare riferimento per i farmaci biologici di ultima generazione.

b) Il controllo dell'uso perioperatorio di antibiotici a scopo profilattico, finalizzato alla prevenzione delle infezioni perioperatorie, effettuata in base ai criteri di EBM ed all'emanazione di linee guida adeguate al profilo epidemiologico locale.

L'attivazione di un "infection team" presso l'U.O.C. di Chirurgia Generale (Medico di reparto UOC di Chirurgia generale, un Infettivologo, un Microbiologo ed un Farmacista) ed il monitoraggio del consumo di antibiotici ha portato nei primi otto mesi del 2007 rispetto ai primi 8 mesi del 2006, ad una diminuizione del trattamento antibiotico di tipo empirico, e quindi ad un aumento della qualità della terapia, con una riduzione sia dei consumi (-10%) sia della spesa (-11.613 euro: risparmio del 25% circa). Il trend si è mantenuto nell'Unità Operativa e l'esperienza è stata estesa a tutte le U.O. chirurgiche attraverso la condivisione di linee guida discusse in sede dipartimentale.

c) Controllo dell'impiego degli Inibitori di Pompa Protonica-IPP ed adeguamento alle linee guida internazionali

La revisione del prontuario aziendale (PTO) con l'introduzione del lansoprazolo ed il monitoraggio delle prescrizioni alla dimissione hanno determinato un allineamento del PTV alle disposizioni regionali di indirizzo di consumo verso il lansoprazolo con un aumento del consumo dello stesso rispetto agli altri IPP (+11,7 nel 1° quadrimestre 2008 rispetto al 1° quadrimestre 2007; da sottolineare che tale incremento è aggiuntivo all'incremento del 23,7 già registrato nel 2007 vs il 2006). In termini di spesa gli interventi non hanno prodotto rilevanti variazioni in ambito PTV, vista l'eseguità dei costi relativi agli IPP. Essi, però, hanno contribuito a livello territoriale ad una razionalizzazione dell'impiego e del profilo di spesa degli IPP; infatti l'ASL RM B ha registrato nella spesa complessiva per gli IPP del 2007 rispetto al 2006 un risparmio di circa 8 milioni di euro (pari ad una riduzione di circa il 43%).

3.2 Definizione dei criteri di priorità delle prestazioni chirurgiche in lista per il ricovero ordinario ed individuazione delle prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili

a) Criteri di priorità delle prestazioni chirurgiche

Il termine priorità si riferisce all'insieme degli atti che consentono, sulla base di criteri basati sull'evidenza, di stabilire la gravità e l'urgenza, e quindi i relativi tempi di attesa (da non confondere con i tempi massimi), dei casi da sottoporre ad uno specifico trattamento, diagnostico e/o terapeutico. I criteri di priorità sono clinici, sociodemografici e sociali: la maggior parte delle esperienze internazionali riguardano quelli clinici. In questo ambito si dispone di dati limitati ad alcune patologie, quasi esclusivamente erogate in regime di ricovero chirurgico, mentre in regime

ambulatoriale le esperienze sono scarse. Il processo di individuazione dei criteri di priorità clinici, sociali e sociodemografici, si è dimostrato lento e complesso, per le difficoltà di reperire elementi certi di "evidence", così come l'applicazione dei criteri stessi all'interno delle strutture, per le diversità di esperienza dei singoli operatori, disponibilità di risorse tecnologiche, organizzazione del lavoro, numero di posti letto: secondo alcuni Autori, il problema potrebbe acuirsi al diminuire di questi ultimi. Inoltre, l'adozione dei criteri di priorità ha dimostrato di confliggere con i tempi massimi stabiliti a livello centrale, tanto che si propone, a livello internazionale, la loro adozione solo dopo avere individuato ed applicato criteri di priorità ed individuato i tempi di attesa ad essi collegati. In Italia, la necessità d'individuare criteri di priorità per i pazienti da sottoporre ad interventi di ricovero o ambulatoriali è legato al più complesso problema delle liste di attesa. Il dibattito sulle liste di attesa è molto acceso da anni e legato alla realizzazione di una serie di iniziative legislative tra le quali vi è l'Accordo dell'11 luglio 2002 Stato Regioni nel quale si afferma che i criteri di priorità clinica debbono basarsi sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico (esclude quindi i criteri sociodemografici e sociali), tenendo in considerazione alcuni elementi (stabiliti dall'Advisory Committee on Elective Surgery , Australia) che sono:

- Gravità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
- Prognosi (quoad vitam e quoad valetudinem);
- Tendenza del peggioramento a breve;
- Presenza di dolore e/o deficit funzionale;
- Implicazioni sulla qualità della vita;
- Casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
- Speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purchè esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

Nel documento si chiarisce che il processo di individuazione dei criteri clinici di priorità è molto più complesso per le prestazioni ambulatoriali, perchè è maggiore il grado di incertezza clinica rispetto alla situazioni di ricovero programmato. Sulla base di questi principi, sono individuate 4 classi di priorità per il ricovero, entro 30, 60, 180 giorni e entro 12 mesi, mentre per le prestazioni ambulatoriali sono individuate 3 classi, entro 10, 30 e 60 giorni. Il documento afferma che, " *Tenendo conto della relativa facilità di applicazione di tali classi si ritiene auspicabile che le regioni si attivino per applicare tali criteri per tutti i ricoveri elettivi, chirurgici e medici, provvedendo a sensibilizzare in maniera adeguata le strutture erogatrici in modo da garantirne l'applicazione"*. Tra le prestazioni ambulatoriali sono selezionate, con i relativi tempi massimi di

attesa da garantire, a prescindere dalle priorità, la RMN della colonna, la TAC cerebrale, l'Ecocolordoppler dei tronchi sovraaortici e dei vasi periferici, la visita cardiologia, quella oculistica, l'esofagogastroduodenoscopia e l'ecografia addome, mentre tra le prestazioni di ricovero sono individuate l'intervento per cataratta, la protesi d'anca e la coronarografia.

Sulla base di tali premesse, si è deciso presso il PTV di individuare i criteri di priorità per i seguenti interventi chirurgici:

- isterectomia per patologia benigna;
- interventi di protesi d'anca;
- interventi per cataratta;
- interventi per calcolosi della colecisti.

A tale scopo sono stati istituiti 4 gruppi di lavoro i cui risultati sono stati utilizzati per la per la costituzione prevista entro il mese di ottobre 2009, di liste di attesa informatizzate ed organizzate per criteri di priorità.

Le liste informatizzate saranno gestite da un Ufficio ricoveri presso la Direzione Sanitaria di Presidio che è stata a tale scopo informatizzata. Il Programma per la gestione delle liste è stato elaborato ad hoc da un gruppo di lavoro misto costituito da ingegneri, informatici e medici con la supervisione dell'U.O.C. di Innovazione, Sviluppo, Pianificazione Strategica e Controllo Direzionale.

La Società Engeneering ha, a tale scopo, elaborato un software dedicato che collegherà le singole Unità Operative dove avviene l'accettazione dei pazienti all'Ufficio medesimo.

L'iniziativa, che vede in prima battuta il coinvolgimento soprattutto dell'area chirurgica, sarà esteso nei prossimi due anni a tutte le U.O. dell'ospedale. L'obiettivo è quello di rendere trasparente la gestione dei ricoveri garantendo la priorità d'accesso per i casi più gravi e complessi. Di seguito si riportano brevemente i risultati ottenuti:

Isterectomia per patologia benigna: è stato elaborato un prontuario per l'assegnazione di un punteggio che definisce il grado di urgenza dell'intervento, il che ha consentito d'inserire le pazienti in cinque fasce di priorità:

- A punti 76 – 100 intervento entro 30 giorni
- B punti 51 – 75 intervento entro 3 mesi
- C punti 26 – 50 intervento entro 6 mesi
- D punti 0 – 25 intervento oltre 6 mesi
- E punti < 0 intervento non dichiarato

Ad oggi sono state reclutate 26 pazienti di cui cinque in fascia A sono state sottoposte ad isterectomia.

Interventi per protesi d'anca: è stato elaborato un questionario ripreso dal modello Harris Hipsor per la valutazione delle condizioni cliniche dei pazienti da sottoporre ad intervento con posizionamento di protesi d'anca (vedi seguito).

Sulla base dello stesso, utilizzato ora routinariamente presso gli ambulatori, i pazienti sono stati inseriti, sulla base del punteggio assegnato, in tre fasce di priorità:

- da 0 a 20 punti artroprotesi entro 30 giorni
- da 20 a 60 punti artroprotesi entro 90 giorni
- oltre 60 punti artroprotesi entro 6 mesi.

Tale punteggio è in corso di perfezionamento alla luce delle maggiori indicazioni fornite dai più sicuri sistemi di classificazione delle priorità a cura del sistema canadese (WCWC – Western Canada Waiting List Project).

Interventi per la cataratta: è stato elaborato anche per questo caso un questionario contenente i criteri per l'ottimizzazione delle liste di attesa nella chirurgia della cataratta che ha permesso d'individuare quattro classi di priorità degli interventi, basati su un punteggio assegnato:

A. punti 80 – 120 cataratte entro 7 giorni
B. punti 50 – 80 cataratte entro 30 giorni
C. punti 25 - 50 cataratte entro 2 mesi
D. punti 1 - 25 cataratte entro 3 mesi

E' partita una sperimentazione con cinquanta pazienti selezionati secondo i criteri suddetti e cinquanta assegnati alle liste di attesa secondo il criterio clinico/temporale. I risultati saranno disponibili alla fine dell'anno in corso.

Interventi per la calcolosi della colecisti: In caso di colecisti acuta la maggior parte dei pazienti, circa il 64%, viene sottoposta ad intervento chirurgico nelle prime ore di ospedalizzazione, mentre nel rimanente 36% dei casi viene attuato un trattamento medico, che può produrre la risoluzione della flogosi acuta consentendo di dilazionare l'intervento di colecistectomia a 6-8 settimane dall'episodio acuto. A tal proposito, non si può trascurare la probabilità molto elevata (circa il 31%) di riaccenzione del processo flogistico acuto o dell'insorgenza di complicanze prima del successivo ricovero programmato. Da quanto esposto, si evince la necessità d'intervento chirurgico d'urgenza (0-12 ore) o precoce (24-72 ore) per i pazienti in cui viene diagnosticata la colecistite acuta. L'opportunità di procedere a terapia medica per "raffreddare" la flogosi colecistica è attualmente

posta in discussione; recenti studi hanno infatti dimostrato che gli ineterventi di colecistectomia eseguiti a 6-8 settimane dall'episodio acuto presentano un'incidenza di morbilità e mortalità sovrapponibile a quella registrata dopo interventi eseguiti in urgenza. Si consiglia l'intervento, con approccio laparoscopico o laparotomico, entro 72 – 96 ore dall'insorgenza dei sintomi qualora le condizioni generali del paziente lo consentano, altrimenti l'intervento dovrà essere differito di 6 – 8 settimane.

La priorità di ricovero tra i pazienti con calcolosi della colecisti non complicata, interesserà soprattutto quelli che presentano episodi dolorosi subentranti, impossibilità di espletare le normali attività quotidiane, e comparsa di complicanze. Ulteriore priorità deve, poi, essere attribuita ai pazienti con sindrome dispepticodolorosa, nei quali siano state escluse eventuali lesioni gastro-duodenali, in quanto riferiscono difficoltà ad espletare l'attività lavorativa.

Seguono nell'ambito delle priorità i pazienti portatori di microlitiasi, accertata ecograficamente (intendendo come tale la presenza di elementi litiasici omogenei di diametro minore o uguale a 3 mm.), anche se asintomatici, proprio per la tendenza di questi pazienti a sviluppare episodi di pancreatite acuta biliare; ciò a maggior ragione considerando che tali forme sono caratterizzate da lesioni parenchimali di maggiore gravità rispetto ai casi in cui la litiasi sia costituita da calcoli di medie dimensioni. Non rientrano, tuttavia, in questo gruppo i pazienti di età maggiore o uguale a 70 anni, pur se asintomatici, in quanto in questi soggetti la colecistectomi elettiva è gravata da una mortalità di circa 5%. Anche i pazienti diabetici non devono essere sottoposti ad intervento chirurgico per una litiasi biliare asintomatica. Da ultimo vanno considerati i portatori di formazioni parietali di dimensioni maggiori ad 1 cm in quanto risulta difficile stabilire la natura adenomatosa o colecisterica della lesione, che può essere definita solo mediante accertamento istopatologico.

b) Prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili

La Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata è dotata di 23 riuniti odontoiatrici nei quali lavorano in qualità di personale universitario: 18 odontoiatri per attività clinica e 2 laureati in scienze dei materiali dentali; personale a contratto: 30 odontoiatri e 6 igienisti dentali; come infermieri: 4 unità su turni; personale ausiliario: 8 unità su turni; personale amministrativo: 6 unità su turni.

E' dotata di un Pronto Soccorso h 12 al quale accedono circa 9000 persone l'anno. A seguito delle numerose iniziative regionali che limitano l'intervento pubblico ai pazienti vulnerabili, come stabilito dalla normativa nazionale ed in particolare il decreto 2001 sui livelli essenziali di

assistenza, è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale per studiare ed approfondire il concetto di vulnerabilità da applicare a livello aziendale.

Un gruppo di lavoro ad hoc (GdL) del PTV ha stabilito che la vulnerabilità sanitaria debba essere riconosciuta almeno ai cittadini affetti da gravi patologie, le cui condizioni di salute possano essere pregiudicate da una patologia odontoiatrica concomitante ("criterio discendente") al punto che il mancato accesso alle cure odontoiatriche possa mettere a repentaglio la prognosi "quoad vitam" del soggetto.

I destinatari sono così stati individuati: pazienti in attesa di trapianto e post-trapianto (escluso trapianto di cornea); pazienti con stati di immunodeficienza grave; pazienti con cardiopatie congenite cianogene; patologie oncoematologiche infantili; pazienti in trattamento radioterapico per neoplasie del distretto cefalico; emofilia grave.

A tali pazienti si ritiene debbano essere garantite tutte le prestazioni odontoiatriche previste dal piano sanitario individuale ed incluse nel nomenclatore generale, con eccezione dell'implantologia, dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico. In aggiunta alla vulnerabilità sanitaria è stata presa in considerazione anche la condizione socio-economica che di fatto impedisce l'accesso alle cure odontoiatriche nelle strutture private (vulnerabilità sociale). Il GdL ha ritenuto che tale condizione di vulnerabilità debba essere identificata attraverso strumenti, possibilmente uniformi sul territorio nazionale, atti a valutare la condizione socio-economica (ad es. indicatore ISEE o altri) con contestuale individuazione dei valori minimi al di sotto dei quali garantire alcune prestazioni (visita odontoiatrica, estrazioni dentarie, otturazioni e terapie canalari, applicazioni di protesi rimovibili, escluso il manufatto protesico), applicazione di apparecchi ortodontici ai soggetti 0-14 anni con indice IOTN=5 (escluso il costo del manufatto), apicificazione ai soggetti 0-14. Sulla base di tali presupposti è stata riorganizzata totalmente l'area odontoiatrica del PTV con la creazione di percorsi assistenziali mirati nei confronti di tali pazienti.

3.3 Promozione della Day surgery e della chirurgia ambulatoriale

a) Promozione della Day surgery

Come riportato nella parte introduttiva di questa ricerca relativa alla presentazione del PTV, il numero di ricoveri effettuati in regime diurno è superiore al numero di ricoveri ordinari e ciò quale conseguenza di una politica aziendale orientata a favorire la diversificazione del flusso dei pazienti da ricoverare al fine di ottimizzare i percorsi assistenziali: da una parte consentire i ricoveri dei pazienti più gravi con degenze più lunghe, dall'altra offrire ai pazienti con patologie meno gravi modelli organizzativi ed assistenziali limitati alle ore diurne, con eventuale pernottamento.

Le attività diurne del PTV sono concentrate in 88 posti letto su un totale di 337 pl. Ordinari, pari al 26% del totale. L' Unità Autonoma Multidisciplinare di Day surgery e One Day Surgery del Policlinico di Tor Vergata ha iniziato la sua attività nel 2002; è dotata di 20 posti letto e 4 sale operatorie dedicate e vi afferiscono tutte le specialità chirurgiche dell'ospedale: chirurgia generale, chirurgia vascolare, ginecologia, neurochirurgia, oculistica, odontoiatria, ortopedia, otorinolaringoiatria, senologia, urologia.

Le diverse procedure, le modalità organizzative della struttura ed i ruoli degli operatori coinvolti nel processo assistenziale sono codificate da un regolamento interno. Il percorso del paziente si articola in tre accessi:

I accesso: visita anestesiologica, selezione pazienti;

II accesso: esecuzione intervento ,assistenza perioperatoria, dimissione;

III accesso: follow up (controlli ambulatoriali) e chiusura della SDO.

L'unità ha ricevuto la certificazione ISO 9000 a partire dall'anno 2005, pertanto vengono effettuate revisioni di qualità utilizzando diversi indicatori scelti tra quelli suggeriti dall'Australian Council on Health Care Standards per l'accreditamento delle strutture di Day surgery (Tab. 9).

Tab.9: Indicatori per l'accreditamento delle strutture di Day surgery

Mancato arrivo di pazienti prenotati e attesi per l'intervento
Cancellazione di interventi programmati dopo l'arrivo dei pazienti
Necessità di reintervento
Necessità di ricovero notturno non pianificato
Necessità di assistenza postoperatoria oltre le 6 ore dal termine dell'intervento

In riferimento all' obiettivo del presente progetto relativo alla **promozione del Day surgery e della Chirurgia ambulatoriale**, in questa prima fase si è proceduto ad individuare l'appropriatezza organizzativa attraverso i seguenti indicatori:

- Rapporto non venuti/attesi al primo accesso: rapporto tra il numero dei pazienti che non si sono presentati e il numero di quelli attesi. (Tab. 10)

Tab.10: Rapporto non venuti/attesi al primo accesso anno 2007

Obiettivo				*Traguardo*
% di pazienti valutati rispetto ai pazienti prenotati				> 80%
	Pz. valutati	Pz. attesi	% Pz. valutati	% Cumulata
Gennaio	275	340	80,9%	80,9%
Febbraio	305	382	79,8%	80,3%
Marzo	353	444	79,5%	80,0%
Aprile	286	340	84,1%	80,9%
Maggio	300	382	78,5%	80,5%
Giugno	272	333	81,7%	80,6%
Luglio	191	236	80,9%	80,7%
Agosto	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Settembre	329	423	77,8%	80,2%
Ottobre	351	436	80,5%	80,3%
Novembre	311	359	86,6%	80,9%
Dicembre	104	112	92,9%	81,3%

- Rapporto non venuti/attesi al secondo accesso: rapporto tra il numero dei pazienti che hanno rinunciato all'intervento o che non si sono presentati al secondo accesso (Tab. 11).

Tab.11: Rapporto non venuti/attesi al secondo accesso anno 2007

Obiettivo		*Traguardo*	
% di pazienti che rinunciano all'intervento o che non si presentano al II accesso		<5%	
	Pz. Attesi	Pz. che rinunciano o non pervenuti	%
Gennaio	271	12	4,4%
Febbraio	328	16	4,9%
Marzo	431	19	4,4%
Aprile	349	16	4,6%
Maggio	477	23	4,8%
Giugno	448	22	4,9%
Luglio	327	11	3,4%
Agosto	n.d.	n.d.	n.d.
Settembre	350	13	3,7%
Ottobre	409	13	3,2%
Novembre	387	17	4,4%
Dicembre	267	9	3,4%

È stato valutato quale indicatore della efficienza della struttura l'indice di utilizzo dei posti letto:

- Rapporto tra i posti letto disponibili in base alle giornate lavorative di ogni singolo mese e il numero di pazienti ricoverati per interventi in Day surgery. (Tab. 12-13)

Tab.12: Rapporto posti letto/pazienti ricoverati 2007

Obiettivo		*Traguardo*	
tasso di utilizzo dei posti letto		>80%	
	P.L. disponibili	P.L. utilizzati (pazienti operati)	Tasso di utilizzo
Gennaio	320	252	78,8%
Febbraio	400	329	82,3%
Marzo	440	342	77,7%
Aprile	380	319	83,9%
Maggio	440	370	84,1%
Giugno	400	313	78,3%
Luglio	320	276	86,3%
Agosto	n.d.	n.d.	n.d.
Settembre	400	319	79,8%
Ottobre	460	393	85,4%
Novembre	420	354	84,3%
Dicembre	300	258	86,0%
Totali	4.280	3.525	

Tab.13: Rapporto posti letto/pazienti ricoverati 2008

Obiettivo		*Traguardo*	
tasso di utilizzo dei posti letto		>80%	
	P.L. disponibili	P.L. utilizzati (pazienti operati)	Tasso di utilizzo
Gennaio	380	340	89,5%
Febbraio	420	369	87,9%
Marzo	400	345	86,3%
Aprile	420	369	87,9%
Maggio	420	364	86,7%
Giugno	400	324	81,0%
Luglio	184	145	79,0%
Agosto	n.d.	n.d.	n.d.
Settembre	340	311	91,5%
Ottobre	460	358	78,0%
Novembre	400	318	79,5%
Dicembre	320	286	89,4%
Totali	4.144	3.529	

Per quanto riguarda il trasferimento di interventi da Regime Ordinario (ORD) a Regime di Day surgery (D.S.) o One Day Surgery (O.D.S.) è stato valutato:

- Rapporto tra il numero di interventi chirurgici effettuati in Ricovero Ordinario e gli interventi effettuati in Day surgery, distinti per le diverse specialità. (Tab. 14-15)

Tab.14: Rapporto interventi in Ricovero Ordinario/interventi in Day surgery 2007

Unità operativa	*D.S. n. interventi*	*Ord. n. interventi*	*Totale*	*%*
Cardiochirurgia	1	576	577	0,2%
Ch. Generale	684	764	1448	47,2%
Ch. Toracica	127	226	353	36,0%
Ch. Vascolare	301	268	569	52,9%
Neurochirurgia	93	254	347	26,8%
Oculistica	943	185	1128	83,6%
Ortopedia	287	760	1047	27,4%
Ginecologia	301	178	479	62,8%
Otorino	288	163	451	63,9%
Urologia	161	267	428	37,6%
Totale	3.186	3.641	6.827	46,7%

Tab.15: Rapporto interventi in Ricovero Ordinario/interventi in Day surgery 2008

Unità operativa	*D.S. n. interventi*	*Ord. n. interventi*	*Totale*	*%*
Cardiochirurgia	0	571	571	0,0%
Ch. Generale	588	744	1.332	44,0%
Ch. Toracica	103	178	281	36,6%
Ch. Vascolare	305	280	585	52,0%
Neurochirurgia	88	227	315	28,0%
Oculistica	1.035	117	1.152	90,0%
Ortopedia	226	742	968	23,4%
Ginecologia	217	176	393	55,2%
Otorino	201	130	331	60,7%
Urologia	96	259	355	27,0%
Totale	2.971	3.424	6.283	47,3%

La qualità del percorso assistenziale è stata studiata mediante:

- Rapporto pazienti dimessi entro le 12 ore/pazienti ricoverati in degenza ordinaria: rapporto tra percentuale dei pazienti dimessi entro le 12 ore e percentuale dei pazienti giudicati non dimissibili e ricoverati in degenza ordinaria. (Tab. 16-17)

Tab.16: Rapporto dimessi entro 12 ore/trasferiti in degenza ordinaria 2007

Obiettivo				*Traguardo*	*Frequenza rilevamento*	
% dimessi entro 12 ore				> 82%	Mensile	
% pazienti trasferiti in degenza ordinaria				< 1%	Mensile	
	Pazienti accolti	Dimessi nelle 12 h (D.S.)	Dimessi nelle 24 h* (O.D.S.)	% Pz. dimessi nelle12 h (D.S.)	% Pz. dimessi nelle 24 h* (O.D.S.)	% Pz. trasferiti in D.O.
Gennaio	252	221	28	87,7%	11,1%	1,2%
Febbraio	329	281	48	85,4%	14,6%	0,0%
Marzo	342	292	45	85,4%	13,2%	1,5%
Aprile	319	265	50	83,1%	15,7%	1,3%
Maggio	370	324	41	87,6%	11,1%	1,4%
Giugno	313	280	29	89,5%	9,3%	1,3%
Luglio	276	228	45	82,6%	16,3%	1,1%
Agosto	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Settembre	319	289	28	90,6%	8,8%	0,6%
Ottobre	393	349	42	88,8%	10,7%	0,5%
Novembre	354	305	49	86,2%	13,8%	0,0%
Dicembre	258	224	34	86,8%	13,2%	0,0%

Tab.17: Rapporto dimessi entro 12 ore/trasferiti in degenza ordinaria 2008

Obiettivo				*Traguardo*	*Frequenza rilevamento*	
% dimessi entro 12 ore				> 82%	Mensile	
% pazienti trasferiti in degenza ordinaria				< 1%	Mensile	
	Pazienti accolti	Dimessi nelle 12 h (D.S.)	Dimessi nelle 24 h* (O.D.S.)	% Pz. dimessi nelle12 h (D.S.)	% Pz. dimessi nelle 24 h* (O.D.S.)	% Pz. trasferiti in D.O.
Gennaio	340	310	30	91,2%	8,8%	0,0%
Febbraio	352	305	47	86,6%	13,4%	0,0%
Marzo	345	309	36	89,6%	10,4%	0,0%
Aprile	369	330	39	89,4%	10,6%	0,0%
Maggio	363	296	66	81,5%	*18,2%*	0,3%
Giugno	324	283	41	87,3%	12,7%	0,0%
Luglio	145	136	9	93,8%	6,2%	0,0%
Agosto	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Settembre	311	273	38	87,8%	12,2%	0,0%
Ottobre	358	325	33	90,8%	9,2%	0,0%
Novembre	319	262	55	82,1%	17,2%	0,6%
Dicembre	286	244	42	85,3%	14,7%	0,0%

I dati relativi all'andamento degli indicatori prescelti per l'anno 2007 nel primo semestre 2008 mostrano che in tutti i casi il traguardo soglia prefissato è stato raggiunto. Per quanto attiene la promozione della chirurgia ambulatoriale il gruppo di lavoro costituto da: Direttore Sanitario Aziendale, Direttore Sanitario di Presidio, Direttore Sanitario Infermieristico, referenti di tutte le

discipline chirurgiche e dell'anestesia ha elaborato il regolamento delle attività dell'ambulatorio chirurgico dedicato che definisce le attività, le modalità di comportamento, le procedure organizzative e i ruoli dei diversi operatori coinvolti nel processo assistenziale: prenotazione pazienti, gestione liste di attesa, modalità di accettazione e dimissione.

Tale regolamento rappresenta uno strumento di riferimento per garantire la riproducibilità delle singole azioni e riveste carattere vincolante per tutti gli operatori che afferiscono all'ambulatorio chirurgico.

In quest'ambito, a partire dall'ottobre 2008 è stato attivato il **percorso APA** (Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali) così come previsti dalla normativa regionale per gli interventi di cataratta, promuovendo dunque il trasferimento di un sempre maggior numero di interventi dal regime di Day surgery a quello ambulatoriale.
Dal passaggio a tale regime di trattamento di questa patologia e di altre, quali il tunnel carpale, che per l'intrinseca complessità possono essere svolte in ambiente ambulatoriale protetto, si attende una conseguente riduzione delle liste di attesa dell'Unità Operativa di Day surgery. Ulteriori obiettivi nell'ambito della promozione del Day surgery e della chirurgia ambulatoriale sono stati:

- La **promozione dell'attività della Day surgery** coinvolgendo i Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Famiglia (PDF) attraverso incontri volti ad illustrare le finalità e il percorso assistenziale del paziente nell'unità di Day surgery.
- Il **miglioramento dell'interazione tra il personale medico ed infermieristico** per valutare il grado di soddisfazione dei vari operatori attraverso specifici questionari.

RISULTATI

I dati relativi all'andamento degli indicatori prescelti nell'anno 2007 e nel 2008 sono riportati nelle tabelle 2-9. In tutti i casi è stato raggiunto il traguardo soglia prefissato. Nell'anno 2007 il 47% degli interventi chirurgici è stato effettuato in regime di Day surgery/One Day Surgery, in particolare alcune specialità quali la ginecologia e la otorinolaringoiatria eseguono più del 60% degli interventi in regine di Day surgery. La percentuale di pazienti che hanno necessitato di ricovero non programmato è inferiore all' 1%, ciò indica un'adeguata selezione dei pazienti e delle tipologie di intervento trattati.
Nell' anno 2008 sono stati effettuati in regime di Day surgery il 47,3% dei DRG chirurgici. Nel totale degli interventi eseguiti in Day surgery circa il 12,5% vengono svolti in regime di One Day Surgery. Il passaggio a regime APA degli interventi di cataratta ha comportato una sensibile

riduzione delle liste d'attesa del Day surgery per questa patologia. Infatti la quasi totalità (98%) degli interventi di cataratta vengono effettuati in regime ambulatoriale mentre solo una minima parte (2%), quando le condizioni cliniche del paziente (pazienti a rischio > ASA III) richiedono una più prolungata osservazione postoperatoria, sono effettuati in regime di Day surgery. È in corso di attivazione con modalità analoga il percorso APA per gli interventi di liberazione del tunnel carpale.

Per quanto riguarda la promozione delle attività del Day surgery con il coinvolgimento dei MMG e PDF è stato organizzato un corso teorico pratico (I° postgraduate course: anestesia in Day surgery e One Day Surgery) indirizzato all'apprendimento e all'approfondimento del ruolo dell'anestesista in un'unità multidisciplinare di Day surgery e One Day Surgery. La seconda edizione (II° postgraduate course: anestesia in Day surgery e One Day Surgery) quest'anno si svolgerà in collaborazione tra l'unità multidisciplinare di Day surgery e One Day Surgery della Fondazione Policlinico Tor Vergata e l'unità multidisciplinare di Day surgery della A.O. San Giovanni Addolorata. I partecipanti potranno seguire il percorso assistenziale del paziente: selezione preoperatoria, tecniche di anestesia, criteri e modalità di dimissione. Una sessione sarà dedicata alla discussione di tematiche rilevanti in Day surgery con la partecipazione attiva dei medici di Medicina Generale. Sono in programmazione ulteriori incontri con lo scopo di migliorare l'assistenza domiciliare dei pazienti operati nella nostra unità multidisciplinare con particolare interesse alle tematiche di gestione domiciliare del dolore postoperatorio.

Per quanto riguarda la valutazione del grado di soddisfazione delle diverse figure professionali nell' unità di Day surgery e' stato elaborato un questionario i cui risultati sono in corso di elaborazione.

Promozione della Chirurgia ambulatoriale

Per quanto riguarda la promozione della Chirurgia ambulatoriale sono in corso di predisposizione e di avvio le iniziative per effettuare interventi in regime di Chirurgia ambulatoriale secondo un modello organizzativo che prevede una lista di attesa unica (distinta per ciascuna Unità Operativa) nonché la selezione di pazienti ASA-1, con una responsabilità medico-assistenziale in capo all'equipe che propone ed effettua la procedura ed una responsabilità clinico-gestionale in capo alla direzione sanitaria di presidio ed infine un processo assistenziale declinato in tre accessi con personale infermieristico dedicato. Nella Regione Lazio esiste da tempo una normativa specifica (L.R. Lazio n. 731 del 4 agosto 2005 e L.R. n. 922 del 21 dicembre 2006) che prevede l'istituzione

degli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) per la Chirurgia ed i Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) per la Medicina.

Per promuovere la Chirurgia ambulatoriale nel PTV sono stati attivati, per ora Accorpamenti APA per la disciplina Dermatologica (Asportazione chirurgica di lesioni della cute non coinvolgente le strutture sottostanti per patologie benigne es. nevi. Prestazioni: visita anestesista, visite ed esami pre e post intervento, compreso esame istologico) e per la disciplina Oculistica (Intervento di facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta. Prestazioni: prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento).

3.4 Promozione del buon uso del sangue attraverso il funzionamento del comitato per il buon uso del sangue

Il Servizio Trasfusionale ha assunto il compito di garantire la promozione del buon uso del sangue attraverso il funzionamento del Comitato per il Buon Uso del Sangue (a seguire CBUS).

Nell'ambito della promozione del buon uso del sangue sono state individuate alcune aree di interesse critico come di seguito elencate:

- Autotrasfusione;
- Recupero intra e post operatorio;
- Produzione di plasma;
- Consumo di plasma per uso clinico;
- Trasfusione di concentrati piastrinici;
- Selezione dei donatori;
- Donazioni in aferesi.

Analisi delle criticità nelle aree individuate

Autotrasfusione: le indicazioni sono chiare ed ormai ben consolidate dall'esperienza clinica. Occorre però capire il motivo dell'elevato numero di unità prelevate e non trasfuse. Si può ipotizzare che ciò possa dipendere da una inadeguata programmazione degli interventi di elezione, con conseguente difficoltà ad utilizzare tutte le unità prelevate, in quanto giunte a scadenza. Una migliore organizzazione aziendale potrebbe aumentare il numero delle autotrasfusioni utilizzate e diminuire, di conseguenza, l'uso di sangue omologo.

Recupero intra e post operatorio: è in corso il recupero dei dati aggiornati all'anno corrente. Un tale aggiornamento si rende necessario in quanto occorre conoscere le condizioni operative per

meglio distribuire le risorse ed aumentare quindi il numero di interventi in cui viene impiegata la procedura in questione.

Produzione di plasma: occorre conoscere la provenienza del plasma prodotto, cioè se da donazione di sangue intero o da plasmaferesi produttiva, incoraggiando, ovviamente, quest'ultima procedura. La donazione di plasma in aferesi consente infatti di recuperare alla donazione persone che altrimenti ne sarebbero escluse, come, per esempio le donatrici di peso corporeo poco al di sopra dei limiti consentiti dalla legge, oppure con scarse riserve di ferro. In entrambi i casi la donazione diventa possibile, grazie ai bassi volumi della circolazione extracorporea realizzata nei moderni separatori cellulari, ovvero alla selettività del prelievo che non coinvolge in alcun modo i globuli rossi e non intacca, quindi le riserve di ferro della persona.

Consumo di plasma per uso clinico: occorre anzitutto allestire un sistema di verifica, a campione o riferito ad un determinato periodo temporale, delle indicazioni alla terapia trasfusionale. Tale sistema dovrà verificare l'effettiva presenza della documentazione relativa all'alterata funzionalità coagulativa del paziente e sarà necessario inoltre separare i dati provenienti dalla stessa struttura ospedaliera in cui opera il SIMT, distinguendoli per reparti di provenienza.

Trasfusione di concentrati piastrinici: la verifica interessa il PTV in quanto sono presenti reparti di cardiochirurgia e di ematologia che effettua chemioterapie mieloablative, ovvero trapianti di cellule staminali ematologiche. Occorre verificare che i reparti accludano tutti dati di laboratorio necessari per una corretta indicazione terapeutica e per una valutazione dell'efficacia trasfusionale (conta piastrinica, tromboelastogramma).

Selezione dei donatori: gli emocomponenti assegnati da un Servizio Trasfusionale provengono da donazioni di sangue: è necessario valutare la tipologia del donatore che affluisce alla struttura ospedaliera. Occorre verificare quindi la percentuale dei donatori occasionali e di quelli periodici, l'incidenza degli esclusi.

Donazioni in aferesi: rappresenta indubbiamente la modalità di donazione che deve essere più incoraggiata perché consente una maggiore qualità dell'emocomponente prelevato e meglio si adatta alle particolari condizioni di alcune categorie di donatori. Un concentrato eritrocitario da aferesi realizza, per esempio, un livello di qualità ben superiore a quello ottenuto da un concentrato derivato dalla donazione di sangue intero e permette inoltre di recuperare alla donazione di piastrine e di plasma persone che ne sarebbero altrimenti escluse, come già esposto precedentemente.

L'obiettivo è quello di affrontare alcune criticità del settore attraverso la predisposizione di linee guida e percorsi assistenziali condivisi.

L'attività del SIMT del Policlinico risulta strettamente collegata a quella dei Reparti impegnati nei trapianti di cellule staminali e nella cardiochirurgia, presentando caratteristiche peculiari rispetto ad altri SIMT. Il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del PTV è fortemente impegnato nella tipizzazione in citofluorimetria e nella raccolta in aferesi delle cellule staminali. Il SIMT, svolge inoltre tutte le attività previste dalla normativa vigente, con la sola esclusione della Criopreservazione delle cellule staminali, per la quale è in essere una convenzione con l'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", non disponendo il Policlinico di locali idonei a tale scopo.

INDICATORI DI VERIFICA PROPOSTI

Nello sviluppo della tematica "Promozione del buon uso del sangue attraverso il funzionamento del comitato per il buon uso del sangue nel PTV" sono stati considerati alcuni indicatori quali:

1) Atto d'istituzione del Comitato Buon Uso del Sangue (CBUS);
2) Rapporto annuale sulle riunioni ed attività svolte;
3)Numero dei diversi emocomponenti trasfusi per reparto ogni mese.

Il Comitato, istituito nel settembre del 2002, con DDG n. 514 del 29.02.02, garantisce la verifica dell'attività trasfusionale, originariamente devoluta, per Convenzione, al Servizio Trasfusionale dell'Ospedale S. Pertini. Il Comitato si riunisce periodicamente, almeno due volte l'anno e la sua *mission* è quella di ottimizzare e promuovere le attività del buon uso del sangue migliorando gli aspetti organizzativi, assicurando la sorveglianza trasfusionale di concerto con i medici dei reparti. Determina in particolare le Linee guida per l'appropriatezza del consumo di emocomponenti per uso clinico. Per quanto concerne il numero dei diversi emocomponenti trasfusi per reparto ogni mese e quindi, per una migliore comprensione dell'andamento delle attività del SIMT si riportano di seguito tre tabelle esemplificative che si riferiscono al periodo 2004 – 2007, ed una quarta tavola contenete gli ultimi dati del 2008. (Tabelle 18-20)

Tabella 18 – Attività del SIMT

	2004	2005	2006	2007
Donatori	1.169	2.696	3.615	4.298
Determinazione gruppo sanguigno	7.350	15.437	18.657	20.363
Ricerca anticorpi irregolari	5.586	11.554	13.740	14.628
Prove di compatibilità	4.283	10.367	14.817	15.832
Richieste terapia trasfusionale emocomponenti assegnati e distribuiti	4.502	10.958	13.898	15.832
Concentrati eritrocitari	3.134	7.827	11.098	11.771
Concentrati piastrinici	4.217	10.610	14.909	16.517
Unità di plasma	1.897	4.181	4.736	4.968
Raccolta di cellule staminali	31	48	80	136
Procedure di aferesi terapeutica	30	197	304	396
Prelievi per autotrasfusione	116	201	171	114
Salasso terapeutico	61	298	488	427
Citofluorimetria	426	787	1.080	1.021
Consulenze	358	772	1.179	1.473

Tabella 19 – Ricoveri al PTV

Disciplina	Ricoveri ordinari			
	2004	2005	2006	2007
CARDIOCHIRURGIA	-	344	564	712
CHIRURGIA VASCOLARE	513	475	498	359
EMATOLOGIA	1.132	978	611	526
ORTOPEDIA	322	403	732	957
	Ricoveri in D.H.			
	2004	2005	2006	2007
CARDIOCHIRURGIA	-	-	1	5
CHIRURGIA VASCOLARE	358	352	320	389
EMATOLOGIA	1.410	1.225	1.413	1.692
ORTOPEDIA	322	321	348	364

Tabella 20 – Concentrati eritocitari distribuiti ai reparti

Disciplina	2004		2005		2006		2007	
	ricoveri	*emazie*	*ricoveri*	*emazie*	*ricoveri*	*emazie*	*ricoveri*	*emazie*
Cardiochirurgia	-	-	344	636	564	1.224	712	1.187
Chirurgia vasc.	513	103	475	163	498	119	359	180
Ortopedia	322	71	403	180	732	343	957	393
Ematologia	1.132	1.264	978	2.770	611	3.629	526	3.702

L'esame delle tabelle evidenzia anzitutto un costante, notevole aumento dell'attività nei vari settori del SIMT, in relazione all'aumento del numero dei ricoveri. Si deve osservare purtroppo che, a fronte di un consumo di circa 12.000 concentrati eritrocitari, si registrano solamente poco più di 4.000 donatori nell'anno 2007, con la necessità di acquisire altrove circa 8.000 unità emazia: la carenza di donatori è un problema ben noto nel Lazio e l'apertura del DEA di II° livello non potrà che aumentare il fabbisogno di emocomponenti, in maniera attualmente non prevedibile.

Per incrementare la produzione di emocomponenti è però già in essere un progetto che prevede l'acquisizione di un medico, specialista in Patologia Clinica e con ampia esperienza nel campo trasfusionale, con l'obiettivo di aumentare il numero di concentrati piastrinici da aferesi. E' stato privilegiato questo tipo di donazione in relazione alla tipologia del PTV, fortemente impegnato nel campo dei trapianti di cellule staminali emopoietiche. Nel 2007 sono stati ricoverati nei reparti di ematologia 526 pazienti in regime ordinario e 1.692 in regime di Day hospital, con un fabbisogno di 16.517 unità concentrati piastrinici.

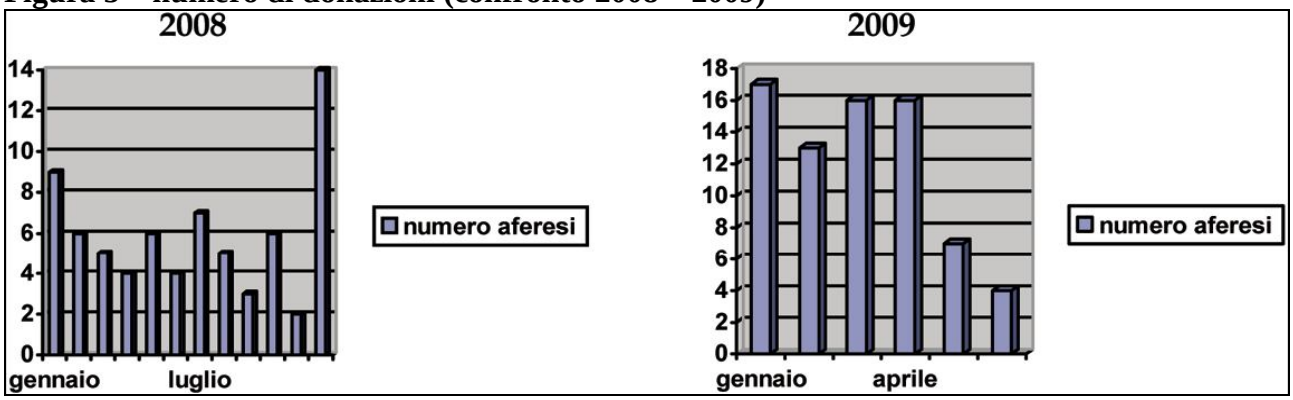
Nella tabella 21 è riportato il numero dei concentrati eritrocitari trasfusi ai reparti di Ortopedia, Chirurgia Vascolare e Cardiochirurgia.

Tab. 21 - Consumo medio di concentrati eritrocitari per tipologia di intervento chirurgico

2008			
Descrizione	*N. casi*	*Tot. unità impiegate*	*Media*
Sostituzione valvola aortica con protesi	193	348	1,8
Bypass doppio - arteria mammaria - arteria coronarica	136	228	1,6
Bypass singolo - arteria mammaria - arteria coronarica	381	591	1,5
Resezione vasi toracici con sostituzione	165	406	2,4
Resezione aorta addominale con sostituzione	55	130	2,4
Riduzione cruenta di frattura di femore	111	137	1,2
Sostituzione totale dell'anca	33	46	1,39
Nefrectomia	31	56	1,8
Cistectomia	14	27	1,9

Questi dati specifici, ottenuti incrociando resoconti provenienti da sistemi informatici diversi, dimostrano che il consumo di concentrati eritrocitari è assolutamente proporzionato alla tipologia degli interventi chirurgici effettuati. Infatti nel corso dell'anno 2006, in chirurgia vascolare ed in cardiochirurgia sono state adoperate in media 1,5 unità di emazie concentrate per intervento. Il numero medio sale a 1,7 per interventi di Ortopedia per poi ritornare ad un valore medio di 1,4 per interventi di urologia. Si tratta sostanzialmente di consumi molto contenuti, perfettamente in linea con quelli previsti dalle maggiori Società Scientifiche internazionali e nazionali. Il consumo di concentrati piastrinici è molto elevato ed è cresciuto nel corso degli anni a seguito dell'aumento dell'attività dei diversi reparti di Ematologia operanti nel Policlinico. Anche in questo caso, però, il numero medio di concentrati piastrinici trasfusi a ciascun paziente risulta uguale a 6, perfettamente congruo per un soggetto adulto. Inoltre, al fine di contenere la dipendenza da altri Servizi Trasfusionali, si è provveduto ad incrementare il numero di donazioni di piastrine in aferesi riportando dati incoraggianti , come risulta dalla figura 5.

Figura 5 – numero di donazioni (confronto 2008 – 2009)



Come si evince chiaramente, in un periodo di 5 mesi, spesato con una borsa di studio della ricerca sull'appropriatezza, è stato possibile incrementare il numero di donazioni piastriniche in aferesi in modo più che evidente.

3.5 Sviluppo di programmi di controllo delle infezioni attraverso il funzionamento del comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere (CIO)

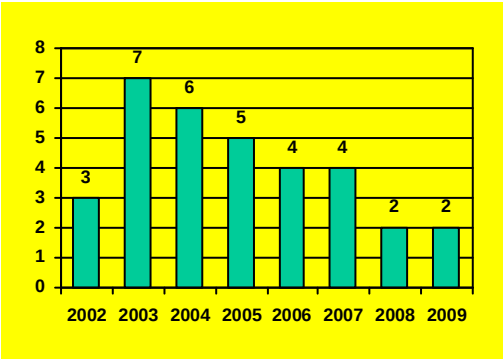
Il Comitato per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO) nel Policlinico Tor Vergata (PTV) è stato istituito nel 2002 con delibera del Direttore Generale (DDG n. 530 del 4/9/2002).

Le funzioni del CIO del PTV riguardano fondamentalmente la definizione di una strategia di lotta contro le Infezioni ospedaliere (più modernamente definite come Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) con particolare riguardo a:

- ✓ organizzazione del sistema di sorveglianza
- ✓ organizzazione delle misure di prevenzione
- ✓ coinvolgimento appropriato dei servizi laboratoristici
- ✓ informazione del personale sull'andamento delle ICA e sui programmi impostati
- ✓ verifica dell'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e la loro efficacia
- ✓ formulazione di proposte in ordine a provvedimenti di urgenza da adottarsi dalla Direzione Sanitaria
- ✓ formazione culturale e tecnica del personale in materia di ICA

A tutt'oggi, il CIO si è riunito in seduta plenaria per 33 volte; per quel che concerne le attività, esse possono essere riferite a quattro settori principali (attivazione di corsi di formazione, effettuazione di attività periodiche, effettuazione di attività di tipo episodico e, soprattutto, elaborazione di modulistica di riferimento[2] e di specifiche linee guida[3]).

Figura 6 – PTV: numero di riunioni CIO 2002-2009



[2] Uso obbligatorio di una scheda epidemiologica che accompagna il campione biologico da analizzare ed implementazione di un sistema per l'archivio dei dati presenti sulla scheda stessa.

[3] Linee Guida SARS (DDG 521/2003); Protocollo lavaggio mani (DDG 926/2003); Linee Guida sulle misure di isolamento (DDG 942/2003); Ectoparassitosi: indicazioni per il personale sanitario (DDG 957/2003); Antisepsi e Disinfezione: guida pratica per una corretta procedura operativa (DDG 1019/2005); Linee guida di prevenzione della meningite batterica, in particolare della forma meningococcica (DDG 1029/2005); Acinetobacter baumannii

Nell'ambito dello sviluppo di programmi di controllo delle ICA ci si è concentrati sulla elaborazione ed effettuazione di una indagine di prevalenza presso il PTV.

Essa rappresenta la prima indagine finalizzata a verificare il tasso d'infezione ed è stata, tra l'altro, oggetto di una tesi di laurea in Infermieristica presso l'università degli Studi di Roma "Tor Vergata" dal titolo "La gestione delle infezioni correlate all'assistenza come eventi sentinella e la metodologia Helics: il ruolo dell'infermiere in ospedale".

Dopo un accurato lavoro di preparazione (traduzione delle linee guida delle infezioni del CDC per la definizione di infezione), uno specifico addestramento di una task force di rilevatori all'uso di una scheda standard (scheda Helics), e dopo aver effettuato la validazione della formazione erogata, si è proceduto a 5 rilevazioni trimestrali della prevalenza delle IPA con analisi delle cartelle cliniche.

Prima dell'effettiva attività di rilevazione, al fine di misurare possibili errori di interpretazione dei dati presenti in cartella clinica, si è proceduto ad una sperimentale rilevazione dei dati a cui è seguita con tecnica di *retesting* un controllo degli stessi rilevati da parte di un esperto della metodica, sulla medesima coorte e con le medesime modalità.

Dopo aver formato i rilevatori e validato l'efficacia dell'intero processo formativo, si è proceduto quindi a 5 rilevazioni trimestrali per la misurazione della prevalenza delle ICA presso tutti i reparti del PTV.

I risultati della prima rilevazione hanno presentato una prevalenza di ICA dell'8.9%. Le infezioni sono state individuate nei reparti di Medicina, Chirurgia Generale, Terapia Intensiva, UTIC e Ortopedia. Tale rilevazione è stata di fatto lo *start up* dell'intero percorso di ricerca cui è seguita la mappatura dei processi di erogazione delle cure secondo tecnica HFMEA. Per ogni vulnerabilità è stato individuato un peso relativo, in base ai dati della letteratura internazionale, e si è proceduto alla stesura, per le procedure a più alto rischio, di istruzioni operative che descrivessero le best practices EBM e EBN.

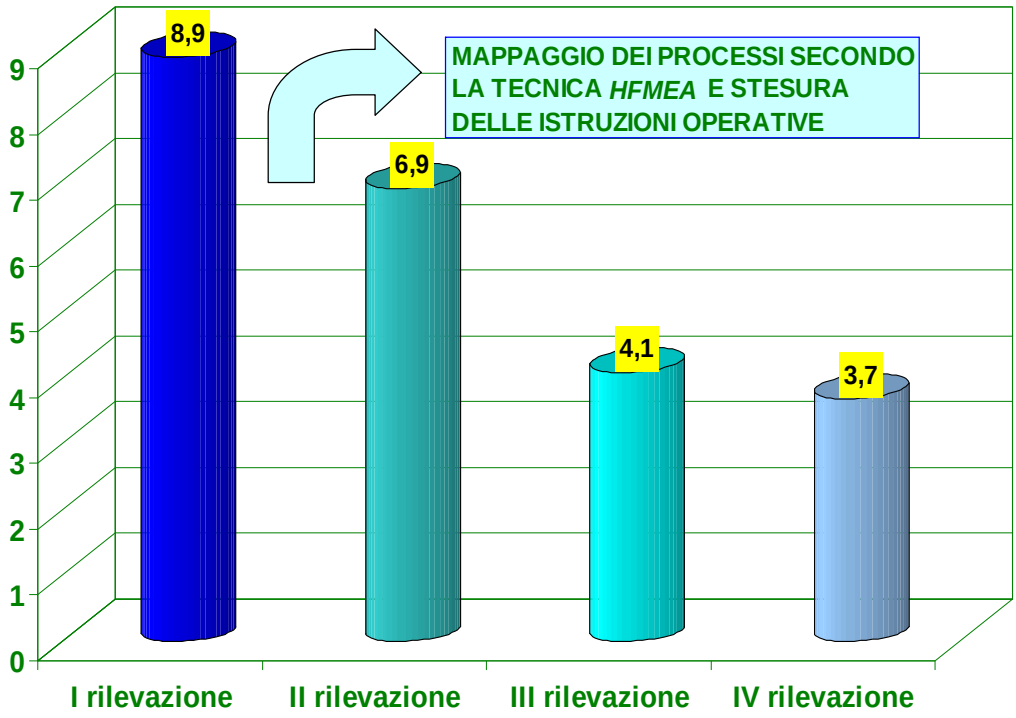
La seconda rilevazione, effettuata un mese dopo la formazione agli operatori sulle nuove istruzioni operative redatte, ha permesso di individuare una riduzione dei valori della prevalenza delle ICA del 2%.

Nei sei mesi successivi la terza e la quarta rilevazione hanno documentato rispettivamente una prevalenza del 4.1% e del 3.7% (v. figura n.7)

---

multiresistente: linea guida di prevenzione dell'infezione (2009); Linee guida per la gestione dei casi sospetti e accertati di "Nuova Influenza da virus A (H1N1)" (2009).

Figura 7 – Mappaggio dei processi secondo la tecnica HFMEA e stesura delle istruzioni operative



Nel settembre 2008, alla luce della riduzione dello score del trend atteso si è proceduto ad un nuovo intervento formativo con una politica del lavaggio delle mani e, al fine di ridurre le memory failure, alla distribuzione presso tutti i reparti di una serie di cartelli che ricordassero agli operatori la necessità del lavaggio delle mani, soprattutto dopo ogni procedura, e suggerissero il lavaggio sociale delle mani anche agli utenti ed ai visitatori.

I dati mostrano come una standardizzazione dei comportamenti correlati alla erogazione delle cure in un ottica EBM e EBN possano impattare in maniera significativa sulla prevalenza delle ICA. L'approccio sistemico e la mappatura delle vulnerabilità permette inoltre di intervenire sulle locali situazioni non conformi con azioni correttive che migliorano la safety del paziente e la qualità delle prestazioni erogate.

Tale tesi è stata ulteriormente suffragata dai dati rilevati nell'ottobre 2008.

Dopo il refreshement delle buone pratiche ed il supporto di specifica cartellonistica, infatti, alla quinta rilevazione si è documentato un ulteriore abbattimento della prevalenza delle infezioni con un valore puntuale rilevato pari all'1%.

Tale risultato suggestivo di come la cultura della sicurezza debba essere implementata poiché, seppure alcuni comportamenti standardizzati possono apparire radicati negli operatori, il modello

comportamentale deve essere continuamente supportato dalla formazione continua che diventa de facto la chiave del miglioramento continuo.

Non deve infine stupire se il comportamento più efficace sia il lavaggio delle mani. Già Semmelweiss aveva individuato proprio nella procedura di lavaggio delle mani che le ostetriche austriache effettuavano a differenza dei medici afferenti al vicino reparto di ostetricia a gestione universitaria, la differenza sugli outcome e, dunque, sulle performance delle prestazioni. L'OMS alla luce degli studi della letteratura ha definito il lavaggio delle mani come procedura prioritaria e ha recentemente sviluppato Linee Guida sull'igiene delle mani in ambito sanitario recepite ormai universalmente e confluite nel programma internazionale di sensibilizzazione degli operatori e delle organizzazioni sanitarie chiamato "Clean care is safer care" cui il Ministero della Salute nel 2006 ha aderito lanciando la campagna "Cure pulite sono cure più sicure" con l'obiettivo di promuovere l'adesione alle misure raccomandate.

Conclusioni

La popolazione dei pazienti sottoposta allo studio di prevalenza nelle 5 rilevazioni è stata complessivamente di 1478 persone, di età media di 67±22 anni.

Gli studi di prevalenza e gli studi dell'ecosistema effettuati dal laboratorio analisi hanno avuto una concordanza nel 96,7% dei casi, ma solo lo studio del singolo caso clinico ha permesso la progettazione di azioni correttive e preventive mirate che hanno permesso la riduzione degli episodi puntuali.

I dati degli studi e delle rilevazioni passive hanno permesso di calcolare nel periodo di 12 messi un tasso di incidenza del 4,67% che collocherebbero il Policlinico tra le strutture con una incidenza di ICA nel range delle strutture più performanti (tra il 4 e il 7%).

L'incoraggiante risultato della compressione dei rischi suffraga l'implementazione di progetti formativi; le infezioni correlate alla assistenza appaiono sostenute da comportamenti che rappresentano violazioni dalle best practice e, dunque, in tale ottica possono essere contenute con un maggiore controllo sulle performance comportamentali degli operatori e, soprattutto, sulla motivazione.

I risultati incoraggiano a proseguire sul versante della formazione specifica degli infermieri perché la qualità dei dati raccolti e validati permettono di indicare che il modello formativo progettato, la metodica scelta e, soprattutto gli strumenti individuati consentono di poter concludere che il processo di misurazione della prevalenza delle ICA è affidabile, è realizzabile dall'infermiere - perchè la tecnica di rilevazione è standardizzata - e dunque potrebbe essere sostenibile dalle

Strutture sanitarie, superando così le motivazioni causali di fallimento degli studi di prevalenza individuate negli elevati costi. Inoltre questo studio dimostra che le squadre non devono essere estremamente numerose e che un infermiere opportunamente formato è in grado di analizzare in 8 ore 350 cartelle, intervistare 350 operatori sanitari ed eventualmente ascoltare una ventina di pazienti a letto del malato alla ricerca di informazioni *spotting* eventualmente non rilevate dalla cartella perché la strutturazione delle informazioni da codificare riduce la ridondanza delle richieste e permette una formulazione diretta e chiara delle informazioni necessarie al rilevatore.

In sintesi dunque il lavoro ha validato gli strumenti individuati per un uso strutturato infermieristico che garantisca la qualità e la quantità dei dati tale che la direzione strategica possa impattare in maniera incisiva sui modelli comportamentali e dunque sulla qualità delle prestazioni erogate.

4 L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA REGIONE CALABRIA

Con nota del 28 ottobre 2008 è stata avanzata al Ministero della Salute una richiesta di proroga della ricerca al fine di consentire l'arruolamento nel Progetto di una nuova Azienda che, a seguito di riunioni ministeriali, è stata individuata nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia.

In data 3 novembre 2008 il Commissario Straordinario dell'ASP di Vibo Valentia comunica l'adesione dell'ASP di Vibo Valentia al Programma di Ricerca, individuando un Referente Aziendale del Programma di ricerca.

Lo scopo del "gemellaggio" è stato quello di rendere fruibili da subito i risultati raggiunti dal PTV in un'azienda del Sud che stava seguendo una politica di profondo rinnovamento della propria organizzazione.

4.1 Promozione del buon uso del sangue

a) Monitoraggio del consumo di Albumina umana ed emanazione di linee guida per il suo impiego clinico

E' stato elaborato, approvato dal Comitato per il Buon Uso del Sangue di Vibo Valentia, ratificato con atto deliberativo e diffuso il "Protocollo per l'uso appropriato dell'albumina in ospedale" con allegato il relativo modello di richiesta unico regionale.

Obiettivo dell'A.S.P. di Vibo Valentia, in linea con il Centro Regionale Sangue, è il contenimento dell'utilizzo di plasma e plasma derivati attraverso un programma di monitoraggio e controllo sui consumi, al fine di ridurne il consumo improprio.

Il Direttore del S.I.T., presso la nostra Azienda, espleta il controllo dell'applicazione dello specifico protocollo ed il monitoraggio delle prescrizioni, attraverso l'analisi dei dati riportati sul relativo modello di richiesta, al fine di ottenere il raggiungimento dell'autosufficienza in plasma e plasma derivati ed un impiego razionale dell'albumina con una conseguente riduzione sia dei consumi che della spesa.

b) Controllo dell'uso di Antibiotici a scopo profilattico, finalizzato alla prevenzione delle infezioni perioperatorie, effettuata in base ai criteri di EBM ed all'emanzione di linee guida adeguate al profilo epidemiologico locale.

L'A.S.P. di Vibo Valentia ha avviato le seguenti iniziative:

1. ha attivato una *"infection team"* (Medico Staff Direzione Generale, Medico U.O. di Chirurgia Generale, Medico infetivologo, Medico Microbiologico ed un Farmacista);
2. ha adottato il modulo di richiesta motivata degli antibiotici iniettabili a criticità d'impiego;
3. con Delibera del Commissario n. 538/C del 18 marzo 2009, ha recepito, diffuso le Linee Guida "Antibiotico-profilassi perioperatoria nell'adulto" elaborate, nel settembre 2008, dal Ministero della Salute e dall'I.S.S. di concerto con il Ce.V.E.A.S., ed ha adottato la scheda di rilevazione dell'uso degli antibiotici denominata "Scheda per antibiotico-profilassi in chirurgia" elaborata dall'*infection team"* di quest'Azienda. Tale scheda, in linea con le predette linee guida ministeriali, prevede la rilevazione di tutti i parametri relativi all'utilizzo degli antibiotici nei reparti ospedalieri con le caratteristiche dei pazienti, delle patologie, delle molecole utilizzate e delle eventuali reazioni avverse. Dal primo aprile 2009 al 31 maggio 2009 presso il reparto di Chirurgia Generale di Vibo Valentia sono state applicate le linee guida sull'antibioticoprofilassi. In paricolare, sono state applicate le suddete linee guida su circa 40 pazienti sottoposti ad interventi programmati (emioplastiche, colecistectomie, etc..) ed in urgenza (appendicectomie). La scelta dell'antibiotico ed il timing della somministrazione sono avvenuti secondo le linee guida ed è stata regolarmente compilata la scheda fornita. Non sono state registrate reazioni avverse né complicanze di tipo infettivo. In nessun caso si è proceduto con terapia antibiotica aggiuntiva. L'applicazione delle linee guida per antibioticoprofilassi in chirurgia ha permesso al reparto un notevole risparmio nell'utilizzo di antibiotici, pur garantendo la sicurezza dei pazienti. In fase iniziale è stata arruolata l'U.O. di Chirurgia Generale del P.O. di Vibo Valentia, successivamente, considerato l'esito positivo dell'iniziativa, la stessa sarà estesa ad altre Unità Operative Chirurgiche.
4. Con delibera del Commissario N° 1294/C del 19 giugno 2009 è stato adottato lo schema terapeutico denominato "Terapia empirica ad uso ospedaliero per le principali sindromi infettive" elaborato dall'*infection team* di quest'Azienda e sono state approvate le "Linee guida e protocolli diagnostici" dell'U.O. di Microbiologia e Virologia dell'A.S.P. di Vibo Valentia. Tale schema terapeutico affronta e rappresenta in modo sintetico il trattamento empirico delle patologie batteriche di maggiore interesse che si osservano nella pratica clinica quotidiana, con particolare riferimento alla terapia delle infezioni batteriche delle basse vie respiratorie, delle vie urinarie, della cute e dei tessuti molli, dei pazienti immunocompromessi con sepsi o endocardite. In particolare si renderanno omogenee le scelte terapeutiche, le posologie e la durata dell'antibioticoterapia, nonché i metodi di diagnosi degli agenti patogeni,

i percorsi del paziente con sospetta infezione e la risposta alla terapia antibiotica. Queste patologie sono frequentemente impegnative e complesse per l'emergere di nuove resistenze dei patogeni alla terapia antibiotica e per la modificazione delle condizioni dell'ospite, aspetto che in medicina interna riguarda anche i pazienti anziani con multiple comorbilità croniche, spesso anche politrattati.

5. Lo schema terapeutico, a breve termine, sarà esteso al trattamento dei pazienti non ospedalizzati quali, ad esempio, i pazienti affetti da polmoniti comunitarie senza fattori di rischio e da sepsi urinarie non complicate, patologie altrimenti trattate in ospedale, che potranno essere facilmente curate a domicilio, con relativa contrazione della spesa. All'uopo è stata avviata un'attività di collaborazione tra l'*infection team* aziendale ed i medici di Medicina Generale, con il coinvolgimento del Segretario FIMMG. Il predetto protocollo, diffuso in tutti gli ambiti dell'Azienda ed esteso al trattamento extra ospedaliero, produrrà anche risparmio sulla spesa farmaceutica.
6. Nel corso della riunione del gruppo di lavoro, insieme con i medici di Medicina Generale, prevista per il 9 luglio 2009, saranno elaborate le linee guida per il controllo dell'impiego degli inibitori di pompa protonica.
7. Nell'ambito dell'attività della Commissione Terapeutica Aziendale sono in corso la revisione e l'aggiornamento del Prontuario Terapeutico Aziendale alla luce delle più recenti evidenze scientifiche.

4.2 Definizione dei criteri di priorita' delle prestazioni chirurgiche in lista per il ricovero ordinario ed individuale delle prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili

a) Criteri di priorità negli ambulatori chirurgici

Il "Regolamento per l'accesso e la gestione dei ricoveri programmati", già in uso presso l' Azienda, disciplina i criteri e le modalità di accesso ai ricoveri programmati, assicurando i necessari criteri di specificità, eticità e trasparenza, affinché la diagnosi ed il successivo trattamento terapeutico non siano ingiustificatamente procrastinati compromettendo la prognosi e la qualità della vita.

Tale regolamento che disciplina inoltre la gestione delle liste d'attesa tiene in debita considerazione le "determinanti" delle liste di attesa, che possono essere individuate in principali e secondarie, connesse al paziente, alla prestazione, agli erogatori dei servizi ed al contesto di riferimento ed assegna ad ogni paziente un codice di priorità, sulla base di criteri stabiliti dal Direttore di Unità Operativa. Tale codice viene obbligatoriamente riportato nel registro dei ricoveri programmati è di circa quattordici giorni. Presso l'Unità Operativa di Ostetricia la lista di attesa per i ricoveri

programmati è di circa dieci giorni. Presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale la lista di attesa per i ricoveri programmati è di circa sette giorni. Presso l'Unità Operativa di Ortopedia la lista di attesa per i ricoveri programmati è di circa novanta giorni. Vi è però da aggiungere che, in atto, il reparto è in corso di ristrutturazione e pertanto i posti letto sono stati ridotti del 62% (da n. 21 a n. 8).

E' auspicabile che, al termine della ristrutturazione, prevista a breve termine, i tempi di attesa per i ricoveri programmati siano sovrapponibili a quelli antecedenti alla riduzione dei posti letto e cioè di circa trenta giorni.

b) Prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili

Il gruppo di lavoro costituito per la presente ricerca ha ritenuto che la vulnerabilità sanitaria debba essere riconosciuta almeno ai cittadini affetti da gravi patologie, le cui condizioni di salute possono essere pregiudicate da una patologia odontoiatrica concomitante.

I destinatari sono così stati individuati: pazienti in attesa di trapianto e post-trapianto (escluso trapianto di cornea); pazienti con stati di immunodeficienza grave; pazienti affetti da patologie oncologiche; pazienti affetti da talassemia maior; pazienti psichichiatrici.

In aggiunta alla vulnerabilità sanitaria occorre prendere in considerazione anche le condizioni socio-economiche che di fatto impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche nelle strutture private (vulnerabilità sociale).

Il gruppo di lavoro ritiene che tale condizione di vulnerabilità debba essere identificata attraverso strumenti, possibilmente uniformi sul territorio nazionale, atti a valutare la condizione socioeconomica (ad esempio indicatore ISEE o altri) con contestuale individuazione dei valori minimi al di sotto dei quali garantire alcune prestazioni (visita odontoiatrica, estrazioni dentarie, otturazioni e terapie canalari, applicazioni di protesi rimovibili escluso il manufatto protesico).

La Regione Calabria, con DGR n. 6 del 13 gennaio 2009 ha introdotto nuovi codici regionali, da apporre sul ricettario unico, per indicare l'appartenenza dell'assistito alle categorie socialmente vulnerabili. A tali pazienti si ritiene debbano essere garantite tutte le prestazioni odontoiatriche incluse nel nomenclatore generale, con eccezione dell'implantologia, dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico. Per motivi organizzativi, in fase iniziale, sono stati arruolati i pazienti affetti da patologie oncologiche; in seguito saranno coinvolti anche gli altri destinatari.

Ai suddetti pazienti sono state riservate due ore al giorno in tre giorni settimanali, per un totale di sei ore settimanali. I pazienti, cui è stata dedicata una corsia preferenziale, muniti di impegnativa per visita odontoiatrica redatta dallo specialista oncologo, previo appuntamento concordato tra gli

infermieri dei due ambulatori di oncologia ed odontoiatria, si presentano nell'orario e nell'ambulatorio odontoiatrico stabilito.

4.3 Promozione della Day surgery della chirurgia ambulatoriale

La Regione Calabria, con atto deliberativo del 6 ottobre 2008:

- ha individuato i criteri di appropriatezza per l'accesso al ricovero in Day hospital medico;
- ha predisposto le linee guida per l'instituzione del modello organizzativo del Day Service;
- ha individuato le patologie per le quali è indicato il ricorso del Day Service;
- ha istituito, con precedente atto deliberativo, per determinate patologie, specifiche liste di prestazioni denominate Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)

Per quanto riguarda la promozione della Chirurgia ambulatoriale, sono state avviate idonee iniziative per effettuare interventi in regime di Chirurgia ambulatoriale secondo il Modello organizzativo del Day Service Ambulatoriale (DSA), di recente istituzione presso la nostra Azienda. Tale modello organizzativo prevede una lista di attesa unica (distinta per ciascuna Unità Operativa) nonché la selezione di pazienti, con una responsabilità clinico-organizzativo-gestionale in capo alla segreteria DSA e prevede infine un processo assistenziale declinato mediamente in tre accessi.

L'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere rappresenta un attributo inderogabile del servizio sanitario, al fine di perseguire obiettivi di qualità professionale, di efficacia e di uso efficiente delle risorse.

Si individua quale azione essenziale all'interno dell'A.S.P. di Vibo Valentia il trasferimento delle attività inappropriate verso i regimi che consentono una maggiore eficienza nell'uso delle risorse, quindi, dal ricovero ordinario verso il Day hospital e da questo verso l'ambulatorio.

L'obiettivo atteso è quello di una sostanziale riduzione del tasso di ospedalizzazione dei residenti senza che venga meno la capacità da parte dell'Azienda di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie. Le Strutture Ospedaliere sono, infatti, chiamate:

a) ad operare secondo criteri di appropriatezza;
b) a mettere in atto tutte le misure utili a livello locale per favorire il trasferimento di attività verso i regimi più appropriati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme regionali;
c) a potenziare e qualificare l'assistenza ambulatoriale, dove dovrà confluire parte consistente dell'assistenza attualmente erogata in Day hospital/Day surgery.

In ottemperanza a quanto disposto dalla DGR n. 541/08, presso le strutture pubbliche e private dell'Azienda, si sta procedendo all'erogazione in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche di:

- intervento di cataratta;
- intervento di liberazione del tunnel carpale;
- riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta ed indiretta;
- riparazione monolaterale con innesto o protesi diretta ed indiretta;
- riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi.

Per tutte queste prestazioni è stato altresì previsto il pagamento di un ticket massimo. Vi è da aggiungere che, per l'intervento di cataratta la lista di attesa è di circa quattordici giorni. Tutti i processi indicati hanno determinato una riduzione consistente dei ricoveri in regime ordinario, e delle giornate di degenza, anche con riferimento alla produzione attesa e comunicata dalla nostra Azienda alla Regione.

4.4 Promozione del buon uso del sangue attraverso il funzionamento del comitato per il buon uso del sangue

Il Comitato per il Buon Uso del Sangue dell'A.S.P. di Vibo Valentia è stato istituito con Delibera del Commissario n. 1317/C del 13 ottobre 2008. Nel corso delle riunioni periodiche sono stati approvati:

- Linee Guida e Procedure per la Terapia Trasfusionale;
- Linee Guida e Procedure Emaferesi Terapeutica;
- Linee Guida e Procedure per l'Autoemotrasfusione;
- Protocollo per l'uso appropriato dell'albumina in ospedale;
- Indicazioni alla trasfusione di globuli rossi concentrati;
- Indicazioni alla terapia con plasma fresco congelato;
- Indicazioni alla trasfusione di concentrati piastrinici;
- Richiesta Massima di Sangue per Tipo d'Intervento – MSBOS

Al fine di promuovere il buon uso del sangue nella pratica clinica, le linee guida e le indicazioni sono state ampiamente diffuse presso tutte le strutture aziendali che sono supportate anche dalla presenza assidua del medico trasfusionista.

Vi è tuttattavia da aggiungere che l'A.S.P. di Vibo Valentia, non solo ha raggiunto l'autosufficienza in emocomponenti, ma provvede anche a rifornire degli stessi altre Aziende Sanitarie della Regione.

4.5 Sviluppo di programmi di controllo delle infezioni attraverso il funzionamento del comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere (C.I.O.)

E' stato svolto un accurato lavoro di preparazione delle schede di rilevazione, diversificate per reparti chirurgici, di terapia intensiva e schede standard per gli altri reparti.

Si sta ora procedendo alla raccolta di tali schede e all'elaborazione dei dati in esse contenuti al fine di predisporre interventi specifici ed istruzioni operative.

E' stata implementata l'applicazione delle linee guida sull'antibioticoprofilassi, nelle quali, oltre alle raccomandazioni sulla profilassi antibiotica, vengano riportati i principi generali di prevenzione poiché essi rappresentano la base irrinunciabile per il contenimento delle complicanze infettive postoperatorie e difatti, l'applicazione di tali linee guida presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale ha evitato le complicanze di tipo infettivo.

Presso questa Azienda il C.I.O. coopera con il Nucleo Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico (NARC) presso il quale sono in corso di approvazione il "Protocollo per il lavaggio delle mani" ed il "Protocollo per il corretto uso dei disinfettanti".

4.6 Sintesi della "migliore" azione/pratica individuata che ha prodotto il miglior risultato numerico e/o qualitativo per ogni area strategica

Aree strategiche	*"Migliore" azione/ pratica individuata*	*"Miglior" risultato numerico e/o qualitativo*
Promozione del buon uso dei farmaci	Razionalizzazione del consumo dei farmaci e riduzione della spesa	Riduzione del 55,55% del consumo di albumina e dell'11% del consumo degli antibiotici in una U.O. chirurgica campione
Definizione dei criteri di priorità delle prestazioni chirurgiche in lista per ricovero ordinario e individuazione delle prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili	▪ Creazione di liste di attesa per ricovero ordinario per classi di priorità. ▪ Individuazione di percorsi assistenziali odontoiatrici in pazienti vulnerabili clinici e sociali.	Riorganizzazione percorsi assistenziali di accesso alla struttura in alcune discipline chirurgiche ed in odontoiatria (liste informatizzate)
Promozione della day surgery e della chirurgia ambulatoriale	Diversificazione flusso dei pazienti chirurgici	▪ Effettuazione in day surgery del 47,03% dei DRG chirurgici totali. ▪ Rapporto dimessi entro le 12 ore trasferiti in degenza ordinaria nel 2008 tendente a 0% rispetto all'1,1% del 2007.
Promozione del buon uso del sangue attraverso il funzionamento del Comitato buon uso del sangue (CBUS)	Linee guida buon uso del sangue diffuse e monitorate a livello aziendale	▪ Aumento di oltre il 100% di aferesi rispetto al 2004. ▪ Consumo di concentrati eritrocitari in chirurgia proporzionato alla tipologia degli interventi chirurgici effettuati.
Sviluppo di programmi di controllo delle infezioni correlate alla pratica assistenziale attraverso il funzionamento del Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere (CIO)	33 riunioni del Comitato infezioni ospedaliere	Studi di prevalenza che dimostrano un tasso d'incidenza delle infezioni al 4,67% (range delle strutture più performanti compreso tra il 4 ed il 7%)

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La realizzazione del progetto di ricerca assegnato al PTV ha rappresentato, per quanti vi hanno partecipato, un momento di aggregazione e di confronto importanti, propedeutici allo sviluppo di modelli organizzativi innovativi che, in questa parte conclusiva, si vuole ribadire sono nati e si sono sviluppati sul campo. La ricerca ha offerto l'opportunità di analizzare più approfonditamente l'assetto del governo tecnico-sanitario dell'Azienda, cornice fondamentale all'interno della quale si sono sviluppate l'appropriatezza clinica ed organizzativa, non calate "dall'alto" ma frutto del lavoro di gruppo di figure professionali che si sono confrontate ed hanno discusso sulla base delle personali esperienze. Una menzione particolare merita l'esperienza condotta con l'ASP di Vibo Valentia, che ha dimostrato quanto importante sia la collaborazione tra team professionali di aziende diverse che si scambiano informazioni, documenti, dati. E' un rapporto che si desidera consolidare nel tempo. I risultati della ricerca sono raccolti in questo manuale che offriamo a tutte le aziende con le nostre procedure, i nostri regolamenti, le nostre delibere, pronti ad accogliere suggerimenti per migliorare i nostri comportamenti e la qualità delle cure che eroghiamo ai cittadini che con fiducia a noi si rivolgono.

Bibliografia

Alfaro-Adriàn J., Gill H.S., Murray D.W. (1999): Cement migration after THR, Journal of Bone and Joint Surgery, 81(B): 130-134.

Arthroplasty (2002): an Analysis of Risk Factors and Treatment Options, Journal of Bone and Joint Surgery, 84: 1788-1792.

Bachmeier C.J.M. et al. (2001): A comparison of putcomes in osteoarthritis patients undergoing total hip and knee replacement surgery, OsteoArthritis and Cartilage, 9: 137-146.

Bal B.S. et al. (2005): Ceramic-on-Ceramic versus Ceramic- on-Polyethylene Bearings in Total Hip Artroplasty: Results of a Multicentre Prospective Randomized Study and Update of Modern Ceramic Total Hip Trials in the USA, 10th Biolox Symposium Proceedings, 3: 101-106.

Banta D., Oortwijn W. (2000): Health Technology Assessment and Health Care in the European Union, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 16(2): 626-635.

Battista R.N. (1999): Il ruolo degli epidemiologi nel Technology Assessment, Continuous Quality Improvement, 4(2): 6-7.

Battista R.N. (2006): Expanding the scientific basis of health technology assessment. A research agenda for the next decade, International Journal of Technology Assessment in Health Care.

Beltrametti L., Boitani A., Bosi P.: *Osservazioni e raccomandazioni su Programmi di assistenza alle persone non autosufficienti: Costi e meccanismi di finanziamento*. Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Novembre 2000.

Benedetti Panici P, Zullo MA, Angioli R, Muzii L. Minilaparotomy hysterectomy: a valid option for the treatment of benign uterine pathologies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;119:228–231.

Bonaldi A. (1999): La valutazione delle tecnologie sanitarie e l'Evidence Based Medicine, Continuous Quality Improvement, 4(2): 2-5.

Bowsher J.G. et al. (2004): Effect of Ion Implantation on the Tribology of Metal-on-Metal Hip Prostheses, The Journal of Arthroplasty, 19(8): 107- 111.

Bozic K.J. et al. (2006): Use of Cost-Effectiveness Analysis to Evaluate New Technologies in Orthopaedics: the case of Alternative Bearing Surfaces in Total Hip Arthroplasty, Journal of Bone and Joint Surgery, 88: 706-714.

Burke D.W., Gates E.I., Harris W.H. (1984): Centrifugation as a method of improving tensile and fatigue properties of acrylic bone cement, Journal of Bone and Joint Surgery, 66: 1265-1273.

Carlsson P., Jorgensen T. (1998): Esplorare l'orizzonte alla ricerca di tecnologie sanitarie emergenti, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 1: 695-704.

Carreri G., Barbarella R. (2001): Studio anatomico dell'anca.

Casadei F., Valle R. (2001): Protezione delle superfici mediante termospruzzatura, Innovare, 2: 16-21.

Cherevu CVN, Eyre-Brook IA: Consequences of prolonged wait before gallbladder surgery. Ann R Coll Surg Engl 2002; 84: 20-22.

Centro Studi Assobioomedica, AA.VV. (2004): Health Technology Assessment in Europe.

Chaplin R.P.S. et al. (2006): The mechanical properties of recovered PMMa bone cement: a preliminary study, J. Mater. Sci., 17: 1433-1448.

Chen C.J. et al. (2006): Second-generation Porous-coated Cementless Total Hip Arthroplasties Have High Survival, Clinical Orthopaedics and Related Research, 451: 121-127.

Cicchetti A., Fontana F., Maccarini E.M. (2006): Hospital based health technology Assessment, Tendenze Nuove.

Cicchetti A., Marchetti M. (2007): Verso la SIHTA, 10 anni di HTA in Italia. Coast J. (1992): Reprocessing data to form QALY's, BMJ, 305: 87-90.

Considerazioni funzionali e riflessioni sulla prostetizzazione, G.I.O.T., 27: 97-103.

Consultation document on the findings of the National Beds Inquiry. Department of Health, London, 2000.

Cosmi F., Hoglievina M. (2006): Usura in protesi d'anca Metal-on-Metal: confronto tra due soluzioni, AIAS XXXV Convegno nazionale.

Cross M. J. et al. (2000): Determinants of willingness to pay for hip and knee joint replacement surgery for osteoarthritis, Rheumatology, 39: 1242- 1248.

Cuckler J.M. et al. (2004): Large Versus Small Femoral Heads in Metal-on-Metal Total Hip Arthroplasty, The Journal of Arthroplasty, 19(8): 41-44.

Cuellar A., Wiener J.: Can social insurance for long-term care work? The experience of Germany. *Health Affairs*, 2000, 19:8-25.

Deber R.B. (1990): Metodologie di valutazione della tecnologia e loro impatto sul Decision Making, Proceeding of the Symposium on HTA, 25: 45- 67.

Decking R. et al. (2006): Changes in strain distribuition of loaded proximal femora caused by different types of cementless femoral stem, Clinical Biomechanics, 21: 495-501.

Donaldson T. et al. (2005): Co-Cr Head Roughness and its Effect on Wear of UHMWPE and XLPE Cups, 10th Biolox Symposium Proceedings, 2: 51-58.

Drummond M.F. (1987): “Methods for economic appraisal of health technology”, in Drummond M.S. (a cura di): Economic Appraisal of Health Technology in European Community, Oxford University Press.

Drummond M.F., O’Brien J.O. et al. (2000): Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore.

Eddy D.M.: What care is “essential”; what services are “basic”? *JAMA*, 1991, 265; 782-788.

Engh C.A., Bobyn J.D. (1988): The Influence of Stem size and Extent of Porous Coating on Femoral Bone Resorption after Primary Cementless Hip Arthroplasty, Clinical Orthopaedics and Related Research, 231: 7-28.

Evans P, Brunsell S. Uterine fibroid tumors: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2007;75:1503-8.

Farinon Am, Ricci GL, Sianesi M, Percudani M, Zanella E. Physiopathologic role of microlithiasis in gallstone pancreatitis. Surgery, Gynecology & Obstetrics 1987, 164: 252-256.

Farinon AM, Pacella A, Cetta F, Siamesi M. Adenomatous polyps of the gallbladder. HPB Surgery, 1991, 3: 251-258.

Favaretti C., Liberati A., De Pieri P., Montesanti F., Pilati G. (1998): “Dalla medicina all’assistenza sanitaria basata su prove di efficacia: la sfida dell’aziendalizzazione del servizio sanitario italiano”, in Liberati A. (ed.): La medicina basata sulle prove di efficacia.

Fisher J. et al. (2005): Comparison of the Funtional Biological Activity and Osteolytic Potential of Ceramic on Ceramic and Crosslinked Polyethylene Bearings In the Hip, 10th Biolox Symposium Proceedings, 1: 21-24.

Fleurette F., Banta D. (2000): Health Technology Assessment in France, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 16(2): 400-411.

Fowkes F.G., Gunn A.A.: Yhe management of acute cholecystitis and its hospital cost. Br. J. Surg. 1980; 67: 613-617.

Fung Y.C. (1993): Biomechanics: Mechanical Properties of Living Tissues (II edizione), Springer.
Friedmann G.D.: Natural history of asymptomatic an symptomatic gallstones. Am J. Surg. 1993; 165: 399-404.

Geerdink C.H. et al. (2006): Crosslinked polyethylene compared to cenventional polyethylene in total hip replacement, Acta Orthopaedica, 77 (5): 719-725.

Geddes da Filicaia M.: I livelli essenziali ed uniformi di assistenza. *Salute e territorio*, 2001, 124/125:55-56.

Gillespie W.J., Pekarsky B, O'Connell D.L. (1995): Evaluation of new technologies for total hip replacement, Journal of Bone and Joint Surgery, 77-B: 528- 33.

Goodman C.S. (1998): Technology assessment: A tool for Technology Management and Improved patient outcomes, The Lewing Group, USA. Gray H.: Anatomy of the Human Body, www.bartleby. com.

Grochola L.F. et al. (2007): Comparison of periprotesthetic bone remodelling after implantation of anatomic and straight stem prostheses in total hip arthroplasty, Ach. Orthop. Trauma Surg., 4: 47-57.

Guyatt G.H. et al. (1995): Come valutare la qualità della ricerca?Le revisioni sistematiche, JAMA, 274: 1800-04.

Guzzanti E, Mastrobuono I. I livelli essenziali di assistenza: L'evoluzione e l'interpretazione della normativa, i problemi e le proposte. Mondo Sanitario. 2001;VIII(7-8):17-36.

Guzzanti E. La formazione continua. Organizzazione Sanitaria 2000;1:7-16.

Guzzanti E.: Il problema del finanziamento: le ragioni di una scelta. In: *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie*. Il Pensiero scientifico editore, Roma, 1999.

Guzzanti E., Mastrilli F., Mastrobuono I., Mazzeo M.C.: Day surgery: concetti e possibilità di attuazione. *Federazione medica*, 1993, 1:7-13.

Hallyday D., Resnicck R., Krane K.S. (2001): Fisica 1 (IV edizione), Casa Editrice Ambrosiana.

Ham C., Coulter A.: Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices. *Journal Health Serv. Res. Policy*, 2001; 6: 163-169

Hart A., Hart D., Craine L. (1998): Chimica organica (IV edizione), Zanichelli.

Health Care Systems in transition: Spain. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996.

Hedlundh U. et al. (1996): Dislocations and the Femoral Head Suze in Primary Total Hip Arthroplasty, Clinical Orthopaedics and Related Research, 333: 226-233.

Hodge W.A. et al. (1986): Contact Pressures in the Human Hip Joint Measured in Vivo, Biophysics, 83: 2879-2883.

Hook S. et al. (2006): The Exeter universal stem: a minimum ten years review from an independent centre, Journal of Bone and Joint Surgery, 88(B): 1584- 1590.

Howell J.R. et al. (2004): In vivo surface wear mechanisms of femoral components of cemented total hip arthroplasty, The Journal of Arthroplasty, 19(1): 88- 101.

Howie D.W., Middleton R.G., Costi C. (1998): Loosening of matt and polished cemented femoral stems, Journal of Bone and Joint Surgery, 80(B): 573-576.

Indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Studio svolto nel

1999-2000 dall'ISTAT con il contributo del Fondo sanitario nazionale.

Istituto Superiore di Sanità (2004): PNLG8: Revisione sistematica sulle protesi d'anca: affidabilità dell'impianto.

Istituto Superiore di Sanità (2005): Rapporti ISTISAN 05/18 Progetto per l'istituzione del Registro nazionale degli interventi di protesi di anca.

Istituto Superiore di Sanità (2006): Rapporti ISTISAN 06/4 Qualità di vita e protesi d'anca.

Jalali-Vahid D. et al. (2001): Prediction of lubrificating film thickness in UHMWPE hip joint replacements, Journal of Biomechanics, 34: 261-266.

Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev 2006 Apr 19; (2): CD003677.

Kizer K.: Establishment health care performance standards in an era of consumerism. *JAMA*, 2001, 286:1213-1217.

Kurtz S.M. et al. (2002-2003): Comparison of the Properties of Annealed Crosslinked (Crossfire) and Conventional Polyethylene as Hip Bearing Materials, Bulletin Hospital for Joint Diseases, 1: 17-26.

Laurenza F., Lispi A., Ruo P. (2001): Angolo cervico diafisario e off-set femorale: indici qualificanti nella biomeccanica della protesi d'anca, G.I.O.T., 27: 168-172.

Lee A. et al. (2002): Factors affecting the mechanical and viscoelastic properties of acrylic bone cement, Journal of Materials Science: Materials in Medicine, 13: 723-733.

Lee S.S. et al. (2007): Roles of Cellular and Molecular Targets of Wear Debris in Periprosthetic Osteolysis, 12th Biolox Symposium Proceedings, 1: 19-30.

Levaggi R., Capro S. (2004): Economia Sanitaria (I edizione),
Franco Angeli Editore.

Li M.G. et al. (2007): Periprosthetic changes in bone mineral density in 5 stem design 5 years after cemented total hip arthroplasty, The Journal of Arthroplasty, 22(5): 689-691.

Mahon J.L. et al. (2002): Health-related quality of life and mobility of patients awaiting elective total hip arthroplasty: a prospective study, CMAJ, 167(10): 1115-21.

Manili M. et al. (2001): Il corretto posizionamento del cotile nelle protesi primarie e di revisione, G.I.O.T., 27: 198-206.

Martini F.H., Timmons M.J., Tallitsch R.B. (2004): Anatomia Umana (II edizione), EdiSES.

Mastrobuono I., Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C.: *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*. Il Pensiero scientifico Editore. Roma, 1999.

Mazzucco D., Spector M. (2004): The role of Joint Fluid in the Tribology of Total Joint Arthroplasty, Clinical Orthopaedics and Related Research, 429: 17-32.

Mears R., Taylor R. et al. (2000): Review of international Health Technology Assessment. Project Report, National Institute for Clinical Excellence.

Merrill RM. Hysterectomy Surveillance in the United States, 1997 through 2005. *Med Sci monit* 2008;14:CR24-31.2.

Min Xu et al. (2005): Classifying health-related quality of life outcomes of total hip arthroplasty, BMC Musculoskeletal Disorders, 6: 48-56.

Monesi V. et al. (2002): Istologia (V edizione), Piccin.

Moskal J.T., Jordan L., Brown T.E. (2004): The porouscoated anatomic total hip prosthesis, The Journal of Arthoplasty, 19(7): 837-844.

Mr. Donald C., Myers F.: *Health and Social Care in Scotland. Policy making in a devolved contest*. Institute for Applied Health and Social Policy, August 2001.

Naylor C.D. (1995): Zone grigie nella pratica clinica, Lancet, 345: 840-842.

Nelissen R., Garling E.H., Valstar E.R. (2005): Influence of cement viscosity and cement mantle thickness on migration of the Exeter total hip prosthesis, The Journal of Arthroplasty, 20(4): 521-528.

Nilsdotter A.K., Lohmander L.S. (2003): Patient Relevant Outcomes after total hip replacement. A comparison between different surgical tecniques, Health and Quality of Life Outcomes, 1: 21-29.

Noble P.C. et al. (1988): The Anatomic Basis of Femoral Component Design, Clinical Orthopaedics and Related Research, 235: 148-165.

Norman-Taylor F.H., Palmer C.R., Villar R.N. (1996): Quality-of-life improvement compared after hip and knee replacement, Journal of Bone and Joint Surgery, 78-B: 74-7.

Norman-Taylor F.H., Villar R.N. (1997): Hybrid hip arthroplasty in the Younger Patients, Journal of Arthroplasty, 6: 646-650.

Pasch D. et al. (2007): Good survival of uncemented tapered stems for failed intertrochanteric osteotomy: a mean 16 years study in 45 patients, Arch. Orthop. Trauma Surg., 2: 402-407.

Pelosi MA II, Pelosi MA III. Pelosi minilaparotomy hysterectomy:a non endoscopic minimally invasive alternative to laparoscopy and laparotomy. *Surg Technol Int* 2004;13:157–167.

Peters C.L. et al. (2001): The effect of femoral prosthesis design on cement strain in cemented total hip arthroplasty, The Journal of Arthroplasty, 16(2): 216-224.

Pietrabissa R. (1996): Biomateriali per Protesi e Organi Artificiali (I edizione), Pàtron Editore.

Postacchini F., Ippolito E., Ferretti A. (2006): Ortopedia e Traumatologia (I edizione), Antonio Delfino Editore.

Prieto L., Sacristan J.A. (2003): Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs), Health and Quality of Life Outcomes, 1: 80-88.

Rahmy A.I.A. et al. (2004): Periprosthetic bone remodelling of two types of uncmented femoral implants with proximal hydroxyapatite coating, Osteoporos Int, 15: 281-289.

Rapporto della Commissione di studio del Ministero della sanità sulla Day surgery e la chirurgia ambulatoriale: *Proposte per la organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno*. Roma, febbraio 2001.

Rasanen P. et al. (2007): Effectiveness of hip or knee replacement surgery in terms of quality adjusted life years and costs, Acta Orthopaedica, 78(1): 108- 115.

Rat A.C. et al. (2005): OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis, Journal of Clinical Epidemiology, 58: 47-55.

Rat A.C. et al (2007): Effect of order of presentation of a generic and specific healt-related quality of life instrument in knee and hip osteoarthritis: a randomized study, OsteoArthritis and Cartilage , doi:10/1016/j.joca.2007.07.011.

Regione Emilia Romagna: Rendiconto attività R.I.P.O. Dati complessivi interventi di protesi d'anca e ginocchio in Emilia Romagna aggiornati al 31 dicembre 2005, Registro Regionale di Implantologia Protesica Ortopedica.

Robert G., Gabbay J., Stevens A. (1998): Quali sono le migliori fonti di informazioni per identificare tecnologie sanitarie emergenti, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 4: 636- 643.

Rosemann T. et al. (2006): Comparison of AIMS2_SF, WOMAC, x-rays and a global physician assessment in order to approach quality of life in patients suffering from osteoarthritis, BMC Musculoskeletal Disorders, 7: 6-14.

Rosemann T., Laux G., Szecsenyi J. (2007): Osteoarthritis: quality of life, cormobidities, medication and health service utilization assessed in a large sample of primary care patients, Journal of Orthopaedic Surgery and Research, 2: 12-21.

II° Rapporto sullo stato di attuazione e sugli effetti derivanti dall'applicazione dell'indicatore della situazione economica (ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo n. 109/98). Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica. Gennaio 2001.

Saaty T.L. (1980): Analytic Hierarchy Process, Warton School of Business, Mc Graw Hill.

Sano K., Ito K., Yamamoto K. (2006): Changes of bone mineral density after cementless total hip arthroplasty with two different stems, International Orthopaedics, 1: 10-16.

Santavirta S. et al. (2003): Alternative materials to improbe total hip replacement tribology, Acta Orthop. Scand., 74(4): 380-388.

Sherpe V., Freden A.: Appropriateness in patient care: a new conceptual framework. *The Milbank Quarterly*, 1996, 74:115-138.

Sesti F, Calonzi F, Ruggeri V, Pietropolli A, Piccione E**.** Laparoscopic-Assisted Vaginal Hysterectomy versus Vaginal Hysterectomy versus Minilaparotomy Hysterectomy for enlarged myomatous uteri. *Int J Gynecol Obstet* (in press).

Stone R.: Long-term care for the elderly with disabilities. Milbank Memorial Fund, New York, August 2000.

Shen G. (1998): Femoral stem fixation, Journal of Bone and Joint Surgery, 80(B): 754-756.

Sholes S.C., Unsworth A., Goldsmith A.J. (2000): A frictional study of total hip joint replacements, Phys. Med. Biol., 45: 3721-3735.

Smailys A. et al. (2007): Exeter total hip arthroplasty with matte or polished stems, Medicina (Kaunas), 43(3): 215-220.

Smith W.F. (1995): Scienze e tecnologie dei materiali (I edizione), Mc Graw-Hill.

The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st Century. Department of Health, England, 2001.

The International Committee of Medical Journal Editors: Sponsorship, Authorship and Accountability. *New England Journal of Medicine*, 2001, 305:825-827.

The Government's Expenditure Plans 2001-2002, Department of Health of England, London, May 2001.

Towheed T.E., Hochberh M.C. (1996): Health-Related Quality of Life After Total Hip Replacement, Seminars in Arthritis and Rheumatism, 26: 1-9.

Vollmer R.: *Long-Term Care Insurance in Germany*. OECD Workshop, Tokyo, 2000.

Wang A. et al. (2005): Role of Ceramic Components in the Era of Crosslinked Poluethylene for THR, Basics of Ceramic Components in Hip Arthroplasty, 1: 49-62.

Wang F.C., Jin Z.M. (2006): Lubrification Modelling of Artificial Hip Joints, IUTAM Symposium on Elastohydrodynamics, 1: 385-396.

Webb J.C.J. et al. (2007): The role of Polymethilmethacrylate bone cement in modern orthopaedic surgery, Journal of Bone and Joint Surgery, 89-B: 851- 857.

Won Y.Y. et al. (2007): Mechanical Effect of the articulating Materials on the Proximal Femur and the Femoral Stem in Total Hip Arthroplasty,12th Biolox Symposium Proceedings, 5: 229-236.

Wylde V., Learmonth I.D., Cavendish J.V. (2005): The Oxford hip score: the patient's prospective, Health and Quality of Life Outcomes, 3: 66-74.