

CAMPANIA

Un progetto aziendale per migliorare la gestione delle infezioni fungine

A colloquio con **Nicola Silvestri**

Direttore Sanitario, AORN dei Colli, Napoli

Una domanda introduttiva: ci descrive la realtà in cui opera?

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale dei Colli di Napoli, prevista nel provvedimento di riassetto ospedaliero della Regione Campania, approvato con decreto n. 49 del 27 settembre 2010 dal Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario, nasce dalla fusione delle disciolte Aziende Ospedaliere 'Vincenzo Monaldi' e 'Domenico Cotugno', e dall'accorpamento del Presidio Ospedaliero CTO (Centro Traumatologico Ortopedico), prima appartenente all'ASL Napoli 1 Centro.

La nuova Azienda, la cui decorrenza giuridica ha avuto luogo dall'1 gennaio 2011, ha l'obiettivo di assicurare un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini sia attraverso la riduzione delle attività considerate inappropriate sia mediante la riorganizzazione funzionale ed operativa delle strutture ospedaliere.

Lo specifico mandato affidato all'AORN dei Colli, dotata di 1041 posti letto, è quello di realizzare una stretta integrazione funzionale tra l'Ospedale Monaldi, ad indirizzo pneumo-cardiovascolare, l'Ospedale Cotugno, ad indirizzo infettivologico ed epatologico, e l'Ospedale CTO, ad indirizzo ortopedico-riabilitativo, che garantisca obiettivi di razionalizzazione e di maggiore efficienza del sistema, ivi compreso quello di perseguire ulteriori economie e, soprattutto, di assicurare un'integrazione assistenziale capace di invertire il flusso di mobilità sanitaria passiva.

I provvedimenti regionali hanno anche sancito l'inclusione nella rete dell'emergenza di alcune rilevanti attività della nuova Azienda, allo scopo di poter superare una criticità che da sempre ha connotato l'attività degli ospedali confluiti, le cui funzioni di alta specialità sono, ancora oggi, prevalentemente svolte in elezione. Tale scelta programmatica, che si realizzerà anche attraverso la sottoscrizione delle opportune intese tra la Regione Campania e le Facoltà di Medicina e Chirurgia delle due Università napoletane, Federico II e SUN, ha un valore particolarmente strategico per la rete dell'emergenza ospedaliera dell'area metropolitana della città di Napoli. In particolare, l'attività cardiologica, centro di terzo livello, sarà filtrata dalla Centrale Operati-

va 118, con compiti di processazione delle chiamate ed identificazione della gravità/urgenza del caso, e coordinata da una centrale operativa cardiologica, per selezionare la costruzione del percorso assistenziale con funzioni di alta specialità adeguate alle esigenze del paziente.

Quali le motivazioni che hanno reso opportuna la ricerca di un'organizzazione della gestione delle infezioni fungine?

Il progetto aziendale si prefigge, previa rilevazione epidemiologica dell'incidenza delle infezioni fungine correlate all'assistenza, di migliorare il processo di gestione dei pazienti all'interno delle aree critiche, ivi compresa l'Unità di Terapia Intensiva Neonatale.

La ricerca prevede poi la revisione dell'aderenza alle procedure di controllo delle infezioni da parte del personale medico ed infermieristico. In breve, l'obiettivo del progetto concerne la predisposizione di un programma di gestione terapeutica e procedurale delle infezioni fungine al fine di ridurre la probabilità di contaminazione.

Ci fornisce una descrizione sintetica del progetto e le aspettative nel prossimo futuro?

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano un importante problema soprattutto nelle Unità Operative di Terapia Intensiva, dove elevato è il rischio di contaminazione a causa delle condizioni cliniche dei soggetti degenti. In Azienda sono già in uso protocolli che dettano le procedure per la gestione dei degenti al fine di controllare e ridurre il rischio di contagio delle infezioni batteriche.

Più problematico è, viceversa, il controllo delle infezioni fungine. Queste ultime rappresentano un problema sempre più rilevante negli ospedali. Infatti, secondo i dati della letteratura scientifica nordamericana e dei Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie (Centers for Disease Control - CDC), i famosi organismi di controllo sulla sanità pubblica degli Stati Uniti incaricati di monitorare, prevenire e suggerire gli interventi più appropriati in caso di contagio diffuso ed epidemie, la loro incidenza è in forte aumento dagli anni Novanta. Ad esempio, su un totale di un milione di episodi di sepsi osservati dal 1991 al 2001 negli Stati Uniti, quelli dovuti ad eziologia fungina sono passati da poco più di 5000/anno nel 1991 ad oltre 20.000/anno nel 2001. In Europa, i dati sono meno facilmente disponibili ed interpretabili. Mentre le cause di sepsi negli Stati Uniti collocano la

Mappatura dei processi inseriti nel percorso dei pazienti in terapia intensiva:

- processo di diagnosi dell'infezione;
- processo di individuazione e definizione della terapia;
- processo di dimissione del paziente.

La mappatura è stata realizzata raccogliendo anche la VOC (Voice of Customer) in termini di criticità lungo tale percorso, coinvolgendo tutte le diverse professionalità.



Candida solidamente al 3^o-4^o posto, in Europa i dati disponibili sono di solito inferiori. In alcuni contesti, tuttavia, come le ICU e la chirurgia (specie quella addominale), le infezioni da *Candida* restano numericamente e clinicamente molto rilevanti, anche per l'elevata mortalità.

Secondo dati recenti prodotti dal Gruppo italiano per la valutazione degli interventi in terapia intensiva, il gruppo collaborativo che promuove e realizza progetti di ricerca indipendenti orientati alla valutazione e al miglioramento della qualità dell'assistenza, in Italia le infezioni fungine da *Candida* in terapia intensiva si attestano tra il 2% e il 4%.

A loro volta, le infezioni da *Aspergillus* presentano problematiche molto variegata: sono comunque in grande incremento le pratiche immunosoppressive, che rendono più frequente tale infezione, e la mortalità, una volta che l'infezione sia provata, è molto elevata.

L'applicazione della metodologia Lean Six Sigma può rappresentare uno strumento utile di intervento in tal senso?

La metodologia Lean Six Sigma (LSS) ha il pregio di combinare la potenza dell'analisi statistica dei dati propria del Six Sigma, focalizzato sulla riduzione degli errori e della variabilità dei processi, con i principi e gli strumenti finalizzati all'eliminazione degli sprechi e alla riduzione dei tempi di attraversamento tipiche della Lean, mediante la creazione di processi stabili e prevedibili.

Al pari di altre similari metodologie traslate dall'industria, il LSS

non ha la pretesa di soppiantare gli operatori sanitari, bensì di supportarli quotidianamente nel perseguimento del miglioramento continuo, attraverso una perfetta combinazione fra l'approccio scientifico nella cura del paziente e il rigore metodologico volto all'erogazione efficace e snella dei servizi. Allo stato il progetto, già avviato dall'inizio dell'anno, ha consentito di stabilire un dettagliato Piano delle Azioni da intraprendere al fine di ottimizzare il processo di diagnosi microbiologica, partendo dalle procedure di raccolta dei campioni e dall'ideale compilazione delle richieste, fino alla tempistica di rilascio dei referti definitivi e alla loro corretta interpretazione. Inoltre, è stata individuata un'ulteriore opportunità di miglioramento nella stesura di un protocollo diagnostico-terapeutico aziendale per i pazienti con infezione fungina invasiva (IFI) sospetta o accertata da parte di un gruppo di lavoro interdisciplinare formato dalle professionalità che, a diversi livelli, agiscono nel processo (personale delle terapie intensive, infettivologi, farmacisti, microbiologi e medici di organizzazione). Quanto sopra, unitamente al forte coinvolgimento degli operatori sanitari, nella ferma convinzione che la più forte motivazione al cambiamento risiede nell'affidare agli stessi attori di un processo la gestione del suo continuo miglioramento, contribuirà in maniera importante al raggiungimento dell'obiettivo che ci si è prefissi.

Tale certezza deriva non solo dalle premesse incoraggianti del progetto in corso, ma anche da una pregressa esperienza di applicazione della metodologia del LSS all'interno dell'Ospedale Monaldi.

Il progetto, finalizzato al controllo della circolazione dei microrganismi multiresistenti nell'Unità Operativa di Rianimazione, si svolge nel 2010; ancora oggi, invero, raccogliamo i frutti derivan-

ti dalla risoluzione di alcune criticità a cui si pervenne proprio grazie alla metodologia LSS.

Quali gli obiettivi ispiratori del progetto in corso?

L'introduzione di nuovi e costosi farmaci antifungini e la prossima registrazione di altri attivi, a fianco dei farmaci di impiego storico, impongono una migliore e più allargata discussione sulle più corrette prospettive di impiego. Nondimeno, i dati epidemiologici disponibili suggeriscono molta cautela nel ricorso a nuove opzioni terapeutiche in pazienti non effettivamente ad alto rischio di micosi sistemica.

Occorre, pertanto, definire una linea di condotta che consenta di identificare i gruppi di pazienti a rischio e di utilizzare al meglio l'eventuale profilassi o la *pre-emptive therapy*. È risaputo, infatti, che la diagnosi delle IFI (in particolare, aspergilloso invasiva ed altre infezioni da ifomiceti) presenta difficoltà per l'assenza, specialmente nelle fasi iniziali della malattia, di segni e sintomi significativi e per la scarsa specificità dei presidi diagnostici non invasivi.

Per questi motivi nel 2007 l'European Organization for Research in the Treatment of Cancer (EORTC) ha proposto un percorso diagnostico-terapeutico in considerazione dei diversi aspetti clinici e diagnostici presenti nei pazienti (l'ospite) e del trattamento da instaurare, adottando una classificazione che distingue l'infezione certa da quella probabile e da quella possibile. In considerazione di ciò, il trattamento delle infezioni fungine invasive (IFI), profilassi antifungina e terapia, deve essere instaurato in considerazione dei vari gradi di rischio dei pazienti.

Viceversa, nel sospetto clinico di IFI si impone un'immediata terapia empirica che deve tener conto delle informazioni epidemiologiche e della possibile eziologia fungina del paziente. Un trattamento presuntivo deve essere instaurato nell'infezione possibile, quello *'pre-emptive'* (pre-clinica) nell'infezione probabile, e quello mirato nell'infezione certa. Indispensabili sono le indagini radiologiche e di laboratorio per confermare o escludere la presenza di IFI.

In particolare, il laboratorio di microbiologia concorre nella definizione di IFI con metodiche non colturali (per esempio, galattomannano), mediante l'isolamento dell'agente fungino responsabile, la determinazione delle MIC degli agenti antifungini e il monitoraggio delle concentrazioni plasmatiche di questi agenti nei pazienti in terapia. In questa prospettiva, la metodologia del LSS, che, come è noto, fonda uno dei punti di forza sulla distinzione fra attività a valore aggiunto (VA) e quelle cosiddette a non valore aggiunto (NVA), nel prospettare un contenimento della variabilità dei processi assistenziali, può consentire di identificare i passaggi privi di valore che costituiscono un vero e proprio costo e come tali devono essere identificati e misurati al fine di ridurli e, quando possibile, eliminarli. ■ ML

LOMBARDIA

La rete ematologica lombarda: i vantaggi per i pazienti e per i professionisti

A colloquio con Annamaria Nosari

Dipartimento di Ematologia ed Oncologia

SC Ematologia, AO Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

La rete ematologica lombarda è un modello di riferimento nazionale. Ce ne descrive la genesi e l'organizzazione attuale?

La REL nasce nel febbraio 2008 per volere della giunta regionale lombarda con l'obiettivo di costruire una rete tra tutti i centri ospedalieri della Regione Lombardia impegnati nella cura delle malattie del sangue quali leucemie, linfomi, mielomi, anemie, piastrinopenie, patologie emorragiche e trombotiche. Alla luce dei nuovi scenari terapeutici particolarmente innovativi che si presentavano in quegli anni (anticorpi monoclonali, inibitori delle tirosinchinasi) sembrava opportuno costituire una rete che consentisse a tutti i cittadini lombardi pari opportunità di diagnosi e cura, e in particolare l'appropriatezza nell'uso delle nuove tipologie di farmaci che venivano messe a disposizione.

Il Network di Ematologia presenta una struttura organizzativa che comprende un Gruppo di coordinamento (Gruppo di Approfondimento Tecnico - GAT) e 11 Commissioni di lavoro per area tematica. Il GAT si è occupato in questi anni della progressiva implementazione della REL, con lo sviluppo di progetti innovativi per la realizzazione della rete di patologia, validando le iniziative organizzate o sostenute dalla REL ed eseguendo un accurato controllo e monitoraggio delle attività e dei risultati. Le commissioni, suddivise per area clinica (Terapie cellulari, Leucemie acute, Sindromi mielodisplastiche, Sindromi mieloproliferative croniche, Leucemia linfatica cronica, Linfomi, Mieloma, Emostasi trombotici e piastrinopenie) e per funzione tecnico-gestionale (Informatizzazione della Rete, Ospedalizzazione ematologica domiciliare, Qualità e risk management) si sono impegnate ad attivare archivi epidemiologici, definire percorsi diagnostico-terapeutici specifici per ambito di competenza, rivolti all'area dei professionisti REL, e percorsi informativi e educativi rivolti all'area dell'utenza REL; infine ogni commissione ha collaborato all'allestimento e manutenzione del sito web per il proprio ambito di competenza.

Attualmente i Centri afferenti alla rete sono 107, comprendono le 12 Divisioni specialistiche di Ematologia della Regione e tutte le altre strutture presenti sul territorio che si occupano di patologie ematologiche, quali reparti di Oncologia e Medicina Interna e Servizi trasfusionali presenti sia in Aziende ospedaliere che private accreditate.