

LIGURIA/ Rinnovata l'organizzazione del blocco operatorio con il metodo Lean

Galliera, chirurgia al restyling

Più efficienza hi-tech grazie alla collaborazione con start-up innovative



L'ospedale genovese ha negli ultimi anni portato avanti un percorso di miglioramento oggi oggetto di studio da parte di altre strutture. Lo ha saputo fare in un periodo di budget contenuti, investendo molto sulla formazione interna e utilizzando al meglio le proprie risorse e persone, ma anche dimostrando la capacità di saper identificare e coltivare idee innovative provenienti dal territorio. Ha saputo, come si annuncia spesso, fare veramente sistema, ed è stato il sistema nel suo complesso a trarne beneficio. Così è stato deciso di aggredire le problematiche legate al blocco operatorio, che rappresenta dal punto di vista organizzativo una delle realtà più complesse nel mondo sanitario. È un ambito infatti caratterizzato dalla presenza di tecnologia complessa, forte interazione tra i vari professionisti coinvolti, elevata intensità assistenziale, il tutto concentrato in un ambiente circoscritto in cui sono centralizzate molteplici attività e specializzazioni.

L'attività svolta in area chirurgica è fondamentale per la vita stessa dell'ospedale che

fonda buona parte della propria mission e sostenibilità sui suoi livelli di performance. L'efficacia e l'efficienza in questo ambito rappresentano un aspetto cruciale per ogni struttura ospedaliera. Ne deriva l'obbligo di sviluppare un sistema organizzativo che aiuti nella gestione ottimale delle risorse materiali e professionali, assicurando la migliore assistenza unitamente alla massima sicurezza ottenibile per pazienti ed operatori. Dalle prime analisi è emerso in modo evidente che doveva essere riorganizzato e governato il percorso operatorio nel suo complesso, dal primo contatto del paziente con l'ente fino al follow-up post intervento.

Il Galliera ha quindi sviluppato un programma di progressivo incremento e miglioramento dei vari aspetti coinvolti, da quelli culturali della gestione del rischio, agli strumenti informatici, alla sperimentazione organizzativa e gestionale che applicando i principi delle tecniche Lean ha permesso di pervenire a percorsi di assistenza integrati ed efficienti.

L'innovazione tecnologica e dei processi è



stata supportata da **surgiQ**, un prodotto derivato dalla ricerca universitaria e maturato proprio in Galliera, dove ha trovato terreno fertile grazie alla riorganizzazione in atto e alla forte interazione tra ospedale, l'impresa e università che l'ente ha saputo creare e coltivare.

A Genova di fatto si faceva "user centered design" prima che il concetto fosse di moda e i risultati si sono visti. Premio Smau nel 2010, finale Techgarage nel 2013, oggi surgiQ è una start-up innovativa, una realtà in grado di trovare riscontro fuori Italia e raccogliere al suo

primo round di finanziamento oltre 200 mila euro convincendo un pool di "business angel" che efficienza e trasparenza in sanità potevano essere un settore nel quale investire.

Ed è proprio la trasparenza uno dei temi ricorrenti, quando il progetto viene raccontato dagli utenti che ne beneficiano ogni giorno. Non è solo questione di trasparenza ed equità verso i pazienti che così viene garantita, un aspetto sicuramente fondamentale oltre che requisito normativo, è anche una questione di migliorare la comunicazione interna, sapere chi fa cosa e avere sempre i dati disponibili in modo chiaro e veloce. Aspetti questi che, per usare le parole di **Ivan Porro**, Ceo di surgiQ, «sono assolutamente di interesse anche in Inghilterra, dove abbiamo potuto personalmente verificare quanto margine di miglioramento possa esserci in termini di qualità dei dati».

Francesco Canale
dirigente medico dell'Ospedale Galliera
coordinatore per il Percorso chirurgico

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MARCHE

Disfagia, all'Inrca la chance polifarmacoterapia

La disfagia è un disturbo che comporta l'alterazione delle normali funzioni deglutitorie e interessa in genere il 20% delle persone sopra i 50 anni e dal 30 al 60% degli anziani che vivono in strutture residenziali e case di riposo. La presenza di disfagia può comportare complicanze importanti sia da un punto di vista respiratorio, per l'elevato rischio di penetrazione e aspirazione nelle vie aeree e conseguente polmonite ad ingestis, che da un punto di vista nutrizionale, con conseguente rischio di malnutrizione, disidratazione e squilibri idroelettrolitici. La disfagia riguarda in genere l'area della cavità orale, oppure faringe o esofago, e può essere causata dall'indebolimento dei muscoli dovuto all'invecchiamento o da malattie neurodegenerative come Alzheimer e Parkinson, che compromettono il corretto funzionamento dei nervi, nonché da farmaci assunti talvolta in maniera continuativa dai soggetti anziani (disfagia iatrogena).

L'indagine. Con l'obiettivo di valutare il legame tra farmaci e disfagia, ancora poco descritto a livello scientifico, l'Ircs Inrca - Istituto nazionale Riposo e cura anziani - ha condotto una survey su 140 anziani all'interno

di due Residenze sanitarie assistite (Rsa) nel territorio del comune di Ancona, effettuato nel periodo tra ottobre 2014 e gennaio 2015. Sono stati valutati lo stato nutrizionale - che include dieta, peso e indice di massa corporea - e l'eventuale presenza di disfagia. Il campione, composto per l'80% da donne e dal 20% da uomini, presentava un'età media di 86 anni: il 60% con patologie degenerative e il 93% con comorbidità e un tempo medio di permanenza in struttura di 434 giorni. Il 79% dei pazienti era in grado di nutrirsi in maniera indipendente, con un tempo medio per pasto compreso tra 45 e 60 minuti.

Tendenze. Circa il 34% dei pazienti è risultato disfacico, il 26% sottoposto ad una dieta a consistenza modificata e il 14% in regime di nutrizione artificiale. Relativamente alla valutazione dello stato nutrizionale, il 34% risultava malnutrito, con un Indice di Massa Corporea inferiore a 22 Kg/m², mentre il 40% aveva registrato negli ultimi 6 mesi una perdita di peso non intenzionale superiore al 5%. Disfagia e malnutrizione infatti presentano molti aspetti in comune

che spesso si sovrappongono, contribuendo alla difficoltà di riconoscimento da parte del personale sanitario. Tra i dati più significativi emersi vi è il numero medio di farmaci assunti quotidianamente dai pazienti, risultato pari a 8, con picchi di 19 diversi medicinali nei casi più complessi. Inoltre, è stato riscontrato che ben l'87% del campione (ovvero quasi 9 anziani su 10) assumeva da 1 a 4 farmaci al giorno che potenzialmente possono provocare disfagia, aumentando così il relativo rischio di malnutrizione.

L'effetto dei farmaci. Emergono in particolare tre meccanismi con cui i farmaci incidono negativamente sul processo deglutitorio. Il primo è l'effetto collaterale del farmaco stesso, ad esempio di principi attivi che riducono la produzione di saliva (xerostomia), riscontrati nell'11% del campione e che contengono citalopram, metoclopramide, paroxetina e lisinopril oppure di antipsicotici e neurolettici, presenti nel 25%, i cui principi attivi più comuni sono la quietapina, la clozapina, l'olanzapina, il risperidone e l'aloiperidolo. Poi ci sono le

complicanze dovute all'azione terapeutica: è il caso dei narcotici e degli antiepilettici che, agendo sul sistema nervoso centrale, riducono vigilanza e attenzione, compromettendo così la sicurezza del processo deglutitorio: contengono generalmente ossicodone, fenobarbital, prednisone, clonazepam, diazepam, paracetamolo e codeina oppure morfina. Ne fa uso il 32% dei pazienti dello studio. Alcuni farmaci infine producono danni alla mucosa esofagea, come gli antinfiammatori non steroidei e i bifosfonati (ibuprofene, acido acetilsalicilico e acido alendronico), o gli integratori di ferro o di potassio, comunemente usati per lunghi periodi dalle persone in età avanzata, ad esempio nel trattamento dell'osteoporosi o per problemi cardiaci (riscontrati nel 29% dei casi). Specialmente negli anziani soggetti a polifarmacoterapia quindi è importante valutare periodicamente la funzionalità deglutitoria, al fine di sostituire prontamente il principio attivo potenzialmente lesivo con uno meno dannoso, o addirittura sospenderlo se non strettamente necessario.

Gestione multidisciplinare. La

gestione della disfagia è una pratica complessa, che richiede la presenza di un gruppo di lavoro interdisciplinare costituito da esperti con competenze specifiche. Per questo all'Inrca di Ancona l'ambulatorio di Nutrizione clinica ha previsto un percorso diagnostico terapeutico multi specialistico per i pazienti disfagici. Oltre alla valutazione dello stato nutrizionale vengono infatti eseguiti l'esame clinico delle funzioni deglutitorie ed il riesame della terapia farmacologica. Per fornire diagnosi in tempi rapidi l'ambulatorio include vari specialisti, tra cui medico nutrizionista, infermiere, farmacista, dietista, logopedista e fisioterapista. Se necessario, il paziente viene sottoposto a valutazione strumentale della deglutizione (Fees) da parte dello specialista pneumologo.

Paolo Orlandoni
responsabile Unità operativa
Nutrizione clinica, Centro
di riferimento regionale
per la nutrizione artificiale domiciliare
Ircs Inrca
Claudia Venturini
dirigente medico Unità operativa
Nutrizione clinica Ircs Inrca

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PUGLIA

Piano di riordino ospedaliero ai nastri di partenza

È definitivo e ormai da attuare il piano di riordino ospedaliero che, nonostante la doppia bocciatura in commissione regionale Sanità, diventa operativo perché non sarà necessario il suo riesame in giunta regionale, così come previsto dallo statuto.

Lo sarà, se necessario - ma non prima del prossimo aprile e quindi solo per adeguarlo ai Lea quando saranno stati adottati ufficialmente - e sempre d'intesa con i ministeri della Salute e il Mef che lo hanno approvato a novembre scorso.

Discusso in lungo e in largo per un anno intero, il piano di riordino può partire e la sanità

formato **Michele Emiliano** può entrare così nel vivo perché - come dice il governatore pugliese - «adesso bisogna cominciare a mettere le mani sugli ospedali, le strutture», e dunque su chiusure e riconversioni di ospedali che definisce «inutili e pericolosi» e da riconvertire in moderne strutture di lungodegenza per malati cronici, in ambulatori diagnostici territoriali e in ospedali di comunità.

Il piano di riordino, voluto dal Dm 70/2015 di riorganizzazione di tutta l'assistenza ospedaliera italiana, prevede, per il momento, 8 chiusure di ospedali

(Trani, Triggiano, Terlizzi, Mesagne, San Pietro Vernotico, Grottaglie e Canosa) che si aggiungono alle 6 varate dalla precedente giunta Vendola che, durante la sua gestione, aveva decretato il de profundis per 22 ospedali sparsi in tutta la regione.

Entro i prossimi 10 anni queste chiusure rischiano però di modificare i rapporti di forza a tutto vantaggio della sanità privata. Secondo **Antonio Mazzarella**, responsabile Cgil Medici Puglia, nella prima fase di attuazione del piano, quella da realizzare entro il 2017,

«avremo 31 ospedali pubblici e 31 privati, ma nella seconda fase, che si concluderà nel 2025, avremo 21 ospedali pubblici a fronte di 31 strutture accreditate». Ma il vero punto non sarebbe questo: la Cgil non deve guardare ai posti letto garantiti ai privati, il cui numero non cambia, ma alla capacità di rendere prestazioni efficienti e sostenibili economicamente. «Il posto letto non è più un criterio. Contano le prestazioni da assicurare e con i privati - spiega **Giancarlo Ruscitti**, direttore del dipartimento Salute della regione - dopo i tagli del 2%

sul fatturato 2014 negozieremo ogni anno sui bisogni e sulle tipologie delle prestazioni. La nostra sfida è invece sull'aumento dell'indice di rotazione sullo stesso posto letto che è ancora alto e che deve essere più efficiente e veloce». Entro il 2017 chiuderanno poi molti punti di primo intervento, ovvero poliambulatori (presenti all'interno di strutture ospedaliere) in cui lavorano decine di medici e infermieri, veri e propri presidi per i singoli territori, ma spesso sottoutilizzati.

L'obiettivo è cassarne 24 su 30, cioè quelli che non effettua-

no più di 6mila interventi l'anno concentrati soprattutto in provincia di Bari (per esempio Polignano a Mare, Mola di Bari, Gioia del Colle e Casamassima), in Valle d'Itria, Salento e provincia di Foggia. Sul piano strutturale, entro i prossimi due anni saranno completati i lavori sugli ospedali principali dei capoluoghi (a Foggia, al Perrino a Brindisi, al Vito Fazzi a Lecce e al Moscati di Taranto) e ci sarà il via ai nuovi: quello di Monopoli-Fasano per il sud barese e il San Cataldo nel capoluogo jonico.

Vincenzo Rutigliano

© RIPRODUZIONE RISERVATA