
Abstract 3

IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE INTRAOSPEDALIERA DELL'ICTUS IN PROVINCIA DI PAVIA

Oral

Novelli V.^[3], Muzzi A.^[3], Cutti S.^[3], Cacitti S.^[1], Blandi L.^[1], Savioli G.^[2], Marena C.^[3]

Keywords:

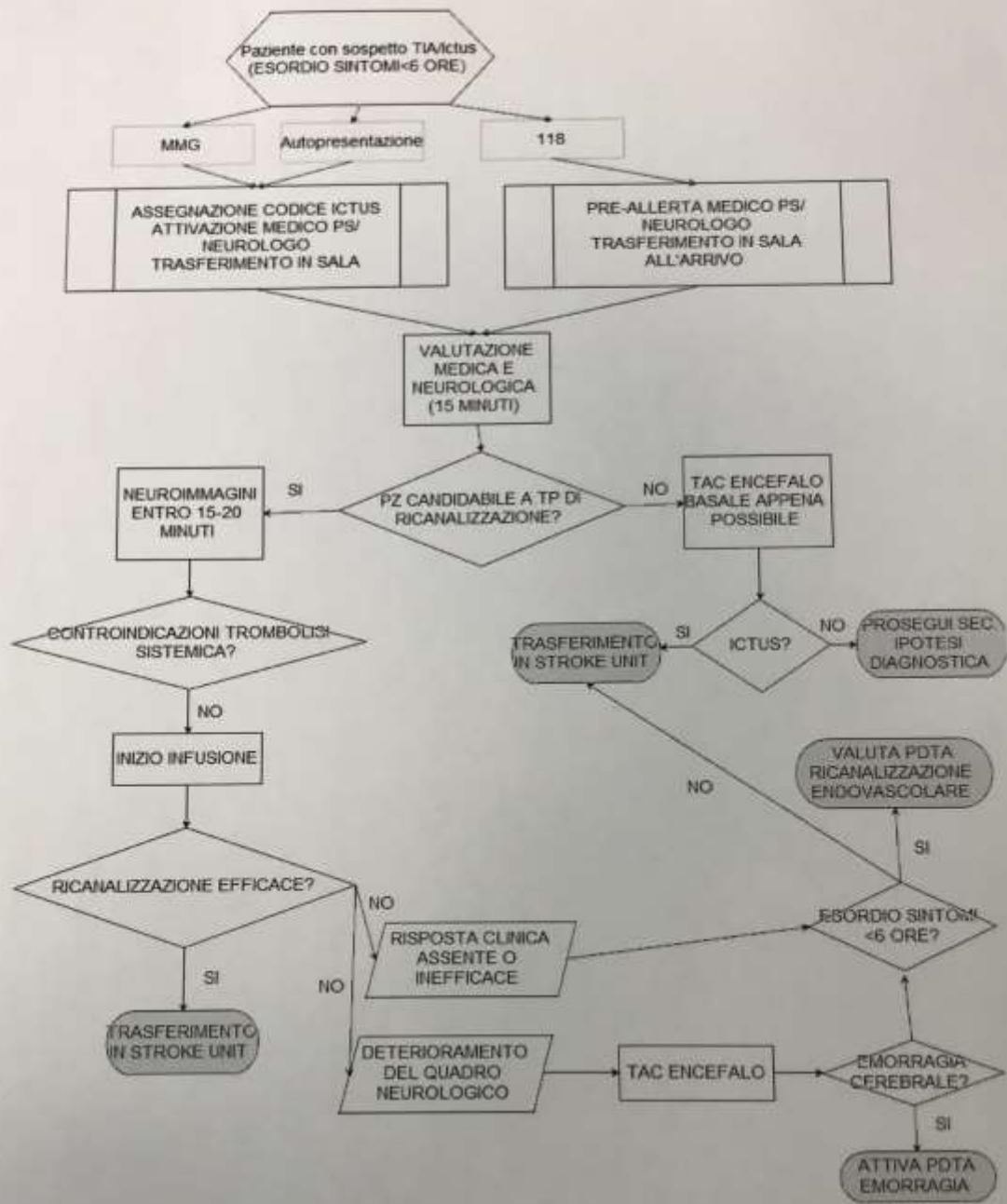
^[1]Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia ~ Pavia ~ Italy, ^[2]UOC Pronto Soccorso, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo ~ Pavia ~ Italy, ^[3]Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo ~ Pavia ~ Italy

Introduzione: L'ictus costituisce la prima causa di invalidità permanente, la seconda causa di demenza e la terza di morte, con un forte impatto in termini di carico assistenziale. Si è evidenziato che il ricovero in Unità di Cura specificamente dedicate è di documentata efficacia, ma è imprescindibile dalla rapidità di intervento e dall'efficienza organizzativa della catena assistenziale, oltre che dalla competenza dei professionisti. L'esito dipende dalla precocità della diagnosi e dall'affidamento in cura ad un gruppo di operatori dedicati, competenti e multidisciplinare. Il percorso deve prevedere anche il collegamento con le strutture territoriali di intervento preospedaliero, già attivo a Pavia, finalizzato ad implementare l'integrazione ospedale-territorio.

Materiali e metodi: Sono attesi a Pavia circa 200 nuovi casi/anno e circa 1000 casi nella provincia. Ogni anno circa 600 pazienti con sospetto ictus giungono al Pronto Soccorso della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, di cui 250-300 ricevono diagnosi di ictus, escluso TIA e vasculopatie cerebrali non-definite. Sono stati analizzati i pazienti che hanno ricevuto diagnosi di ictus presso il nostro PS nel primo anno (dal maggio 2017 al maggio 2018) di reingegnerizzazione del percorso, per un totale di 759 pazienti. Il 90% hanno necessitato ricovero presso la stroke unit. 110 pazienti sono risultati idonei alla trombolisi, sistemica o meccanica o entrambe. I tempi di attesa hanno avuto durata media di 45 minuti con 23 minuti di mediana; l'attribuzione del codice colore era adeguata avendo l'85% avuto un codice di priorità alla visita giallo o rosso. I tempi di processo hanno avuto durata media di 5 ore e 7 minuti con una mediana di 3 ore e 21 minuti; I tempi di permanenza hanno avuto durata media di 5 ore e 52 minuti con una mediana di 4 ore e 6 minuti; il 14.3 % dei pazienti ha richiesto un tempo > 12 ore, il 5.4% oltre le 20 ore e l' 1.9 % > 24 ore. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a imaging basale e oltre il 50% a studio del circolo intra ed extracranico con mezzo di contrasto.

Risultati: E' stato evidenziato che l'attivazione di uno stroke team nel Dipartimento Emergenza Accettazione è associata a una riduzione nei tempi di arrivo in ospedale. L'assegnazione di un "codice ictus" riduce i tempi medi dall'arrivo nel DEA all'inizio della terapia, con un miglior outcome del paziente. Di particolare rilevanza si è dimostrata la collaborazione multidisciplinare tra Medici dell'Urgenza, Neurologi e Radiologi interventisti.







Abstract 5

UN TEAM MULTIDISCIPLINARE PER LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA IN FINE VITA IN OSPEDALE

Oral

Del Riccio M.^[1], Grazzini M.^[3], Innocenti M.^[1], Mediati R.D.^[4], Lanini I.^[2], Ngoyi Ngongo K.^[3], Bonaccorsi G.^[2], De Gaudio A.R.^[4], Niccolini F.^[3], Turco L.^[5]

Keywords:

^[1]Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze ~ Firenze ~ Italy,

^[2]Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze ~ Firenze ~ Italy, ^[3]UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera, AOU Careggi ~ Firenze ~ Italy, ^[4]Dipartimento Anestesia e Rianimazione, AOU Careggi ~ Firenze ~ Italy,

^[5]Direttore Sanitario AOUC Careggi ~ Firenze ~ Italy

Introduzione: L'odierna gestione delle malattie oncologiche in fase avanzata prevede spesso cure ad alto livello di intensità erogate in ambito ospedaliero. Dati toscani del 2016 sull'assistenza di pazienti oncologici nell'ultimo mese di vita mostrano che il decesso avviene in ospedale nel 38% dei casi, che il 23% viene sottoposto a supporto vitale intensivo e il 34,5% a procedure diagnostico-terapeutiche nelle ultime ore di vita. Solo il 14,5% dei malati viene ricoverato presso un Hospice, generalmente pochi giorni prima della morte. Tutto ciò si traduce in un ingente e inappropriato utilizzo di risorse, inoltre i dati di letteratura indicano che i desideri dei pazienti vanno in direzione opposta rispetto a tale gestione. Al fine di rispondere ai bisogni dei malati e garantirne la qualità di vita anche nelle sue fasi finali, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (AOUC) a Firenze è stato costruito un percorso di assistenza a persone in fase avanzata di malattia oncologica.

Materiali e metodi: L'AOUC è un ospedale di 3° livello con 1200 posti letto in cui, a partire da Gennaio 2019, è stato attivato un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale identificato come "Team di Intervento alla Persona in fase avanzata" (TIP), al fine di promuovere il ricorso alle cure palliative e armonizzare il percorso assistenziale valorizzando le volontà e i bisogni della persona in fine vita. Il gruppo è coordinato da medici anestesisti-palliativisti che possono avvalersi del supporto di oncologi, radioterapisti, psicologi, infermieri e fisioterapisti.

L'attivazione del TIP avviene da parte dei medici di reparto sulla base del Palliative Prognostic Score (uno strumento validato per la valutazione prognostica nel fine vita) quando la probabilità di sopravvivenza a 30 giorni risulta < al 70%. Il medico del TIP si confronta con l'equipe curante per individuare il percorso assistenziale migliore: sulla base delle condizioni cliniche della persona e delle sue volontà può essere prospettato il trasferimento presso l'Hospice, l'attivazione delle cure domiciliari o la palliazione in ospedale in caso di aspettativa di vita molto ridotta.

Risultati: Di seguito vengono riportati i dati del monitoraggio del primo trimestre: il TIP è stato attivato in 43 pazienti oncologici ricoverati in AOUC. L'età e la degenza media erano rispettivamente 74 anni e 12 giorni. Nel 67% dei casi l'indicazione del TIP è stata di trasferire la persona in Hospice; il trasferimento è effettivamente avvenuto nel 59% di essi con un tempo medio di attesa di 4 giorni, mentre nel restante 41%

il decesso è avvenuto prima del trasferimento. Nel 12% dei malati sono state attivate le cure domiciliari, mentre nel 7% è stata eseguita la palliazione in ospedale.

L'attivazione del TIP ha permesso una migliore presa in carico della persona in fine vita, mediante la definizione di un percorso assistenziale incentrato sulla palliazione e la comunicazione tenendo in considerazione i bisogni del malato.

L'elevata percentuale di decessi avvenuti in attesa del trasferimento in Hospice e i casi sottoposti a palliazione in ospedale indicano una tardiva pianificazione delle cure di fine vita. Nonostante l'importanza attribuita all'umanizzazione delle cure e al rispetto delle volontà della persona una quota rilevante di malati terminali muore in ospedale; ciò suggerisce la presenza di ostacoli anche di tipo culturale che impediscono un'identificazione precoce e appropriata gestione del fine vita.

Abstract 9

INDAGINE DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE MEDIANTE STRUMENTI DI ASCOLTO ATTIVO E DI FOCUS GROUP NELL'AOUI DI VERONA

Oral

Lomeo A.M.^[1], Salandini G.*^[2], Cicco P.^[2], Mariotto O.^[2], Bellini P.^[1], Corsini A.^[1], Bovo C.^[1]

Keywords:

^[1]Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata ~ VERONA ~ Italy, ^[2]Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Verona ~ Verona ~ Italy

Introduzione: La Direzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI) per l'anno 2018 ha posto come obiettivo di budget l'implementazione del progetto: "Indagine di soddisfazione del cittadino e del malato attraverso nuovi strumenti di ascolto attivo e realizzazione di focus group". Tramite un'indagine condotta nella UOC Radioterapia dell'AOUI Verona, iniziata a novembre 2018, si è valutato il grado di soddisfazione riguardo all'assistenza ricevuta e sull'esperienza vissuta dalle pazienti e sul tipo di informazioni che i pazienti della radioterapia vogliono ricevere.

Materiali e metodi: L'indagine è suddivisa nelle seguenti fasi:

- Creazione di un Gruppo di Lavoro multi professionale e multidisciplinare costituito da professionisti afferenti a differenti Unità Operative;
- Definizione e somministrazione di un questionario sulla soddisfazione dell'utente ai pazienti che hanno effettuato radioterapia per tutti i tipi di neoplasie. Allo scopo di validare il questionario, prima di iniziare con il progetto, ne sono stati somministrati 10 ad un campione rappresentativo;
- Utilizzo del focus group esclusivamente per le pazienti che hanno effettuato radioterapia;

La tabella riassume i risultati dei 69 questionari raccolti al 12 aprile 2019.

Risultati: I risultati sono stati analizzati dalla UOC Miglioramento Qualità e, visto la numerosità, sono stati presi in considerazione gli aspetti metodologici piuttosto che quelli relativi ai giudizi di merito sull'esperienza vissuta dai pazienti. Attualmente la somministrazione del questionario sta continuando e, si attende di poter raggiungere un numero significativo di questionari raccolti, per poter effettuare un'analisi e proseguire con il focus group. Tutte le informazioni acquisite con i diversi strumenti saranno confrontate. Le elaborazioni saranno dapprima valutate dal Gruppo di Lavoro e quindi dal Personale coinvolto per individuare possibili azioni di miglioramento.

SINTE SI dei RISULTATI "Questionario soddisfazione paziente" n. 69 questionari raccolti al 12 aprile 2019		
Area	Co dice Rq	Valore Medio
ACCESSIBILITÀ	2.1	4.0
	2.2	4.0
	2.3	4.1
	2.4	4.0
PERSONALE 1	3.1	4.4
	3.2	4.2
	3.3	4.0
	3.4	4.0
	3.5	4.1
PERSONALE 2	4.1	4.3
	4.2	4.3
	4.3	4.3
PERSONALE 3	5.1	4.2
	5.2	4.2
	5.3	4.2
EQUIPE	6.1	4.2
	6.2	4.2
	6.3	4.3
	6.4	4.1
IN GENERALE	7.1	3.7
	7.2	3.4
	7.3	95% SI

Abstract 13

L'UMANIZZAZIONE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA – VERONA

Oral

[Cicco P.](#)^[1], [Lomeo A.M.](#)^[2], [Bellini P.](#)^[2], [Corsini A.](#)^[2], [Canello A.](#)^[1], [Mariotto O.](#)^[1], [Salandini G.](#)^[1], [Bovo C.](#)^[2]

Keywords:

^[1]*Igiene e Medicina Preventiva- Università degli Studi di Verona ~ Verona ~ Italy*, ^[2]*Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona ~ Verona ~ Italy*

Introduzione: Nel 2018 la Direzione Aziendale dell'AOUI di Verona ha individuato l'Obiettivo di Budget "Proposte/formalizzazione di Azioni di Miglioramento del grado di umanizzazione all'interno dell'Unità Operativa", ritenuto strategico per il miglioramento della qualità della vita in ospedale.

Materiali e metodi: La UOC Qualità ha fornito indicazioni alle UU.OO per formalizzare specifiche Azioni di Miglioramento:

- individuando le tematiche rilevanti nelle 4 Aree di Umanizzazione definite nel progetto "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", promosso da AGENAS, a cui ha partecipato anche l'AOUI;
- predisponendo una Scheda di Progetto, strutturata in specifici punti.

Risultati: Le Schede di Progetto, trasmesse dalle UU.OO e inserite in uno Database strutturato appositamente per la raccolta dei dati, sono state validate dalla UOC Qualità e dalla UOC Controllo di Gestione. In sintesi:

Progetti approvati n. 129 (di cui n. 69 nuovi e n. 60 già avviati); non approvati: n. 5

UU.OO. che hanno presentato più di un progetto: n. 29

UU.OO. che non hanno inviato alcun progetto: n. 4

AREA 1 Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e specificità della persona: n. 49 (38 %)

AREA 2 Accessibilità fisica, vivibilità, comfort dei luoghi di cura: n. 23 (18 %)

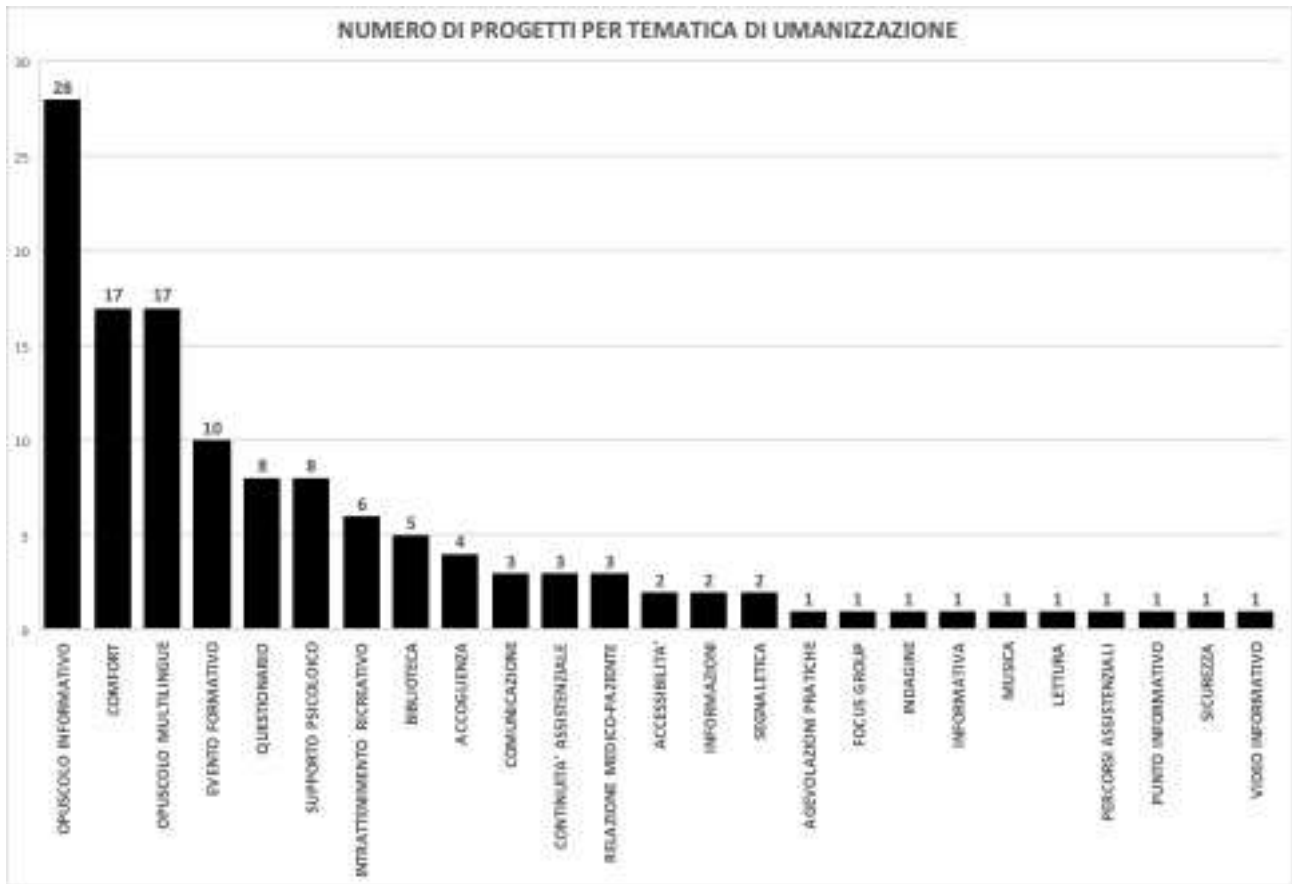
AREA 3 Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza: n. 19 (15 %)

AREA 4 Cura della relazione paziente/cittadino: n. 38 (29 %)

Coinvolgimento di Organizzazioni Civiche e/o Associazioni di Volontariato: n. 31

Professionisti maggiormente coinvolti: Medici, Infermieri, Tecnici, Amministrativi, Psicologi.

I risultati evidenziano una crescente sensibilizzazione dell'AOUI al tema dell'Umanizzazione. I progetti rientrano nel Documento di Direttive anno 2019, che rappresenta il punto di riferimento in termini di obiettivi, linee-guida, vincoli e criteri per la formulazione e l'avvio del processo di budget, ritenendo altresì utile il completamento dei progetti proposti dalle UUOO. Per la realizzazione dei progetti sarà cruciale la divulgazione e la condivisione degli stessi, tra le singole Unità Operative, attraverso un approccio multidisciplinare e integrato.



Abstract 16

UNA POSITIVA ESPERIENZA DI GRAVIDANZA, PARTO E NASCITA PRESSO IL PUNTO NASCITA DI CASALE MONFERRATO (AL)

Oral

Costanzo P.*^[1]

Keywords:

^[1]ASL AL ~ ALESSANDRIA ~ Italy

Introduzione: Il progetto è rivolto alla valorizzazione del Punto Nascita di Casale M. che nell'anno 2018 ha gestito meno di 500 parti perché, in caso di chiusura, l'A.O. di Alessandria, naturale riferimento, non sarebbe in grado di accogliere tale aumento di attività. Risulta quindi necessario individuare un modello organizzativo e clinico condiviso tra i due punti nascita; l'integrazione rientra peraltro nell'obiettivo di mandato delle due Direzioni Generali delle Aziende sanitarie della provincia di Alessandria.

Materiali e metodi: La realizzazione del progetto si basa soprattutto su una stretta interazione tra professionisti (medici ospedalieri, medici libero professionisti, P.L.S., ostetriche, infermiere pediatriche) delle due aziende individuando i seguenti ambiti principali di intervento:

1- Creazione di un Dipartimento Funzionale Interaziendale per la gestione integrata dei due Punti Nascita, attraverso la condivisione di linee guida e procedure, ma soprattutto con integrazione operativa dei professionisti sulle due sedi.

2- Integrazione e Umanizzazione della degenza ostetrica e del Centro Neonatale di Casale M., con integrazione operativa attraverso l'attivazione delle Sale L.D.R. (Labour-Delivery-Recovery), e contenimento del dolore alla donna utilizzando anche tecniche di rilassamento integrative es. ipnosi, durante il travaglio e il parto.

3- Valorizzazione e riqualificazione delle attività consultoriali, prevedendo la rotazione del personale sanitario di tutti i profili tra l'Ospedale e il Consultorio, per favorire l'integrazione, individuando anche spazi idonei per trasferire il Consultorio all'interno dell'Ospedale.

4- Valorizzazione del Ruolo delle Ostetriche, attraverso l'individuazione di un' "Area Funzionale per gravide a Basso Rischio (B.R.O.)" per attivare percorsi assistenziali gestiti in autonomia dalle Ostetriche a partire dagli "Ambulatori di accompagnamento alla nascita", sia in Ospedale sia nei Consultori .

Sarà potenziato anche il "Follow up domiciliare di mamma e bambino (Home visiting)" successivo alla dimissione ospedaliera.

5-Rafforzamento settore neonatale/pediatrico, attraverso la stretta collaborazione con i Pediatri dell'Ospedale Infantile dell'A.O. di Alessandria.

Ulteriori offerte per aumentare l'attrattività del P.N. di Casale, garantendo una presa in carico della donna e del bambino centrata sui bisogni, saranno: il trattamento osteopatico per i neonati, la collaborazione dei PLS per la presa in carico tempestiva del neonato alla dimissione, l'accesso al domicilio dell'Infermiere Pediatrico.

Ai fini comunicativi l'ASL AL ha già attivato un'App per smartphone iOS e Android" dal nome IO Mamma, per supportare le mamme nella verifica delle eventuali interazioni farmacologiche, durante la gravidanza e

l'allattamento al seno.

Risultati: Il progetto è stato ritenuto congruo dalla Regione Piemonte e, come tale, inviato al Ministero della Salute per l'approvazione della deroga alla chiusura. Non appena giungerà tale provvedimento il progetto sarà avviato nella sua parte organizzativa, per cui sono già in corso contatti tra le due aziende.

Abstract 19

LA GESTIONE DEL BED MANAGEMENT PRESSO L'OSPEDALE DELL'ASL BI

Oral

Tedesco A.^[1], Trevisan P.^[1], Prastaro C.^[1], D'Aloia F.^[1]

Keywords:

^[1]ASL BI ~ PONDERANO ~ Italy

Introduzione: Emerge oramai da tempo la difficoltà da parte delle Aziende Sanitarie di dare una risposta ai mutamenti radicali e profondi della società, che vede sempre più la presenza di utenti anziani, soprattutto donne, con pluripatologie e che pertanto accedono maggiormente al Pronto Soccorso e necessitano di ricovero in Ospedale. Pertanto presso il Presidio ospedaliero dell'ASL è stato realizzato un progetto relativo alla gestione del numeroso accesso di pazienti al Pronto soccorso per i quali è stato indicato il ricovero. Nel territorio biellese, con un alto tasso di anziani, questo problema è stato maggiormente presente.

Materiali e metodi: Il percorso, coordinato dalla Direzione Sanitaria di Presidio, ha previsto le seguenti azioni sulla base di aspetti strutturali (camera singola vs doppia), carichi di lavoro assistenziali/infermieristici nelle aree dove già sono accorpate due Strutture Complesse.

Nello specifico, le funzioni coinvolte per Bed Management sono state di tipo :

- amministrativa: verifica quotidiana dei posti letto liberi/occupati all'interno del Presidio ospedaliero;
- infermieristica: aggiornamento dei bisogni dei posti letto in reparto, Componente del NOCC (Care Manager)
- sociale (Assistente Sociale Ospedaliera): supporto alla dimissione (Componente del NOCC)
- medica: predisposizione dei report sull'attività globale dei ricoveri in Ospedale; adozione di provvedimenti specifici.

All'interno del Pronto Soccorso del Presidio ospedaliero dell'ASL Bi, la rilevazione dei posti letto viene effettuata direttamente dal Dirigente Medico attraverso un programma informatico, che acquisisce h24 la situazione reale di occupazione dei posti letto .

Nel caso in cui siano necessari posti letto nell'area di afferenza specialistica, al momento della rilevazione saturata, il Medico di Pronto Soccorso provvede a: ricoverare nel posto letto affine all'interno Dipartimento di competenza; se il Dipartimento afferente non presenta posti letto disponibili, si deve ricoverare nei posti letto specialistici liberi di altro Dipartimento. Quando i posti letto disponibili sono stati occupati e, nel caso in cui si presenti la necessità di dover ricoverare ulteriori pazienti, il Medico del Pronto Soccorso contatta la Direzione Sanitaria di Presidio.

Il Dirigente Medico della Direzione Sanitaria di Presidio, una volta preso atto della situazione presente, mette in campo le seguenti azioni: inserimento, tramite il NOCC, in continuità assistenziale sul Territorio (RSA); controlla i tempi di degenza per eventuali dimissioni o trasferimenti in altre Strutture; procede a dare indicazione alla dimissione precoce, ma in sicurezza (dimissione anticipata, ad esempio con l'anticipo di procedure diagnostiche prima della data fissata, accordo con il Territorio per la presa in carico in Continuità Assistenziale nelle diverse declinazioni, ad esempio attivazione di ADI, ADP, UCP, Hospice, accordo con il Servizio competente per la fornitura anticipata di presidi o ausili, programmazione in regime ambulatoriale

o in Day Hospital di prestazioni, che potrebbero allungare il tempo di degenza, etc.); trasferimento in Week Surgery dei pazienti dimissibili per il giorno dopo; sospensione dei ricoveri ordinati programmati; sospensione dei ricoveri in libera professione, programmati e differibili; sospensione dell'attività ambulatoriale.

Risultati: Tutto questo ha consentito alla Direzione di risolvere il problema di iperafflusso di pazienti .

Abstract 20

PRESA IN CARICO DELLE PRENOTAZIONI CON PRIORITÀ B PRESSO L'ASL BI

Oral

Cappelletti R.^[1], Tedesco A.^[1], D'Aloia F.^[1]

Keywords:

^[1]asl bi ospedale ~ ponderano ~ Italy

Introduzione: A seguito delle segnalazioni manifestate dall'utenza al momento della prenotazione, poiché non riusciva ad ottenere un appuntamento per l'esecuzione della prestazione richiesta dal MMG con classe di priorità B, per mancanza di disponibilità nel calendario, la Direzione Sanitaria di Presidio ha cercato una soluzione al problema al fine di rimuovere la criticità di cui sopra.

Materiali e metodi: Premesso che la Regione ha fornito indicazioni in merito alla gestione delle priorità cliniche, stabilendo che la priorità B sia erogata entro 10 giorni, al fine di facilitare l'accesso alle prestazioni e rispettare il mandato regionale, la Direzione Sanitaria di Presidio ha proceduto ad eseguire quanto di seguito specificato:

☒ verifica della veridicità delle segnalazione, ovvero se le agende di prenotazione fossero realmente chiuse;

☒ rilevazione del fatto che gli operatori cup, non trovando disponibilità di agende, invitavano gli utenti a ritornare in altra giornata, nella speranza che la prenotazione potesse essere effettuata; si precisa che tale comportamento generava disagio, malcontento e reclami dell'utenza;

☒ rilevato che le agende erano regolarmente "aperte", si è constatato che la domanda di prestazioni con priorità B era superiore rispetto all'offerta aziendale.

Ciò premesso, la Direzione Sanitaria di Presidio ha predisposto una circolare inviata a tutti gli operatori dei punti di prenotazione aziendale (CUP, Farmacie territoriali, Call center), mediante la quale forniva le seguenti disposizioni :

- non limitarsi a rispondere approssimativamente all'utente che le agende fossero chiuse;
- prendere in carico la richiesta, provvedendo a fotocopiare la prescrizione (dematerializzata/ricetta rossa) con priorità B, in modo tale da consentire la gestione in retro sportello del caso alla Direzione Sanitaria di Presidio;
- comunicare all'utente che sarebbe stato ricontattato quanto prima, dopo essersi fatto rilasciare il recapito telefonico, riportandolo sulla fotocopia dell'impegnativa;
- inviare presso il back office della Direzione Sanitaria di Presidio per la presa in carico le copie di cui sopra.

Il personale del back office della Direzione Sanitaria di Presidio:

☒ verificava la disponibilità dei posti con priorità B che si sarebbero resi liberi sulle agende;

☒ nel caso in cui questi ultimi non fossero stati sufficienti, il referente dell'attività ambulatoriale del Presidio ospedaliero contattava lo specialista, che doveva erogare la prestazione:

- per confermare o meno la priorità assegnata, nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva;
- per individuare spazi aggiuntivi (date e fascia oraria) rispetto a quelli programmati, in modo da consentire l'erogazione della prestazione.

Risultati: La Direzione Sanitaria di Presidio non ha solamente fronteggiato la criticità degli utenti, bensì ha messo in campo azioni di governo finalizzate all'appropriatezza prescrittiva .

Abstract 39

ACOT (AGENZIA DI CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO): LO STRUMENTO PER LE DIMISSIONI OSPEDALIERE COMPLESSE

Oral

[Gori E.*^{\[1\]}](#), [Tattini L.^{\[2\]}](#), [Pecchioli A.^{\[2\]}](#), [Bartolini R.^{\[2\]}](#)

Keywords:

^[1]*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva ~ Università degli Studi di Firenze ~ Italy*, ^[2]*Dipartimento di Rete Sanitaria Territoriale ~ ASL Toscana Centro- Prato ~ Italy*

Introduzione: L'Agencia di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT), DGRT 679/2016, è lo strumento operativo dei percorsi ospedale-territorio e fa capo alla Zona-Distretto. L'ACOT ha lo scopo di garantire ai pazienti in dimissione da un reparto ospedaliero ed in condizioni di limitata autonomia la continuità terapeutico-assistenziale per assicurare la presa in carico da parte del territorio. Agisce nell'ambito dei presidi ospedalieri zonali, definisce il percorso di continuità assistenziale e coordina il processo di dimissioni. L'ACOT di Prato prende in carico le segnalazioni che riguardano pazienti residenti e che provengono soprattutto da reparti del Presidio Ospedaliero Santo Stefano e dalle Cure Intermedie.

Materiali e metodi: I flussi sanitari riguardanti l'ACOT di Prato vengono tracciati attraverso appositi DataBase, integrati da gestionali dedicati. Sono stati estrapolati i dati di attività riguardanti l'anno 2018. I flussi tengono conto del reparto/area dai quali provengono le segnalazioni, del mese nelle quali sono avvenute e dei percorsi che sono stati intrapresi. I percorsi terapeutici-assistenziali di cui può usufruire il cittadino residente a Prato sono di tipo domiciliare o residenziale.

Risultati: Dall'analisi dei dati provenienti dall'ACOT Prato relativi all'anno 2018 si ricava il numero totale delle segnalazioni pervenute: 2.112. Il 58% di esse provengono da reparti di area medica. I reparti di area chirurgica presentano complessivamente circa il 13% dei casi, seguiti dalle Cure Intermedie che sottopongono all'attenzione di ACOT l'11% di tutte le segnalazioni. Il mese dell'anno 2018 durante il quale, complessivamente, vi son state più segnalazioni è stato Gennaio, con un trend in diminuzione durante i 6 mesi successivi. Il percorso più frequentemente attivato a Prato nel 2018 è risultato quello delle Cure Intermedie (31% di tutti i pazienti segnalati). Nell'8,7% dei casi è stato utilizzato il buono del Fondo Sociale Europeo (FSE). L'8,6% dei pazienti è stato invece trasferito presso Residenze Sanitarie per Anziani (RSA) e l'8,3% delle segnalazioni è esitato in Dopo l'Ospedale Meglio a Casa (DHMAC).

L'ACOT pratese rappresenta un punto fondamentale di snodo tra ospedale e territorio. Raggiunge ottimi obiettivi nei confronti di un grande numero di pazienti che non presenta condizioni che giustifichino la permanenza in un reparto ospedaliero ma che ha un livello di bisogno clinico-assistenziale elevato. L'Agencia di Continuità permette di ridurre il numero di giornate di ricovero in ospedale ed assicura ad ogni individuo la fornitura di risposte necessarie sul territorio.



Abstract 21

LA SICUREZZA TRASFUSIONALE: ESPERIENZA DELL'ASL BI DI BIELLA

Oral

D'Aloia F.^[1], Leardini L.^[1], Tedesco A.^[1], Fazzari A.M.^[1], Prastaro C.^[1], Trevisan P.^[1]

Keywords:

^[1]asl bi ospedale ~ ponderano ~ Italy

Introduzione: La reazione trasfusionale ABO rappresenta un importante evento sentinella (Raccomandazione ministeriale n° 5 luglio 2008) ed è dovuta al verificarsi di un errore che può occorrere nel processo trasfusionale. Circa il 70% di questi errori avvengono nel reparto clinico mentre il 30% circa nei Servizi Trasfusionali.

Il DM n° 69 del 02/11/2015 nell'allegato VII Sezione F sancisce definitivamente l'obbligo dell'utilizzo di un sistema di riconoscimento univoco del paziente candidato alla terapia trasfusionale.

Già a partire dal 2008 con la Raccomandazione ministeriale 05 "Prevenzione errore da incompatibilità ABO" era raccomandato l'utilizzo di un sistema di riconoscimento, pertanto dal 2009 il Servizio Trasfusionale dall'Asl BI di Biella si era dotato di un sistema di riconoscimento della ditta Grifols.

Nel corso del 2017 si è attivata una gara di quadrante AIC3 per la scelta di un sistema di riconoscimento. L'aggiudicazione ha portato all'individuazione del sistema Securblood della ditta Bbs.

Materiali e metodi: Il sistema è costituito da un software denominato Wristband il quale, attraverso una stampante dedicata, consente la stampa del bracciale identificativo del paziente e da uno smartphone con integrata una applicazione per la corretta esecuzione dell'evento trasfusionale in tutte le sue fasi.

Il bracciale contiene tutti i dati identificativi del paziente e consente quindi l'identificazione del paziente per tutta la durata del ricovero.

Il palmare in dotazione alle strutture consente di eseguire 3 operazioni: registrazione del paziente, inizio trasfusione, fine trasfusione.

Ogni operatore (Medico e non medico) ha accesso al sistema mediante il numero di matricola identificativo e un pin personale.

La registrazione del paziente consente di registrare il paziente candidato alla terapia trasfusionale, abbinando in maniera univoca la richiesta trasfusionale, generata dal gestionale Tmm Reparti, (in uso dal 2016 presso il presidio) al bracciale identificativo del paziente. Questa fase è fondamentale in quanto consente la corretta identificazione del paziente al momento del prelievo.

Ad inizio trasfusione occorre verificare la corretta associazione al letto del paziente, abbinando in maniera univoca il bracciale identificativo del paziente all'unità assegnata attraverso la lettura dell'etichetta identificativa dell'unità e l'etichetta di assegnazione. Questa operazione come previsto dalla normativa vigente prevede obbligatoriamente la doppia identificazione infermiere e medico al letto del paziente.

Alla fine della trasfusione si verifica la corretta associazione al letto del paziente, abbinando in maniera univoca il bracciale identificativo del paziente all'unità assegnata attraverso la lettura dell'etichetta di assegnazione.

Ogni operazione effettuata con il palmare viene registrata e inviata al server bbs in tempo reale e successivamente tali informazioni sono inviate al gestionale Tmm del Servizio Trasfusionale. L'accesso al Server Bbs è consentito solo al personale autorizzato (utente e password).

Risultati: Tale sistema è in uso da qualche mese presso l'ambulatorio del Servizio Trasfusionale, previa formazione di tutti gli operatori coinvolti nel processo trasfusionale. Si prevede che entro la fine di giugno 2019 il sistema sarà a regime in tutto il Presidio ospedaliero.

Abstract 22

L'APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA LEAN NEL PRONTO SOCCORSO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO BONOMO DI ANDRIA.

Oral

[Nardella P.*^{\[1\]}](#), [Porziotta S.^{\[1\]}](#), [Germinario A.^{\[2\]}](#), [Campanile V.^{\[2\]}](#), [Delle Donne A.^{\[2\]}](#)

Keywords:

^[1]PRESIDIO OSPEDALIERO BONOMO ~ ANDRIA ~ Italy, ^[2]ASL BT ~ ANDRIA ~ Italy

Introduzione: L'implementazione delle tecniche LEAN consente un approccio di problem solving molto strutturato, secondo il ciclo di Deming, utilizzato per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie.

L'applicazione della metodologia Lean nel Pronto Soccorso (PS) del Presidio Ospedaliero "Bonomo" di Andria, si pone come obiettivo la promozione ed il monitoraggio continuo della tempestività delle visite erogate ai pazienti con codice giallo, misurata tramite la percentuale dei pazienti che accedono in PS con codice giallo e che vengono trattati entro 30 minuti dal triage.

Materiali e metodi: Il totale dei pazienti giunti in PS tra giugno e agosto 2018 è pari a 2901; di questi, il 55% è stato trattato entro i 30 minuti.

Inoltre, nel trimestre in esame, il tempo intercorso tra l'accettazione e la presa in carico del paziente è stato di 40 minuti.

Poiché le malattie cardiovascolari rappresentano la causa di maggiore frequenza nell'accesso in PS, è stata effettuata un'analisi prospettica del flusso di 23 pazienti afferiti al PS nel mese di settembre per dolore toracico, a cui è stato assegnato il codice colore giallo.

L'utilizzo della Value Stream Mapp ha evidenziato un triage medio di 5 minuti, un'attesa media di 40 minuti e una visita medica completa di ECG ed esami ematochimici di 33 minuti medi.

Analizzando le cause radice sono emersi problematiche cliniche, logistiche, organizzative e relative alle risorse umane.

Successivamente, si è proceduto alla definizione delle azioni correttive da pianificare per ciascuna delle cause radice.

Attraverso il piano di implementazione è stata definita una lista di azioni necessarie per apportare un miglioramento, il responsabile di ciascuna azione e l'arco di tempo necessario per l'implementazione.

Considerando che siamo ancora in una fase attiva dello studio, attualmente è stato possibile valutare i risultati preliminari derivanti dall'implementazione dei seguenti piani di miglioramento:

- refresh formativo interno per appropriata codifica codice-colore triage;
- pianificazione formazione aziendale del personale triage;
- implementazione procedura clinico-organizzativa per la gestione dei codici gialli barellati del 118 in osservazione breve;
- stesura ed implementazione procedura dolore toracico;
- audit per l'ottimizzazione di tempi e spazi per le consulenze specialistiche in PS;

- audit clinico-organizzativo per l'ottimizzazione delle risorse umane nella gestione clinica dei diversi codici colore.

Risultati: Le azioni di miglioramento intraprese, seppur a breve distanza dall'implementazione e non tutte ancora implementate totalmente, hanno determinato un incremento del 10% della tempestività dell'effettuazione della visita dopo il triage.

Pertanto, è possibile affermare che l'approccio Lean è responsabile del miglioramento della tempestività di visita dei codici gialli entro 30 minuti dal triage (passando al 65% nel trimestre settembre-dicembre 2018) e dei tempi medi di attesa dei pazienti, (passando a 30 minuti nel trimestre settembre-dicembre 2018).

Sicuramente abbiamo ancora tanto da fare, sia in termini di implementazione dei piani di miglioramento ma anche di follow up e supporto continuo agli stessi, al fine di garantire prestazioni appropriate, che vanno dalla corretta attribuzione del codice colore al triage, all'erogazione della prestazione giusta, al paziente giusto, nel setting assistenziale più appropriato e nei tempi previsti per ciascuna prestazione.

Abstract 23

IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO BONOMO NEL PROCESSO DI DONAZIONE DEI TESSUTI CORNEALI

Oral

[Ruta F.*^{\[1\]}](#), [Nardella P.^{\[2\]}](#), [Campanile V.^{\[1\]}](#), [Delle Donne A.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]DIREZIONE SANITARIA ASL BT ~ ANDRIA ~ Italy, ^[2]DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO ~ ANDRIA ~ Italy

Introduzione: La Direzione Medica di Presidio è responsabile degli aspetti organizzativi riguardanti il processo di donazione dei tessuti, in collaborazione con il Coordinatore Locale Trapianti (CLT) e gli infermieri dedicati al processo di procurement e prelievo dei tessuti corneali. Fondamentali sono gli strumenti del management applicati al procurement dei tessuti all'interno delle Unità Operative del Presidio Ospedaliero "Bonomo" della ASL BT. Lo scopo di tale lavoro è quello di presentare gli strumenti operativi e i risultati raggiunti grazie all'implementazione degli stessi.

Materiali e metodi: Nella ASL BT sono stati implementati gli strumenti operativi (S.O.) che consentono di individuare il potenziale donatore di Tessuti Corneali al momento del decesso per morte cardiaca e cerebrale. Tali strumenti sono rappresentati dalla scheda di segnalazione del potenziale donatore (S.P.P.) e dal protocollo operativo cornee (P.O.C.), elaborati in collaborazione con il Coordinamento Regionale Trapianti Puglia e la Banca degli occhi di Mestre.

Gli elementi prioritari del processo di donazione dei tessuti corneali sono la definizione della responsabilità di segnalazione del decesso, l'individuazione delle controindicazioni alla donazione dei tessuti oculari, l'attivazione immediata del team di prelievo dei tessuti e la definizione e standardizzazione delle procedure operative.

L'ASL BT ha investito sulle professionalità mediche ed infermieristiche attuando all'interno delle Unità Operative corsi formativi specifici, al fine di divulgare e condividere le procedure elaborate.

Risultati: La Direzione Medica di Presidio, promotrice di tutto il processo di donazione dei tessuti, gestisce in maniera attiva gli aspetti organizzativi, medico-legali, comunicativi e gestionali delle fasi di procurement e di prelievo tissutale.

La sinergia tra la Direzione Medica, il CLT e i professionisti sanitari coinvolti in tale processo, ha sensibilizzato tutto il personale del Presidio in tema di donazioni, favorendo un incremento delle segnalazioni di potenziali donatori pari al 50% con un totale di 26 cornee donate.

L'integrazione tra la Direzione Medica di Presidio, il CLT e tutti i professionisti coinvolti è stata strategica al fine di gestire il processo in tutte le sue parti, attribuendo a ciascuno compiti e responsabilità e raggiungendo livelli di performance soddisfacenti per l'intero sistema aziendale.



Abstract 24

LA PERCEZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI E DELLE ICA PER GLI OPERATORI SANITARI DEL P.O. DI ANDRIA

Oral

[Porziotta S.*^{\[1\]}](#), [Nardella P.^{\[1\]}](#), [Pantaleo L.^{\[1\]}](#), [Nardella D.^{\[2\]}](#)

Keywords:

^[1]DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO BONOMO ~ ANDRIA ~ Italy, ^[2]DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO LASTARIA ~ LUCERA ~ Italy

Introduzione: L'igiene delle mani è riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come la prima misura per prevenire le infezioni associate all'assistenza. Tale studio si pone come obiettivo la promozione ed il miglioramento dell'adesione all'igiene mani in ambito assistenziale, attraverso la formazione del personale sanitario ed il monitoraggio continuo di tale adesione.

Materiali e metodi: È stata effettuata un'indagine conoscitiva sulla corretta igiene delle mani da parte degli operatori sanitari del Presidio Ospedaliero Bonomo di Andria, attraverso la somministrazione di un questionario anonimo, sviluppato dall'OMS e composto da domande chiuse sul tema dell'igiene mani nella pratica assistenziale e sulla percezione della stessa.

I dati sono stati raccolti su excel ed analizzati utilizzando il software statistico SPSS versione 16.

Risultati: All'indagine hanno aderito 204 operatori sanitari, rappresentativi delle UU.OO./Servizi del Presidio, di cui 91 maschi e 113 donne, con età media di 46 anni.

Il 50,5% del campione è costituito da infermieri, il 16,6% da OSS, il 13,7% da medici, il 10,7% da tecnici, il 2,9% da ostetriche e il 5,3% da altro personale sanitario.

Il personale dell'Unità Operativa di Neurochirurgia ha mostrato particolare interesse alla tematica aderendo in maggior numero a tale iniziativa.

Il 42% del personale intervistato dichiara di aver già partecipato ad un corso di formazione sull'igiene delle mani; inoltre, il 75% afferma che presso la propria struttura è disponibile un prodotto disinfettante per la frizione delle mani.

Soltanto il 5% degli operatori ritiene che l'impatto di un'infezione correlata all'assistenza sanitaria sull'esito del paziente sia molto alto, mentre, circa la metà degli operatori (48%) afferma che l'efficacia dell'igiene delle mani nel prevenire le infezioni correlate all'assistenza sia molto alta.

Il 56% dei partecipanti ritiene che, per la Direzione Medica del Presidio, tra tutti gli obiettivi per la sicurezza del paziente, l'igiene delle mani sia molto importante.

Tuttavia, solo il 34% degli intervistati ritiene che il Direttore ed i colleghi della U.O. di appartenenza diano importanza massima al fatto che i singoli operatori effettuino una corretta igiene delle mani; tale percentuale si riduce al 31% in merito all'importanza attribuita dai pazienti.

Infine, il 48% degli operatori sanitari considera l'effettuazione di una buona igiene delle mani durante l'attività assistenziale come impegno massimo.

Lo studio effettuato, rappresenta solo l'inizio di un lungo percorso di crescita da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale, chiamati a prestare maggiore attenzione all'igiene delle mani, attraverso la standardizzazione dei comportamenti. Tale studio evidenzia la necessità di predisporre e programmare interventi formativi a sostegno dell'igiene delle mani per contribuire al miglioramento significativo delle conoscenze e della percezione da parte di tutto il personale coinvolto.

Abstract 26

QUALI STRUMENTI A GARANZIA DI QUALITÀ E SICUREZZA PER CIASCUNA FASE DI GESTIONE DEL FARMACO?

Oral

[D'Angelo M.*^{\[1\]}](#), [Groppo B.^{\[3\]}](#), [Tea G.^{\[2\]}](#), [Maestra M.R.^{\[2\]}](#), [Zampa A.^{\[2\]}](#), [Cattaruzzi C.^{\[3\]}](#), [Farneti F.^{\[4\]}](#), [Londero C.^{\[4\]}](#), [Lattuada L.^{\[2\]}](#), [Brusaferro S.^{\[5\]}](#)

Keywords:

^[1]Dipartimento di Area Medica (DAME), Università degli studi di Udine ~ Udine ~ Italy, ^[2]Istituto di Medicina Fisica e Riabilitativa "Gervasutta", Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud) ~ Udine ~ Italy, ^[3]SOC Assistenza Farmaceutica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud) ~ Italy, ^[4]SOC Accredimento, Gestione del Rischio Clinico, Valutazione delle Performance Sanitarie, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud) ~ Udine ~ Italy, ^[5]Dipartimento di Area Medica (DAME), Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUI-Ud) ~ Udine ~ Italy

Introduzione: La corretta gestione del farmaco in ospedale è finalizzata ad evitare l'errore terapeutico e migliorare la qualità dell'assistenza. A tale scopo, lungo l'intero arco annuale 2018, nei reparti di degenza dell'Istituto di Medicina Fisica e Riabilitativa "Gervasutta" di Udine è stato avviato un percorso di formazione e monitoraggio periodico sul tema.

Materiali e metodi: Sono stati organizzati incontri formativi rivolti al personale dei tre reparti di degenza dell'Istituto per implementare la corretta gestione del farmaco in tutte le sue fasi (approvvigionamento, dispensazione, stoccaggio, conservazione, prescrizione, allestimento, somministrazione, monitoraggio clinico). Con cadenza trimestrale è stato valutato il rispetto di sessantasei requisiti di sicurezza e qualità nella gestione del farmaco, con apposita check list. Per effettuare un confronto su base trimestrale, semestrale ed annuale è stato utilizzato il test esatto di Fisher. La significatività statistica è stata stabilita per valori di $p < 0.05$.

Risultati: È stato effettuato un totale di 607 valutazioni a termine del monitoraggio annuale. L'adesione complessiva ai requisiti è incrementata dal primo al secondo trimestre di monitoraggio (primo trimestre: 92%; secondo: 100%) con significatività statistica ($p=0,0001$); l'elevata compliance s'è mantenuta anche nei trimestri successivi (terzo trimestre: 99%; quarto: 98%). Si registra infine una variazione statisticamente significativa confrontando il primo semestre 2018 con il secondo ($p=0,002$).

Abstract 27

SUPERARE LE BARRIERE TRA DIVERSI STRUMENTI DI MANAGEMENT PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ: UN APPROCCIO INTEGRATO TRA PDTA, LEAN MANAGEMENT E GESTIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO

Oral

[Beltramello C.*^{\[1\]}](#), [Pezzato F.^{\[2\]}](#)

Keywords:

^[1]Università di Padova e Fondazione GIMBE ~ Castel Franco Veneto ~ Italy, ^[2]Vision consorzio di Cooperative ~ Treviso ~ Italy

Introduzione: Nel management sanitario esistono numerosi strumenti per il miglioramento della qualità: accreditamenti regionali e internazionali, certificazione ISO, total quality management, lean management, project management, strumenti di clinical governance (tra i quali PDTA, gestione del rischio clinico, clinical audit, HTA) ed altri.

La scelta dell'uno o dell'altro è raramente evidence-based e molto spesso guidata dalle "mode". Inoltre, la letteratura riporta che una volta scelto un particolare strumento, esso viene spesso applicato con un atteggiamento acritico più volto a dimostrare la validità dello strumento anziché il raggiungimento degli obiettivi.

Materiali e metodi: Nel tentativo di andare oltre i "compartimenti stagni" tra i diversi strumenti di management, viene proposto un approccio integrato di tre strumenti di miglioramento della qualità: lean management; gestione proattiva del rischio clinico; PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali), le cui finalità principali sono rispettivamente:

- ridurre gli sprechi e aumentare l'efficienza ed il value;
- ridurre gli eventi avversi evitabili e migliorare la sicurezza dei pazienti;
- aumentare l'appropriatezza dei processi clinici collegandoli strettamente alle migliori evidenze scientifiche (raccomandazioni della linea guida di riferimento) per garantire una migliore efficacia.

I "manuali" di tali strumenti indicano di applicarli attraverso una sequenza logica di quattro fasi che sono tra loro identiche fatto salvo ovviamente il passaggio caratterizzante di ciascuno:

Fase 1) Eseguire una descrizione analitica del "processo reale" che i pazienti attraversano e delle attività svolte dal personale sanitario nei reparti/servizi coinvolti dal progetto di miglioramento.

Fase 2) Rielaborare criticamente i processi attraverso la "lente specifica" di ciascuno dei tre strumenti ovvero:

- Il lean management si concentra sull'aumento di valore attraverso l'eliminazione degli sprechi (muda) con l'applicazione di metodiche quali value stream mapping, visual management, 5S, pull system, kanban.
- La gestione proattiva del rischio clinico è dedicata all'identificazione ex ante delle attività potenzialmente pericolose attraverso l'applicazione della FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) al fine di "chiudere i buchi nel formaggio" prima che si possa verificare un evento avverso.
- I PDTA collegano le raccomandazioni della linea guida di riferimento di una patologia al reale percorso del

paziente al fine di allineare l'attività dei professionisti alle migliori evidenze scientifiche.

Fase 3) Implementare le modifiche previste ovvero applicare nella pratica quanto definito dal modello ottimale sviluppato nella fase 2.

Fase 4) Valutare attraverso specifici indicatori i risultati ottenuti dal progetto di cambiamento.

Nella reingegnerizzazione dei processi risulta pertanto possibile tenere conto contemporaneamente degli aspetti chiave di ciascuno ovvero: snellire i processi; ridurre i rischi per i pazienti; aumentare l'allineamento alle migliori evidenze scientifiche.

Risultati: Tale approccio integrato consente di attuare un processo di miglioramento senza essere “succubi o innamorati” di nessuno strumento di management. Al contrario, sommando razionalmente quanto di utile, positivo e peculiare può offrire ciascuno di essi, è possibile ottenere, attraverso un unico progetto di qualità, risultati misurabili nelle dimensioni dell'efficienza (lean management), della sicurezza (FMEA), dell'appropriatezza e dell'efficacia (PDCA).

Abstract 30

SOCIAL FRAILTY SCORING SYSTEM: UN PROGETTO PILOTA NELL'IRCCS HUMANITAS RESEARCH HOSPITAL

Oral

[Lonati A.C.*^{\[1\]}](#), [Labruto A.^{\[1\]}](#), [Azzolini E.^{\[1\]}](#), [Lagioia M.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]*Humanitas Clinical and Research Center ~ Rozzano (MI) ~ Italy*

Introduzione: La gestione della dimissione ospedaliera di pazienti fragili o con bisogni socioassistenziali complessi è una problematica crescente del Sistema Sociosanitario, e necessita di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale (medico, infermiere, assistente sociale). Per gli assistenti sociali si assiste a un incremento del carico di lavoro accompagnato da un aumento della complessità delle situazioni, che assorbono più tempo per la comprensione, decodifica e individuazione del percorso di soluzione. Stimare il carico di lavoro nel setting ospedaliero è un'esigenza delineatasi negli anni '50, coinvolgendo medici e operatori sanitari, più raramente gli assistenti sociali.

Obiettivo del progetto, sviluppato all'interno dell'IRCCS Humanitas Research Hospital, è quello di creare, mediante l'analisi retrospettiva dei casi in carico al Servizio di Continuità delle Cure (SECC), uno strumento per la valutazione della fragilità sociale e della complessità dei casi che, attraverso dei fattori predittivi, permetta di prevedere il carico di lavoro di ogni caso e implementare strategie organizzative o gestionali.

Materiali e metodi: Lo studio è articolato in due fasi:

- Preliminare: indagine qualitativa con somministrazione di un questionario all'équipe SECC (definizione dei fattori chiave che determinano un maggior tempo di gestione dei casi in carico, stima della durata media dei colloqui con utenti/familiari e dei contatti con le strutture), base per l'elaborazione di una scheda di raccolta dati (checklist SFSS).
- Elaborazione dello score: identificazione della coorte retrospettiva idonea e raccolta dei dati su checklist SFSS (da cartella sociale informatizzata e cartacea); stratificazione dei casi in base al tempo di gestione stimato; regressione logistica binaria e multinomiale per identificare le principali caratteristiche casi sociali e la predittività degli item raccolti.

Risultati: Il questionario è stato somministrato all'équipe SECC (5 assistenti sociali e 1 counsellor). La sua analisi ha permesso di stimare il "carico di lavoro" degli operatori (valore medio in minuti per la gestione di ogni caso). Sono stati indagati i fattori di fragilità sociale (Bunt et al., 2017), correlandoli alla complessità di gestione attraverso un punteggio espresso su scala likert. La raccolta dei dati è avvenuta su una coorte retrospettiva di 103 casi, ricoverati e segnalati tra il 1° e il 31 gennaio 2018, con successiva analisi statistica con lo scopo di creare un modello predittivo (75 casi). Dal confronto degli item non sono state identificate variazioni significative nella coorte in studio (tranne per l'item bisogni assistenziali). Nel modello di regressione logistica binaria, nessuno degli item considerati risulta essere correlato ad un aumentato assorbimento di risorse. Gli item con una tendenza verso la significatività ($p < 0,2$) sono stati utilizzati per

l'elaborazione del modello di regressione multinomiale che non è riuscito a trovare correlazioni tra le variabili.

Vista la mancanza di significatività nelle analisi di regressione e la scarsa precisione del modello originato attraverso modellazione automatica lineare, non è stato possibile identificare delle variabili associate a un aumentato tempo di gestione dei casi sociali per l'elaborazione di uno score predittivo. In conclusione, sebbene non ottenuti i risultati previsti, ampliando la casistica, il modello e l'impostazione del progetto sembrano essere applicabili anche in altri contesti.

Abstract 31

Q-RED: UNA WEB APP PER IL MONITORAGGIO DELLE INDAGINI AMBIENTALI OSPEDALIERE.

Oral

D'Ambrosio A. ^{*[1]}, Zollesi G. ^[2], Fenu P. ^[2], Siliquini R. ^[1]

Keywords:

^[1]Dipartimento di Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino ~ Torino ~ Italy, ^[2]Direzione Sanitaria, Istituto di Candiolo IRCCS ~ Candiolo (TO) ~ Italy

Introduzione: La legge Gelli afferma che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute e si persegue anche mediante la gestione del rischio associato alle risorse strutturali ospedaliere. A tal fine è fondamentale portare avanti un piano di monitoraggio igienico ambientale delle zone a rischio sia per i pazienti ma anche per il personale. Tali programmi di monitoraggio rischiano però di risultare depotenziati in mancanza di strumenti moderni per valutarne l'esecuzione ed i risultati. Noi proponiamo una Q-RED, web app, che aiuti nella gestione e valutazione dei programmi di monitoraggio tramite una gestione informatizzata della documentazione relativa.

Materiali e metodi: Abbiamo creato una app Open Source, liberamente scaricabile e cross-platform, costruita tramite il framework R Shiny (<http://shiny.rstudio.com/>). La app si basa su un foglio Excel facilmente compilabile, in cui gli operatori segnano delle specifiche informazioni per ogni report periodico (anno, mese, eventuali note, problemi, non conformità); tali informazioni vengono elaborate e presentate tramite una dashboard interattiva.

Risultati: La dashboard fornisce una visione globale sullo svolgimento ed i risultati delle indagini ed è divisa in 3 parti: visualizzazione nel tempo dello svolgimento di indagini, con dei riferimenti grafici color-coded che identificano la presenza di eventuali note, problemi o non conformità (fig. 1); distribuzione degli intervalli temporali fra report, al fine di valutare la conformità alle leggi relativamente alla frequenza delle indagini (fig. 2); una lista ordinata delle note (eg. dati da ricontrollare), dei problemi (normative sbagliate) e delle non conformità (valori fuori soglia) riscontrate nei report delle indagini (fig. 2). La app permette di inserire molteplici tipologie di indagini, di valutare i risultati in periodi temporali diversi e di creare dei report stampabili. Le voci "Note", "Problemi" e "Non-conformità" possono essere facilmente modificate così come a tutto il resto del testo della app, fornendo grande flessibilità di utilizzo. La app è scaricabile da <https://github.com/bakaburg1/Q-RED> dove trovate anche le istruzioni per il suo utilizzo. Presso l'IRCC Candiolo tale app viene utilizzata per indagini quali la determinazione della carica microbica, delle condizioni microclimatiche, del particolato aerodisperso, etc...

Avere una gestione solo cartacea dei report ambientali rende molto difficile la valutazione di un programma di monitoraggio. La nostra soluzione permette a colpo d'occhio di cogliere le criticità e programmare interventi per contrastare le situazioni che mettono a rischio la salute di pazienti e operatori in ospedale.

Indagini ambientali

Seleziona il tipo di indagine:

Indagine 1

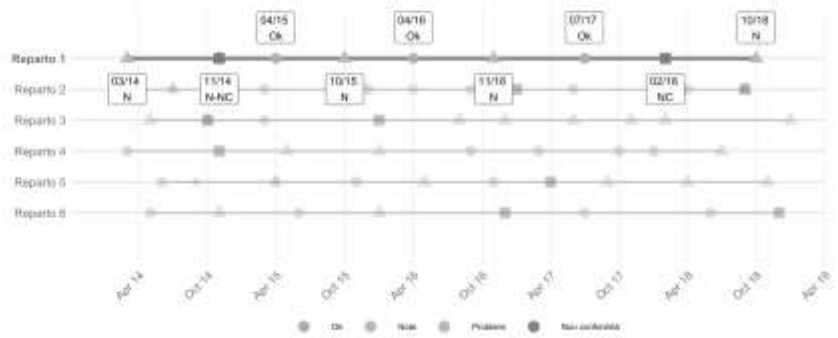
2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019

Reparto 1

Stampa Report

Indagine 1

Reparto 1



Dati sulla produzione di report

Sono stati prodotti 9 report in 6 anni (-1,5, report per anno) con un intervallo medio di 6.44 ± 1.67 mesi (mediana: 7; IQR: 6 - 8).

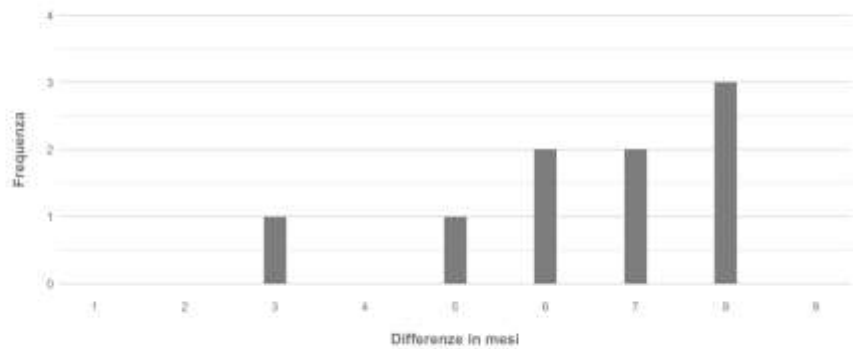
Seleziona il tipo di indagine:

Indagine 1

2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019

Reparto 1

Stampa Report



Appunti sulle indagini

Vi sono note: 5 e non conformità: 2.

Note

Data	ID Protocollo	Testo
Mar 2014	A9	Note 4
Nov 2014	A10	Note 5
Oct 2015	A12	Note 6
Nov 2016	A14	Note 7
Oct 2018	A17	Note 8

Abstract 33

L'IMPATTO DELLA PERMANENZA IN PRONTO SOCCORSO SULLA QUALITÀ DELLE CURE

Oral

[Labruto A.](#)^[1], [Lonati A.C.](#)^[1], [Azzolini E.](#)^[1], [Lagioia M.](#)^[1]

Keywords:

^[1]*Humanitas Clinical and Research Center – IRCCS ~ Rozzano ~ Italy*

Introduzione: La qualità delle cure è misurata attraverso 6 domini (Institute Of Medicine), di cui 4 (sicurezza, centralità del paziente, efficienza e tempestività) correlati al sovraffollamento e alla permanenza del paziente in Pronto Soccorso (crowding e ED-LOS). Il crowding è un problema affrontato a livello globale e considerando il modello concettuale del PS (input-throughput-output) le maggiori difficoltà sono rappresentate dai colli di bottiglia, come numero di ingressi e saturazione dei posti letto ospedalieri. Trovare un equilibrio in questo modello è prioritario, specie se l'occupazione ospedaliera è pianificabile. Tali rischi possono essere spiegati da dati che associano gli effetti del tempo sulla sicurezza del paziente (mortalità) e sull'efficienza ospedaliera (durata del ricovero - LOS).

Obiettivo dello studio è determinare l'associazione fra ED-LOS, mortalità ospedaliera e LOS, supportando il management ospedaliero nelle scelte organizzative per facilitare i ricoveri da PS.

Materiali e metodi: Lo studio retrospettivo di coorte è stato disegnato per valutare l'associazione fra ED-LOS, mortalità e LOS. I dati sono stati estratti dal data warehouse (periodo 2015-2018) di un'unica struttura (IRCCS con DEA di II livello) con circa 50000 accessi in PS/anno e un tasso di ricovero del 14%. Criterio di inclusione è il ricovero in seguito ad accesso in PS, sono esclusi pazienti minorenni, i record incompleti e i ricoveri non rimborsabili. Sono valutate le variabili:

- demografiche (età, genere, domicilio)
- cliniche (codice triage, diagnosi ICD9, severity of illness e risk of mortality score, DRG e MDC)
- temporali (ED-LOS e LOS).

Le analisi descrittive per i livelli di associazione sono state effettuate usando STATA 14.1. Le variabili continue sono presentate come medie, mediane e deviazioni standard (DS), comparate con test parametrici calcolando l'intervallo di confidenza al 95%. Per tutte le inferenze è stato considerato valido un P-value < 0.05.

Risultati: Sono stati analizzati 24699 casi (44% donne e 56% uomini) con età media di 67.4aa ±16.5 DS, fascia di età più rappresentata 61-80aa.

La suddivisione al triage è di 9% rossi, 48% gialli, 42% verdi, <1% bianchi. La ED-LOS media è di 970 min (mediana 680 min), nel 4% maggiore di 48h (50% nel weekend). All'accesso, le patologie circolatorie sono le più frequenti (24%), seguite dalle respiratorie (16%).

La LOS media è 10.3gg (mediana 8gg), 5% sopra soglia considerando il trim point DRG. 1641 pazienti sono deceduti durante il ricovero con un tasso di mortalità del 0.63 per 100 giorni-persona (IC95% 0.60-0.66). Il rischio di mortalità aumenta del 1% all'aumentare della ED-LOS, con un pattern leggermente variato per aggiustamento delle covariate (hazard ratio 1.0065, ES 0.0015, IC95% 1.003-1.009, P-value <0.001).

La LOS risulta associata positivamente con la ED-LOS: la probabilità di superare la LOS media aumenta significativamente con un odds di 1.14 (cut off di 12h di ED-LOS), con leggero decremento se aggiustato per le covariate (odds ratio 1.09, ES 0.03, IC95% 1.04-1.16 P-value <0.001).

Considerando il disegno, che misura l'associazione e non la causalità, e le limitazioni dell'analisi, i risultati dimostrano l'effetto di ED-LOS su mortalità e LOS, evidenziando la necessità di ridurla per migliorare la qualità delle cure. Il modello del PS dovrebbe essere rivisto per garantire un più rapido flusso dei pazienti verso il ricovero e la riduzione della ED-LOS potrebbero migliorare gli indicatori di esito e performance.

Abstract 40

VALUTAZIONE DELL'ADERENZA DEGLI OPERATORI AL PROTOCOLLO AZIENDALE RELATIVO ALLA PROFILASSI ANTIBIOTICA PERIOPERATORIA E PROGETTO DI IMPLEMENTAZIONE DELLA PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA

Oral

[Faccio V.*^{\[1\]}](#), [Raiteri D.^{\[1\]}](#), [Tigano S.^{\[4\]}](#), [Cavaliere A.^{\[2\]}](#), [Barabino G.^{\[3\]}](#), [Riccio G.^{\[4\]}](#), [Airoldi C.^{\[5\]}](#), [Garra L.^{\[1\]}](#), [Alicino C.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]ASL2 Savonese S.C. Direzione Medica Presidi Ospedalieri ~ Pietra Ligure (Savona) ~ Italy, ^[2]ASL2 Savonese S.C. Sistemi Informativi e Ingegneria clinica ~ Pietra Ligure (Savona) ~ Italy, ^[3]ASL2 Savonese S.C. Anestesia e Rianimazione Pietra Ligure ~ Pietra Ligure (Savona) ~ Italy, ^[4]ASL2 Savonese S.C. Malattie Infettive Osteo-Articolari ~ Albenga (Savona) ~ Italy, ^[5]ASL2 Savonese Direttore Sanitario ~ Savona ~ Italy

Introduzione: La profilassi antibiotica in chirurgia rappresenta un'importante misura per il controllo del rischio infettivo associato alla procedura chirurgica.

Presso la ASL2 Savonese è stato recentemente revisionato, sulla base delle raccomandazioni nazionali ed internazionali, il Protocollo Aziendale CIO n. 101 "Schemi per la Profilassi Antibiotica" che individua gli schemi di antibiotico-profilassi peri-operatoria raccomandati in ciascuna classe di interventi chirurgici.

L'obiettivo del progetto è valutare l'adesione degli operatori sanitari agli schemi di antibiotico-profilassi contenuti nel Protocollo Aziendale e implementare interventi di miglioramento dell'adesione ai suddetti schemi.

Materiali e metodi: La valutazione dell'adesione è stata eseguita presso tutte le strutture chirurgiche dell'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure (397 posti letto, DEA di II Livello e Trauma Center) e dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Albenga (101 posti Letto, sede di Punto di Primo Intervento) costituenti il Presidio Ospedaliero di Ponente dell'ASL2 Savonese. Il periodo dello studio è stato dal 1 giugno 2018 al 31 ottobre 2018. La selezione degli interventi è stata effettuata mediante una randomizzazione a cluster selezionando per ciascuna specialità chirurgica uno o più classi d'intervento. I dati relativi alle caratteristiche degli interventi e alla profilassi antibiotica peri-operatoria sono stati raccolti mediante la cartella clinica informatizzata e il registro operatorio informatizzato. I dati sono stati inseriti su un foglio Excel, costruito ad hoc. Per ciascun intervento chirurgico oggetto dello studio è stata valutata l'adesione ai seguenti aspetti: indicazione alla somministrazione della profilassi antibiotica preoperatoria e somministrazione effettiva, tempistica di somministrazione, molecola somministrata; indicazione alla somministrazione di dosi di antibiotico intra-operatorie e post-operatorie ed effettiva somministrazione, tempistica di somministrazione, molecola somministrata; durata della profilassi post-operatoria (quando indicata).

Risultati: Sono stati analizzati 132 interventi chirurgici. In 120 interventi la profilassi preoperatoria era raccomandata e nel 91,7% è stata correttamente somministrata. Nel 66% degli interventi è stata utilizzata la molecola appropriata. Nel 63,1% degli interventi la somministrazione dell'antibiotico è avvenuta nei 60

minuti precedenti l'inizio dell'intervento. La dose intraoperatoria, raccomandata in 16 interventi, è stata eseguita nel 18,8% dei casi utilizzando sempre la molecola appropriata. Infine, gli interventi per cui era raccomandata la somministrazione di antibiotico nelle 24 ore successive all'intervento erano 77. L'antibiotico è stato somministrato nel 90,9% dei casi e la molecola è risultata appropriata nel 55,7% dei casi. Il numero di dosi di antibiotico somministrate nel periodo post-operatorio è risultato aderente alle raccomandazioni nel 20% dei casi.

Lo studio ha dimostrato ottima aderenza all'esecuzione della profilassi pre-operatoria e post-operatoria. Tuttavia risultano migliorabili sia l'utilizzo della molecola appropriata sia la corretta durata della profilassi post-operatoria. Allo scopo di incrementare l'aderenza degli operatori riguardo ai suddetti punti, è stato avviato un progetto pilota di prescrizione informatizzata della profilassi mediante la possibilità di selezionare, nella cartella clinica informatizzata, schede di antibiotico-profilassi precompilate aderenti al Protocollo Aziendale.

Abstract 41

ANALISI DELLE RISORSE UMANE AD ELEVATA QUALIFICA (MEDICI) NELLE ASST LOMBARDE NEL 2019.

Oral

Magni A.^[1], Cacace G.^[2], Carpinelli L.^[3]

Keywords:

^[1]Università degli Studi di Pavia ~ Pavia ~ Italy, ^[2]Casa di Cura La Madonnina ~ Milano ~ Italy, ^[3]IRCCS Policlinico San Donato ~ San Donato Milanese ~ Italy

Introduzione: Il Sistema Sanitario Lombardo (SSL), nonostante le recenti riforme occorse per limitarne la decadenza, è conosciuto a livello nazionale e internazionale come uno dei migliori. La legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23 ne ha riformato l'organizzazione instaurando 27 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS). Rimangono pur tuttavia notevoli criticità riconducibili all'arruolamento e alla gestione del personale.

Il presente studio si propone di descrivere in termini quantitativi e qualitativi oltre che illustrare l'allocazione delle risorse umane ad elevata qualifica professionale disponibili ad operare nel SSL, suggerendo nel contempo una strategia per il governo delle medesime.

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

Risultati: Dall'analisi dei dati si osserva che i medici operanti nelle strutture del Sistema Sanitario Lombardo nel 2019 sono almeno quarantasettemilacinquecentoeuno (47501). A confronto con l'anno precedente sono aumentati del 3,2% (da 46029 a 47501). Essendo il numero di abitanti residenti pari a circa 10'000'000, ci sono 4,7 medici ogni 1000 abitanti; la prevalenza dei medici in Lombardia è fra le più elevate dei paesi OECD.

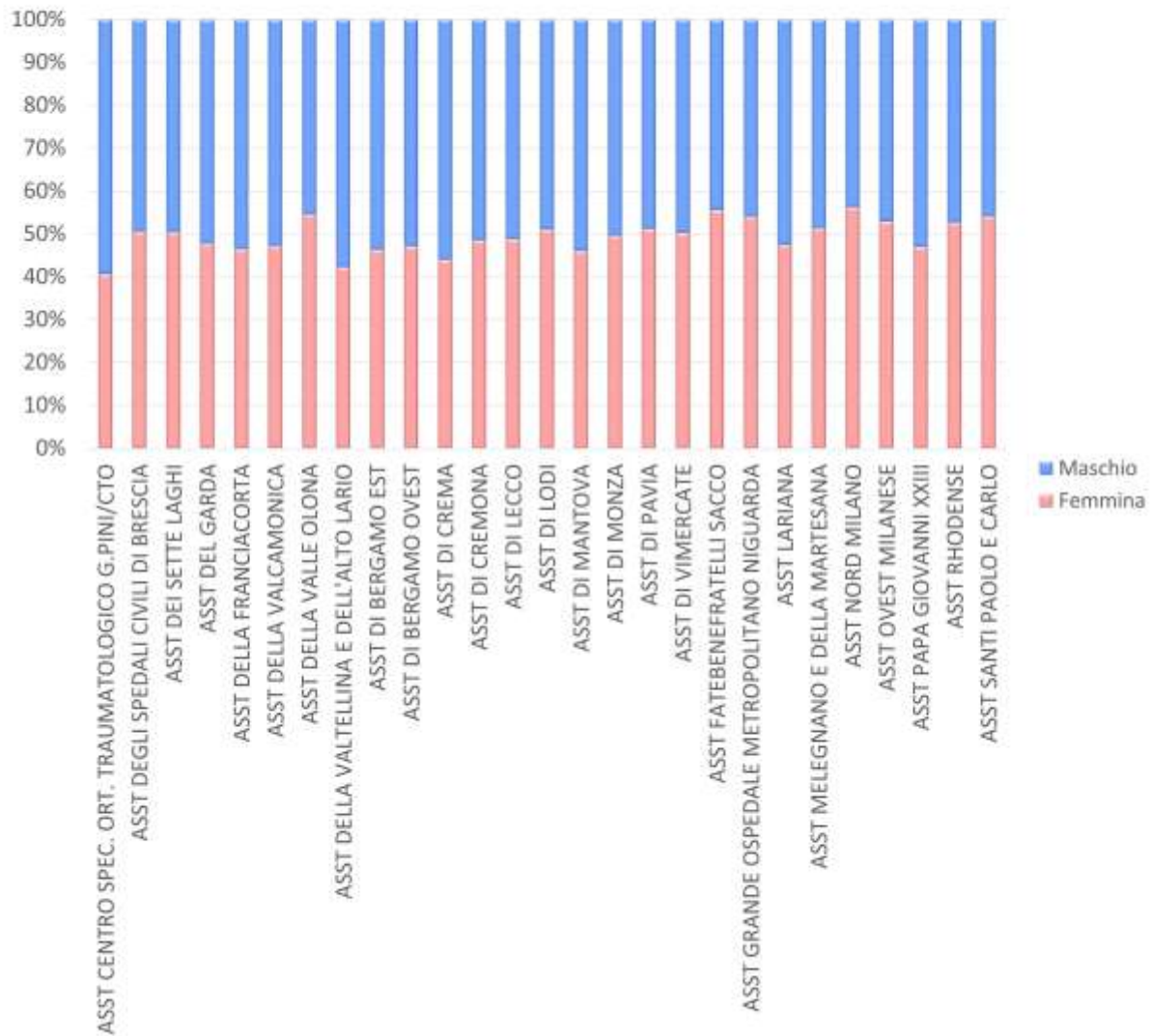
Il campo di variazione delle loro età è compreso fra 24 e i 94 anni; l'età media è 48,2 anni, la mediana è 48. Fra i 47501 medici 22831 (48,1%) sono donne e 24670 (51,9%) sono uomini. In base al luogo di nascita il 62,4% proviene geograficamente dalla Lombardia, il rimanente da altre regioni Italiane o dall'Estero.

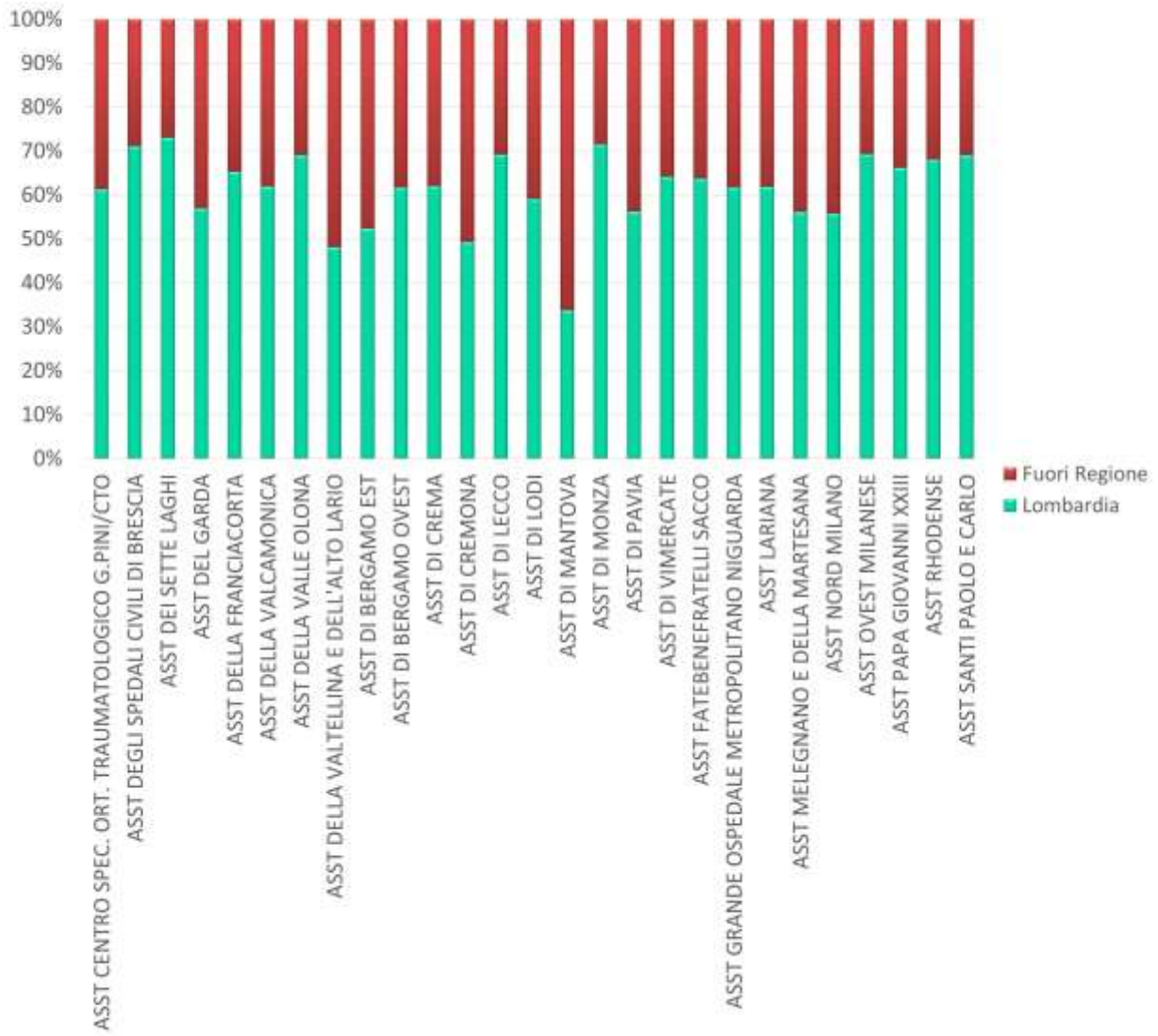
I medici operanti nelle 27 ASST del SSL nel 2019 sono 21564. L'età media è 48 anni; l'età media dei medici in ciascuna struttura varia da 46,7 (ASST della Valcamonica) a 51,6 (ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini). Fra i 21564 medici 10882 (50,46%) sono donne e 10682 (49,54%) sono uomini; la percentuale di medici di genere femminile varia fra il 41% (ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini) e il 56% (ASST Nord Milano). Nell'ASST Nord Milano, nell'ASST Fatebenefratelli Sacco, nell'ASST della Valle Olona, nell'ASST Santi Paolo e Carlo, nell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, nell'ASST Ovest Milanese, nell'ASST di Pavia la percentuale di medici di genere

femminile è maggiore di quella media delle ASST regionali. Fra i 21564 medici 13475 (62%) provengono geograficamente dalla Lombardia; la percentuale varia dal 34% (ASST di Mantova) al 73% (ASST dei Sette Laghi).

È auspicabile che i dirigenti medici di ciascuna struttura sanitaria scelgano e misurino con periodicità costante alcuni parametri riferibili al personale in modo da poterli confrontare con quelli rilevati negli anni precedenti nella medesima struttura oppure con quelli delle altre strutture sanitarie concorrenti. La variabilità dei parametri nel tempo e nello spazio potrebbe essere presa come indicatore di stabilità della struttura e la sua omeostasi dovrebbe essere considerata dai dirigenti come obiettivo per un'ottimale gestione delle risorse umane.

Medici operanti nelle Aziende Socio Sanitarie Territoriali





Abstract 44

LA CHIRURGIA AMBULATORIALE: MODELLO DI APPROPRIATEZZA, RISPETTO DELLE PRIORITÀ E DEI TEMPI D'ATTESA

Oral

[Montemurro D.*^{\[1\]}](#), [Rigo A.^{\[1\]}](#), [Baratto F.^{\[2\]}](#), [Sturaro W.^{\[3\]}](#), [Buggio M.E.^{\[3\]}](#), [Stevanin P.^{\[1\]}](#), [Biondin M.^{\[1\]}](#), [Barina M.^{\[1\]}](#), [Sturaro A.^{\[4\]}](#), [Dalla Torre S.^{\[5\]}](#), [Bertoncello C.^{\[5\]}](#), [Marcante E.^{\[5\]}](#)

Keywords:

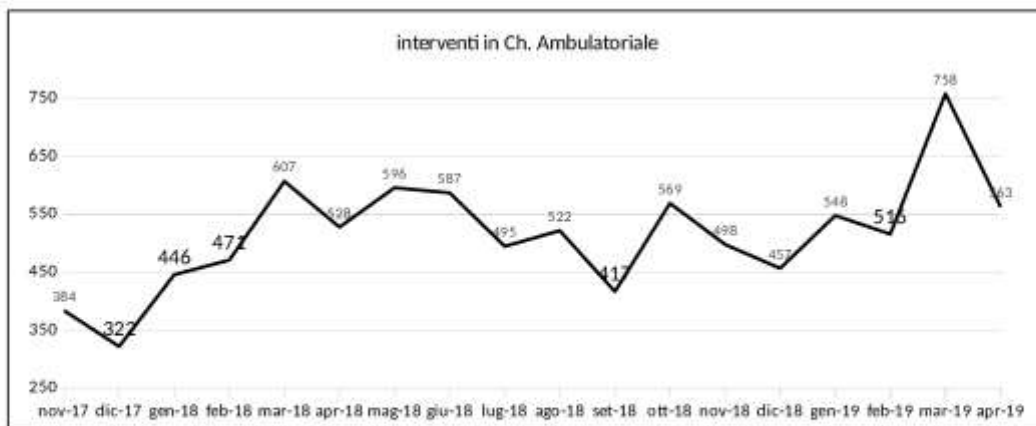
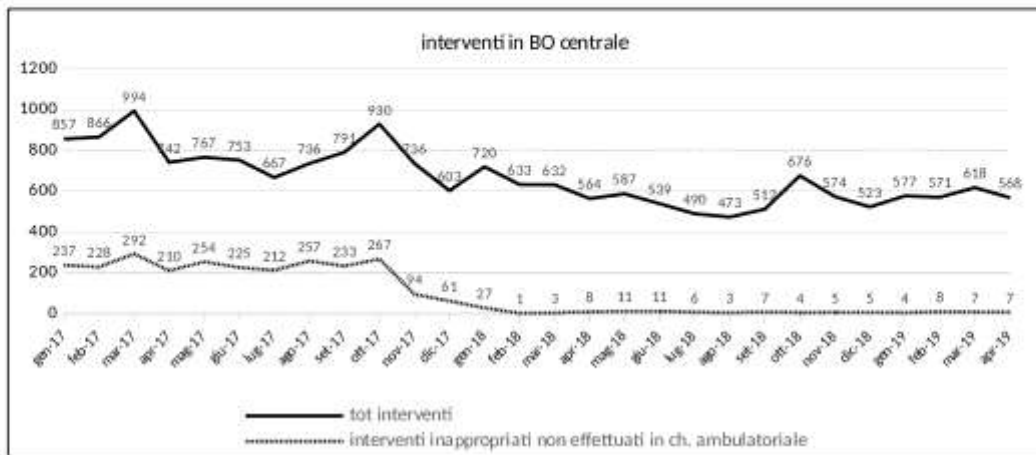
^[1]*DMO, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta ~ Padova ~ Italy*, ^[2]*UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta ~ Padova ~ Italy*, ^[3]*SPS, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta ~ Padova ~ Italy*, ^[4]*servizi informatici Ulss 6 Euganea ~ Padova ~ Italy*, ^[5]*Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova ~ Padova ~ Italy*

Introduzione: A Gennaio 2018 viene istituita presso gli Ospedali Riuniti Padova Sud la struttura ospedaliera denominata chirurgia ambulatoriale dotata di 8 ambulatori con sala chirurgica, ubicata in area distinta dal blocco operatorio centrale, organizzata per effettuare procedure diagnostiche, terapeutiche invasive e chirurgiche praticabili in regime ambulatoriale, con la presenza dell'anestesista. Le prestazioni effettuabili sono riconducibili alle seguenti unità di offerta: oculistica, chirurgia, ginecologia, orl, urologia, ortopedia, accessi vascolari, epatologia interventistica. Tale modello organizzativo si propone di ottimizzare i processi di cura secondo una visione moderna dei percorsi di qualità, migliorando l'appropriatezza dell'attività chirurgica e consentendo al blocco operatorio di dedicarsi alle procedure più complesse che necessitano di degenza post operatoria. Gli obiettivi secondari sono: ridurre i tempi d'attesa, incrementare la produttività in un setting corretto, razionalizzare il costo dell'assistenza chirurgica, costituire un core curriculum certificato per i professionisti.

Materiali e metodi: La creazione di agende informatizzate visibili a CUP, ha reso innovativa l'organizzazione della chirurgia ambulatoriale consentendo la calendarizzazione puntuale degli interventi con la garanzia della loro tracciabilità dalla prenotazione, alla refertazione, alla compilazione del registro operatorio fino all'archiviazione. Il modello sperimentato consente inoltre di poter estrarre in tempo reale i dati di attività per azioni di monitoraggio e di business intelligence con il feedback dei professionisti al fine di orientare le loro scelte strategiche.

Risultati: La selezione, dal processo di arruolo in ambulatorio, del paziente ideale da collocare in tale setting e l'inserimento dello stesso in agende specifiche, ha permesso di razionalizzare i costi legati alla pre ospedalizzazione e di contenere il ricovero alberghiero. Le liste d'attesa per tunnel carpale, isteroscopia diagnostica e operativa, circoncisione, frenulotomia, biopsia prostatica, asportazione lesioni orali e frenulectomia sono state azzerate, mentre per cataratta, ernie inguinali e varici ridotte di 6 mesi. La richiesta di accessi vascolari per pz da RSA viene evasa in meno di una settimana. Nel periodo genn18-genn19, il numero di interventi inappropriati eseguiti nel BO si è ridotto dell'85% con un parallelo incremento del 20% degli interventi eseguiti in chirurgia ambulatoriale.





Abstract 47

DIREZIONE MEDICA NELLA DIDATTICA UNIVERSITARIA: ESPERIENZA PRATICA NEL MODULO DI IGIENE A MEDICINA

Oral

Celotto D.^[1], Sammartano F.^[1], Perri G.^[1], Del Pin M.^[1], Cocconi R.^[2], Lattuada L.^[2], Parpinel M.^[1], Brusaferrò S.^[3]

Keywords:

^[1]Dipartimento di Area Medica, Università degli Studi di Udine ~ Udine ~ Italy, ^[2]Direzione Medica di Presidio, Ospedale Santa Maria della Misericordia, ASUIUD ~ Udine ~ Italy, ^[3]Dipartimento di Area Medica, UNIUD - SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, ASUIUD ~ Udine ~ Italy

Introduzione: Tra le rotazioni degli studenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Udine, al V anno sono previsti i tirocini del modulo di Igiene (corso di Medicina e Sanità Pubblica). Grazie alla collaborazione tra Azienda Sanitaria ed Università, annualmente alcune ore di tirocinio sono dedicate ad eventi formativi condotti dalla Direzione Medica del Presidio Santa Maria della Misericordia di Udine. Questi eventi sono volti a presentare alcune funzioni ed attività della Direzione stessa. Il presente lavoro intende valutare l'efficacia di tali incontri in termini di gradimento da parte degli studenti, sulla base dei dati raccolti negli Anni Accademici 2016/17, 2017/18, 2018/19.

Materiali e metodi: Nel periodo Febbraio-Maggio di ciascun Anno Accademico, le lezioni sono state tenute da medici di Direzione agli studenti di Medicina suddivisi in piccoli gruppi, al fine di una maggiore interattività. I principali argomenti trattati in tali occasioni, anche mediante esercitazioni pratiche, sono stati: note storiche ed evoluzione dell'organizzazione sanitaria, i sistemi di classificazione dei pazienti (DRG e Disease Staging) e delle malattie (ICD9-CM), gli indicatori di attività ospedaliera e le SDO, elementi di edilizia ospedaliera, percorsi e flussi intraospedalieri.

Ai discenti è stato somministrato un questionario di gradimento, al fine di valutare in una scala da 1 a 5: competenza, chiarezza espositiva, puntualità e materiale didattico. Infine, sono stati calcolati i valori medi di gradimento per le 4 aree nel tempo.

Risultati: A partire dall'Anno Accademico 2016/17 sono stati organizzati 12 incontri della durata di 3 ore ciascuno (4 eventi per ciascun A.A.), a cui hanno partecipato complessivamente 135 studenti (50 nell'A.A. 2016/17, 53 nell'A.A. 2017/18, 33 nell'A.A. 2018/19). Il valore medio del gradimento complessivo espresso dagli studenti è stato di 4.4/5 per competenza e rispetto dei contenuti concordati, 4.4/5 per chiarezza espositiva, 4.6/5 per puntualità e rispetto dei tempi concordati, 4.3/5 per qualità del materiale didattico. In particolare, le modifiche poste al materiale didattico nel corso degli anni hanno portato ad un progressivo miglioramento della valutazione, da 4.1/5 nell'A.A. 2016/17 a 4.4/5 nell'A.A. 2018/19.

Gli interventi effettuati dai medici della Direzione Medica all'interno del modulo di Igiene sono risultati particolarmente apprezzati dagli studenti, ed hanno riscosso un ottimo gradimento. I discenti hanno riconosciuto l'utilità degli argomenti trattati ed apprezzato le modalità di presentazione. Questi eventi

formativi hanno consentito di presentare strumenti difficilmente spiegati in altri momenti della loro formazione, ma largamente diffusi nella pratica quotidiana successiva degli stessi una volta entrati nel mondo del lavoro.

	Numero risposte	Competenza e rispetto dei contenuti concordati	Chiarezza espositiva	Puntualità e rispetto dei tempi concordati	Qualità del materiale didattico
2016/17	50	4,2	4,2	4,5	4,1
2017/18	52	4,6	4,6	4,7	4,3
2018/19	33	4,5	4,5	4,6	4,4
TOTALE e MEDIE	135	4,4	4,4	4,6	4,3

Abstract 48

RIORGANIZZAZIONE ATTIVITA' TRASFUSIONALE PRESSO ASP CALTANISSETTA:

Oral

[Cirrone Cipolla A.](#) ^[1], [Elia R.](#) ^[1], [Trobia C.](#) ^[1], [Iannello A.](#) ^[1], [Trobia B.](#) ^[1], [Santino P.M.](#) ^[1], [Caltagirone A.](#) ^[1]

Keywords:

^[1] *ASP Caltanissetta ~ Caltanissetta ~ Italy*

Introduzione: A decorrere dal mese di marzo dell'anno 2017 presso l'ASP Caltanissetta è stato istituito il POLO UNICO DI LAVORAZIONE SANGUE, al fine di accentrare le procedure di lavorazione delle unità di emocomponenti raccolte dalle donazioni ed i test di valutazione immunoematologici con l'obiettivo di ottimizzare la qualità delle stesse, oltre a costituire una banca di stoccaggio e compensazione per un'efficiente redistribuzione dei prodotti a livello provinciale.

Materiali e metodi: Attualmente, alla UOC Medicina Trasfusionale del P.O. Sant'Elia di Caltanissetta pervengono le sacche di sangue intero dalle Unità di Raccolta (UdR) di Caltanissetta e Niscemi, dalle Unità di Raccolta Ospedaliera (URO) di San Cataldo e Mussomeli nonché quelle provenienti dal Servizio Trasfusionale di Gela. Solo presso i Presidi Ospedalieri di Caltanissetta e Gela vengono effettuate anche donazioni in aferesi.

Presso la U.O.C. Medicina Trasfusionale del P.O. Sant'Elia prestano la propria attività un Direttore f.f., 2 Dirigenti Medici, 2 Dirigenti Biologi, 1 Biologo e 6 Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico; la presenza dei Dirigenti è garantita in guardia attiva dalle 08:00 alle 20:00 di ogni giorno, prefestivi e festivi esclusi; in pronta disponibilità nelle restanti fasce orarie e giornate; la presenza dei Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico è garantita in guardia attiva h24 tutti i giorni incluso i festivi.

E' in itinere la possibilità della validazione e/o assegnazione a distanza in qualsiasi momento della giornata mediante connessione VPN.

Risultati: Inizialmente venivano consegnate alla UOS Medicina Trasfusionale del P.O. Vittorio Emanuele di Gela le unità di emazie concentrate prefiltrate dopo frazionamento, invece, ad oggi, è in atto una procedura di compensazione in base alle esigenze della stessa.

I risultati sono stati molto soddisfacenti; particolare attenzione è stata posta nella verifica di tutta la filiera, evidenziando alcuni elementi di criticità soprattutto in riferimento ai trasporti ed alle ridotte risorse umane assegnate rispetto al volume di attività.

UNITA' DI EMOCOMPONENTI PRODOTTE NELL'ANNO 2018			
<i>Emozie Concentrate Prefiltrate</i>	<i>Plasma da Frazionamento</i>	<i>Plasma da Aferesi</i>	<i>Pool di Piastrine da Buffy Coat</i>
<i>10.574</i>	<i>10.574</i>	<i>32</i>	<i>844</i>

Abstract 50

LEAN THINKING PER LA RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI PRIMARI NELL'A.O.U. POLICLINICO DI BARI

Oral

[Bruno V.](#)^[1], [Carpagnano L.F.](#)^[1], [Marra M.](#)^[3], [Antonio D.](#)^[3], [Melpignano L.](#)^[3], [Carlucci M.](#)^[2]

Keywords:

^[1]Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari ~ Bari ~ Italy,

^[2]Direttore Sanitario, A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy, ^[3]Dirigente Medico, Direzione Sanitaria A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy

Introduzione: Il taglio cesareo è una procedura chirurgica eseguita in tutto il mondo non priva di rischi, che deve essere offerta solo in caso di effettiva necessità clinica, in particolare nelle donne senza un pregresso Tagli Cesareo (TC primari). L'elevato tasso di TC primari è un problema di rilevanza nazionale e regionale. L'AOU Policlinico di Bari registra, secondo il Piano Nazionale Esiti 2017, un valore di TC primari pari al 33,5%, superiore del 9% alla media nazionale, mentre la percentuale di Tagli Cesarei Depurati secondo il Sistema di Valutazione Performance del Sant'Anna di Pisa indica un valore pari al 28,8%, superiore del 8,8% al valore benchmark delle AOU. Il Lean Thinking è stato applicato per individuare una strategia per ridurre i TC primari evitabili e per valutare l'organizzazione del Centro Nascita, finalizzata a migliorarne l'assistenza offerta.

Materiali e metodi: Il gruppo di lavoro ha quantificato il volume e le modalità di parto mediante confronto tra i dati estratti dal sistema regionale EDOTTO, i CEDAP e quelli forniti dalle due Cliniche Ostetriche del Centro Nascita. Successivamente è stata effettuata l'analisi delle cartelle cliniche di tutti i TC primari espletati nel I bimestre 2018, evidenziando la causa del ricorso al TC.

Raccolti ed analizzati i dati, il progetto Lean è stato sviluppato mediante:

- coinvolgimento del personale attraverso incontri con ostetriche, infermiere, medici strutturati e medici specializzandi delle due cliniche;
- coinvolgimento delle pazienti con colloqui informali e somministrazione di questionari anonimi, finalizzati ad investigare le cause del ricovero, il gradimento dell'assistenza offerta, ed altri dati ritenuti rilevanti.
- osservazione degli ambienti e delle attività svolte dalle cliniche, dell'organizzazione del lavoro e delle criticità già riportate dal personale (gemba walk).

Risultati: Nel 2018, presso il Policlinico di Bari, sono stati espletati 1644 parti di cui 580 parti cesarei. Nel I bimestre 2018 sono stati registrati 223 parti, di cui 131 (59%) parti spontanei. I restanti 92 (41%) riportavano un TC, di cui 36 (39%) con pregresso TC e 56 (61%) TC primari. Sono state indagate le cause del TC primario. In 49 casi era riportata una chiara indicazione medica (patologia materna, complicanza della gravidanza, presentazione podalica) mentre delle 7 cartelle restanti, 1 era correlata a esplicita richiesta materna, 5 avevano un'indicazione medica assente o incerta e 1 risultava erroneamente codificata (incongruenza Cartella Clinica-CEDAP).

Alla luce delle attività svolte, il gruppo di lavoro ha scomposto le problematiche emerse nelle cause radice, riconducendole a quattro macroaree:

1) Personale:

- TC come pratica di medicina difensiva;
- Mancata valorizzazione dell'ostetrica nel percorso assistenziale

2) Comunicazione:

- Difficoltà nella condivisione dei percorsi assistenziali tra le due cliniche, accentuata dalla organizzazione in turni di guardia a giorni alterni.
- Scelta non consapevole della donna, che si affida al "sentito dire" e al web piuttosto che al confronto con il personale sanitario e alla preparazione offerta dai corsi preparto.

3) Metodi:

- Necessità di revisionare procedure e protocolli condivisi da entrambe le cliniche.
- Mancata standardizzazione documentazione clinica presente in cartella

4) Strumenti:

- Mancanza di un sistema informatizzato di sala parto per l'accesso ai dati sull'attività svolta.
- Errata codifica della SDO e dei CEDAP

Abstract 51

PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO: ARRIVA IL FAST TRACK ORTOPEDICO

Oral

Soldano S.^[1], Solarino B.^[2], Maria Giustina D.^[3], Milone G.^[1], Carpagnano L.F.^[4], Bruno V.^[4], Carlucci M.^[5]

Keywords:

^[1]Dirigente Medico, Direzione Sanitaria A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy, ^[2]Dirigente Medico, U.O.C. Medicina Legale A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy, ^[3]Dirigente Medico, Direzione Sanitaria Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" ~ Bari ~ Italy, ^[4]Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi ~ Bari ~ Italy, ^[5]Direttore Sanitario, A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy

Introduzione: Il sovraffollamento del Pronto Soccorso, overcrowding, è una condizione che si determina quando il numero dei pazienti presenti supera la disponibilità di postazioni e/o le capacità assistenziali del personale, limitando la risposta e la qualità del servizio.

È un problema diffuso a livello mondiale che porta a lunghi tempi di attesa, inaccettabili per i pazienti adulti ma ancor più inammissibili per i piccoli pazienti e i loro accompagnatori.

Il Fast Track è un percorso veloce di gestione infermieristica, un modello organizzativo strategico che consiste nella possibilità, con le competenze esercitate dall'infermiere di triage, di inviare il paziente direttamente allo specialista, bypassando inquadramento e valutazione clinica del medico di PS.

L'AOU Policlinico di Bari comprende anche l'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, situato a pochi km di distanza, nella medesima città, dotato di competenze autonome e pluridisciplinari, con un PS proprio che assicura l'assistenza ospedaliera pediatrica in emergenza-urgenza su tutto il territorio.

Al fine di ridurre le attese in PS, assicurando massima efficienza e qualità nelle cure, la Direzione Sanitaria dell'AOU Policlinico di Bari ha strategicamente ideato e adottato un PDTA dedicato al paziente pediatrico giunto in PS con trauma di pertinenza esclusivamente ortopedica, formalizzato in una procedura aziendale valida per il PS, e le altre UU.OO. coinvolte, dell'Ospedale Pediatrico.

Materiali e metodi: È stato attivato presso l'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII il servizio di Fast Track Ortopedico con un ortopedico di turno che prenderà direttamente in carico il paziente con trauma segmentario semplice, immediatamente dopo il triage, eseguendo il trattamento e dimettendolo, bypassando la visita del medico in servizio presso il PS.

Per i traumi del bacino e/o del rachide o trauma polidistrettuale sarà, invece, necessaria la valutazione del medico di PS in servizio che, previa valutazione clinica strumentale e laboratoristica, richiederà consulenza ortopedica.

La procedura delinea anche le modalità di presa in carico del paziente pediatrico con trauma monosegmentario durante i giorni festivi e le ore notturne al fine di ottimizzare le risorse disponibili, assicurando al paziente gestione sicura dell'emergenza-urgenza e rinviando, ove la situazione clinica lo consenta, la consulenza specialistica ortopedica al primo giorno utile dopo la festività, sempre entro 48 ore dal primo accesso in PS.

In suddetto caso il paziente si recherà, nel giorno stabilito, direttamente presso la U.O. di Ortopedia per

sottoporsi a visita specialistica, senza accedere nuovamente in PS.

La procedura esclude da questo PDTA i pazienti che giungono in PS con trauma cranico.

È stato previsto un percorso di formazione professionale dedicato agli operatori sanitari coinvolti in tale modello organizzativo, con l'obiettivo anche di aumentare la sensibilità alla segnalazione di eventi avversi.

Risultati: L'introduzione del Fast Track Ortopedico in PS presso l'Ospedale Pediatrico comporterà una diminuzione dei tempi di attesa, di permanenza in PS, del numero di allontanamenti spontanei prima della visita e garantirà erogazione di cure appropriate e di qualità.

In linea con il Codice del Diritto del Minore alla Salute e ai Servizi Sanitari, obiettivo dell'AOU Policlinico di Bari è garantire sempre al minore il migliore stato di salute possibile.

Abstract 52

“BABY ON BOARD”: SICUREZZA NEL TRASPORTO INTER/INTRA OSPEDALIERO PEDIATRICO

Oral

[Carpagnano L.F.*^{\[1\]}](#), [Solarino B.^{\[2\]}](#), [Calabrese G.^{\[3\]}](#), [Lisena F.P.^{\[3\]}](#), [Bruno V.^{\[1\]}](#), [Carlucci M.^{\[4\]}](#)

Keywords:

^[1]Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari ~ Bari ~ Italy,

^[2]Dirigente Medico, U.O.C. Medicina Legale A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy, ^[3]Dirigente Medico, Direzione Sanitaria A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy, ^[4]Direttore Sanitario, A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy

Introduzione: Il trasporto secondario del paziente rappresenta un momento critico nel percorso assistenziale tanto che per ridurre il rischio di eventi avversi sono necessarie un'adeguata organizzazione e una comunicazione efficace tra i professionisti sanitari deputati al trasporto.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari comprende anche l'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII che è logisticamente situato a pochi km di distanza, nella medesima città.

Pur dotato di competenze autonome e pluridisciplinari, al momento le esigenze diagnostiche-terapeutiche dell'Ospedale Pediatrico sono integrate da quelle del vicino Policlinico specificatamente per quel che riguarda l'esecuzione di alcuni interventi chirurgici ovvero di peculiari consulenze specialistiche laddove, per esigenze organizzative, non vi sia la possibilità per gli specialisti di recarsi all'Ospedale Pediatrico.

Parimenti il Policlinico è dotato di Unità Operative (Neonatologia, Oncoematologia Pediatrica) con pazienti che necessitano di trasporto presso l'Ospedale Pediatrico prettamente per sottoporsi ad interventi chirurgici e/o a consulenze specialistiche.

Ciò posto, in ottemperanza alla Raccomandazione del Ministero della Salute n. 11 del 2010, la Direzione Sanitaria del Policlinico di Bari, integrando la procedura aziendale per il trasporto del neonato critico (STEN), ha adottato una procedura aziendale per la gestione del trasferimento dei pazienti pediatrici fra i propri Ospedali (trasferimento interno) oltrechè presso altre Strutture Ospedaliere (intra o fuori Regione Puglia) garantendo il mantenimento degli standard di cura e assistenza erogati nel PS/Unità Operativa di provenienza per tutto il tragitto che il paziente deve compiere a bordo dell'ambulanza, eliambulanza fino alla destinazione finale.

Materiali e metodi: La scelta della tipologia di trasporto è correlata alla condizione clinica del paziente ed in particolare alla sua criticità.

Nel paziente adulto si distinguono cinque livelli di assistenza per il trasporto interospedaliero (Classi di rischio di Ehrenwerth) che individuano tipologia del personale e del mezzo ottimali per l'accompagnamento del paziente stesso.

Per converso non vi sono criteri standardizzati per definire il livello di criticità del paziente pediatrico da trasportare e, conseguentemente, il livello assistenziale necessario.

Al fine di assicurare omogeneità nel comportamento da adottare a riguardo dei pazienti pediatrici, è stato elaborato, in linea con la Classificazione di Ehrenwerth e con il modello adottato anche dalla Regione Piemonte, uno strumento di valutazione di criticità del bambino che deve essere trasportato, con

l'obiettivo di stabilirne le necessità assistenziali minime durante il trasporto.

Risultati: Nella procedura sono state identificate 4 classi di rischio di pazienti pediatrici da trasportare, individuando i mezzi ed il personale idoneo al caso.

La decisione sulla necessità e sulle modalità del trasporto spetta al medico che ha in carico il bambino, nondimeno è essenziale un approccio multidisciplinare, con una ben precisa matrice delle responsabilità attribuita ai professionisti sanitari coinvolti nel trasferimento inter ed extraospedaliero del paziente.

In accordo con le Linee Guida Siaarti del 2012 è stata concepita una specifica Scheda di Trasporto Interospedaliero Pediatrico al fine di documentare adeguatamente il monitoraggio di tali pazienti.

Abstract 53

LISTE D'ATTESA A.O.U. POLICLINICO DI BARI: "AHEAD OF THE GAME". IL MINISTERO PLAUDE.

Oral

[Melpignano L.*^{\[1\]}](#), [Marra M.^{\[1\]}](#), [Mazzarella A.^{\[2\]}](#), [Losacco G.^{\[1\]}](#), [Carpagnano L.F.^{\[3\]}](#), [Bruno V.^{\[3\]}](#), [Carlucci M.^{\[4\]}](#)

Keywords:

^[1]Dirigente Medico, Direzione Sanitaria A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy, ^[2]Dirigente Medico, Unità Operativa Statistica Epidemiologica A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy, ^[3]Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari ~ Bari ~ Italy, ^[4]Direttore Sanitario, A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy

Introduzione: Le liste d'attesa rappresentano una criticità del SSN, comune da Nord a Sud della penisola, che coinvolge circa il 38,7% della popolazione adulta.

Sono la prima causa di rinuncia alle cure, alimentano la spesa out of pocket e la mobilità sanitaria, incrementando le disuguaglianze tra regioni.

La riduzione dei tempi delle liste di attesa costituisce obiettivo prioritario delle Aziende Sanitarie per il peculiare impatto che riveste sull'organizzazione del SSN e sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei LEA.

L'A.O.U. Policlinico di Bari ha recepito, tra i primi in Italia, quanto stabilito dal PNGLA 2019-2021, deliberando e adottando due procedure aziendali sulla gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali.

Materiali e metodi: È stato identificato il Responsabile Unico Liste d'Attesa aziendale che ha il compito di assicurare uniformità di accesso, trasparenza e rispetto dei codici di priorità.

Le agende di prenotazione sono state differenziate per prime visite e visite di controllo e sono strutturate in maniera tale da tenere separata la programmazione dell'attività istituzionale da quella libero professionale. È stato attivato un processo di revisione delle agende secondo le classi di priorità che prevede un incremento del numero di disponibilità da attribuire ai codici di priorità B e D e un sistema di overbooking, riservato alle prestazioni prescritte con classe di priorità U.

È stato delineato un nuovo modello organizzativo del sistema CUP, unificato con il territorio; le agende di prenotazione sono gestite in modo informatizzato assicurando trasparenza e tracciabilità degli interventi messi in atto e, per meglio governare il fenomeno "no show", sono stati potenziati i servizi telefonici di recall e quelli telematici di modifica o disdetta della prenotazione.

È stato anche previsto, per i pazienti che rientrano nei PDTA condivisi con il territorio, un modello assistenziale di presa in carico, condiviso da tutte le figure professionali coinvolte, formalmente codificato.

La Direzione Strategica dell'A.O.U. Policlinico di Bari, in ottemperanza alla legge 266/2005, ha disposto il divieto di sospensione ingiustificata delle agende di prenotazione, prevedendo sanzioni amministrative per i contravventori.

Sarà effettuato un monitoraggio continuo dei tempi di attesa, con attenta valutazione al rapporto tra volumi di attività in regime istituzionale e in ALPI.

Le procedure aziendali prevedono, in caso di disallineamenti immotivati dei volumi o dei tempi di attesa tra

attività istituzionale e libero professionale, la sospensione dell'ALPI fino al ripristino dei volumi/tempi previsti.

Inoltre, l'Azienda, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (D.lgs 124/1998), in caso di impossibilità a garantire l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali entro i tempi massimi previsti, acquisterà prestazioni specialistiche aggiuntive in ALPI, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo.

Risultati: Da una recente analisi GIMBE risulta che in Italia pochissime Aziende Sanitarie recepiscono il PNGLA redigendo piani aziendali, pubblicandoli su siti istituzionali.

Nel campo della clinical governance la sfida è contrastare questo inaccettabile livello di mancata trasparenza, ottimizzare le risorse, gestire i tempi di attesa in relazione alle priorità cliniche, offrendo ai pazienti un servizio sempre più rispondente ai bisogni di salute.

Abstract 54

ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA "PATIENT-CENTRED" NELL'A.O.U. POLICLINICO DI BARI

Oral

Daleno A.^[1], Bruno V.^[2], Carpagnano L.F.^[2], Marra M.^[1], Melpignano L.^[1], Carlucci M.^[3]

Keywords:

^[1]Dirigente Medico, Direzione Sanitaria A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy, ^[2]Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari ~ Bari ~ Italy, ^[3]Direttore Sanitario, A.O.U. Policlinico ~ Bari ~ Italy

Introduzione: Il Presidio Policlinico dell'AOU Policlinico di Bari è un ospedale progettato nel 1920 ed organizzato a Padiglioni. L'attività di Chirurgia Generale era suddivisa tra 7 Unità Operative Chirurgiche, allocate in 3 padiglioni su diversi piani, la cui attività operatoria veniva svolta nel blocco operatorio del plesso di pertinenza, con equipe dedicate. Ciò comportava criticità logistiche e di organizzazione del personale e dei servizi offerti, nonché percorsi differenti per il paziente in Emergenze-Urgenza (E/U). Il progetto ha previsto l'accorpamento delle Chirurgie Generali che si occupavano di E/U ed è stato elaborato in un'ottica patient-centred, che garantisca la sicurezza del paziente, nonché la qualità e l'efficacia delle cure offerte. L'E/U chirurgica è un evento imprevedibile che richiede una risposta organizzativa immediata. Il Policlinico di Bari ha elaborato una procedura per definire i percorsi del paziente in E/U chirurgica, classificando le condizioni cliniche secondo 3 codici:

- COD. 1: Emergenze/Urgenze da espletare immediatamente
- COD. 2: Urgenze da espletare nell'arco di ore
- COD. 3: Urgenze differibili.

Materiali e metodi: La valutazione dell'attività chirurgica si è focalizzata sulla individuazione degli "sprechi" e di tutte le attività non a valore aggiunto, nonché sulla distribuzione del personale medico e di comparto, sul tasso di occupazione dei posti letto (p.l.) delle UU.OO. chirurgiche, sui servizi ambulatoriali offerti e sulle ore di sala operatoria espletate.

Risultati: Per ottimizzare l'utilizzo di risorse, p.l. e sale operatorie e creare un unico pool aziendale per l'attività chirurgica, le degenze delle UU.OO. chirurgiche sono state accorpate in due padiglioni e suddivise per piano secondo un criterio di affinità di branca (64 p.l. e 45 p.l.). L'attività operatoria è stata riorganizzata su due blocchi operatori, con ottimizzazione delle risorse umane e delle attrezzature di sala, secondo un modello di "intensità di cure". I percorsi in elezione e in urgenza sono stati separati e l'assistenza infermieristica è stata riorganizzata per "cellule" al fine di poter garantire ai pazienti, soprattutto a quelli critici e instabili, un team di infermieri dedicato a seguirne l'intero iter assistenziale. Il personale di comparto già diviso in 4 UOC e 3 UOSD, infatti, è stato accorpato in un unico pool per plesso, gestito secondo le esigenze assistenziali piuttosto che secondo l'obsoleta suddivisione per UU.OO.

È stato unificato il percorso del paziente in E/U al fine di aumentare l'appropriatezza dei ricoveri e garantire un'adeguata assistenza. Pertanto, presso il Padiglione dell'E/U, sono stati istituiti 12 p. l. destinati ai

pazienti con codice 1 o 2 i quali potranno essere trasferiti nel reparto di degenza ordinaria afferente alla U.O. accettante solo una volta stabilizzati. Tali p. l. sono sotto la responsabilità di un coordinatore infermieristico che fa capo direttamente alla Direzione Sanitaria. L'assistenza medica durante le ore notturne e i festivi è garantita dal servizio di Guardia interdivisionale e dal personale medico reperibile. L'urgenza chirurgica differibile è destinata presso le degenze ordinarie delle singole U.O. secondo le giornate di guardia.

Il nuovo assetto, infine, ha portato alla creazione di un Polo di Formazione Universitario per l'attività chirurgica programmabile e un Polo per la gestione delle E/U chirurgiche, in grado di garantire la massima efficacia e sicurezza per il paziente.

Abstract 55

CARTELLA CLINICA ELETTRONICA E GOVERNANCE NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE GERIATRICO. L'ESPERIENZA INRCA

Oral

[Arsego D.*^{\[1\]}](#), [Luzi R.^{\[2\]}](#), [Ferrara L.^{\[2\]}](#)

Keywords:

^[1]*Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica Sezione di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica Delle Marche ~ Ancona ~ Italy,* ^[2]*Direzione Medica di Presidio, Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani, INRCA ~ Ancona ~ Italy*

Introduzione: La cartella clinica elettronica (CCE) è uno strumento che consente la dematerializzazione dei processi clinici e la gestione delle informazioni sanitarie che questi producono, in modo completamente digitale.

Le implicazioni che ne derivano, spesso sottovalutate, comprendono archiviazione e salvaguardia delle informazioni sensibili, tracciabilità e gestione dei processi, possibilità di approntare degli indicatori per valutare ed eventualmente correggere le procedure e le pratiche cliniche in atto.

La CCE viene utilizzata di routine presso il Presidio Ospedaliero di Ricerca di Ancona dell'IRCCS INRCA, istituto a carattere specialistico geriatrico, come strumento di governance e gestione del rischio clinico. A tale scopo, è stata svolta questa analisi iniziale della mortalità intraospedaliera, partendo da dati raccolti e utilizzati ogni giorno nel corso dell'attività clinica.

Materiali e metodi: Attraverso l'applicativo gestionale della CCE sono stati estratti, per l'anno 2018, i dati relativi a tutti i pazienti di età uguale o superiore ai 65 anni e ricoverati per più di una giornata presso i reparti del POR INRCA di Ancona in cui sono stati registrati dei decessi nel corso dell'anno.

I dati raccolti comprendevano: reparto di dimissione, durata della degenza, DRG (Diagnosis Related Group) e relativa MDC (Major Diagnostic Category), numero di degenze nei 30 giorni precedenti al ricovero e terapia farmacologica assunta durante la degenza.

Per stabilire il grado di polifarmacoterapia, è stato preso in considerazione il quantitativo più elevato di farmaci somministrati nell'arco di una singola giornata di degenza.

In caso di più ricoveri, sono stati raccolti solo i dati relativi all'ultima degenza in ordine cronologico.

Gli outcome principali analizzati sono stati il decesso intraospedaliero e la durata del ricovero prolungata (superiore ai 14 giorni).

Risultati: Dei 3050 pazienti studiati (età mediana 84 anni, IQR 79-89), il 15,2% è deceduto nel corso dell'anno (età mediana 89 anni, IQR 84-93).

Una regressione logistica ha mostrato una prevalenza significativamente più elevata di decessi nei reparti di area critica (Stroke Unit e UTIC; $P < 0.05$; OR 30.01 [13.55-66.46] rispetto a quella chirurgica), tra i pazienti con un'età maggiore di 95 anni ($P < 0.05$; OR 12.12 [4.82-30.46] rispetto a quelli tra i 65 e i 74 anni), tra coloro che sono stati ricoverati almeno una volta nei 30 giorni precedenti all'ultima degenza ($P < 0.05$; OR

4.84 [3.63-6.45]) e quelli con una diagnosi afferente all'MDC 18 (Malattie infettive e parassitarie, sistemiche o di sedi non specificate; $P < 0.05$; OR 15.59 [9.87-24.65] rispetto all'MDC 1).

All'interno dell'MDC 18, il DRG 576 (Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni) è stato attribuito al 24,6% dei decessi e al 6,5% di tutti i pazienti.

È stata inoltre osservata una prevalenza più alta di ricoveri prolungati nei pazienti trattati con 10 o più farmaci ($P < 0.05$; OR 7.71 [4.65-12.79]).

I risultati così ottenuti saranno ulteriormente studiati per caratterizzare maggiormente il campione, valutare l'eventuale presenza di criticità nell'organizzazione o nella pratica clinica (compilazione delle SDO, appropriatezza dei ricoveri e delle terapie, codifica delle cause di morte secondo i criteri ISTAT, ecc.) e intervenire dove necessario.

Anche le analisi successive saranno possibili grazie ai dati forniti dalla CCE, a fini sia di ricerca che di monitoraggio per un miglioramento dei servizi e degli standard di performance assistenziale.

Abstract 57

ECCELLENZA SANITARIA VS VISIBILITÀ: LE AZIENDE SANITARIE NELL'ETÀ DEL WEB.

Oral

[Plazzotta C.](#) ^[1], [Rabacchi G.](#) ^[1], [Aiudi M.](#) ^[1], [La Valle G.](#) ^[1], [Falco S.](#) ^[1]

Keywords:

^[1] *AOU Città della Salute e della Scienza ~ TORINO ~ Italy*

Introduzione: Lo scopo principale di un sito web ospedaliero dovrebbe essere quello di portare visibilità e notorietà del brand aziendale, oltre ad attirare potenziali clienti. Molte aziende non conoscono ancora i benefici che la cura di un sito web potrebbe portare, sebbene forniscano un'ottima qualità dell'assistenza, un customer service di livello e tempi di attesa tra i migliori del mercato. Diventa quindi un fattore critico di successo padroneggiare i motori di ricerca e utilizzare tools per monitorare il posizionamento del sito con l'obiettivo di rendere visibile il proprio core business.

Materiali e metodi: Per misurare il posizionamento dell'Azienda con i relativi indicatori sono stati utilizzati due tools tra i più diffusi nel web:

- 1) Google Analytics che consente di analizzare le statistiche sui visitatori del sito mediante un codice tracciante "page tag";
- 2) il tool SemRush per individuare le performance del sito in termini di velocità di caricamento delle pagine, visibilità organica, posizionamento della singola pagina web per le ricerche su Google (Search Engine Optimization- SEO).

Risultati: La home page di Google Analytics, evidenzia circa 6.600 accessi giornalieri al sito, con un tempo medio di permanenza è di 02:50 minuti e un indice di rimbalzo del 52% (valori medi attesi compresi tra 20-30%). I nuovi utenti costituiscono il 56% degli accessi e oltre il 97% effettuano la ricerca in lingua italiana; le pagine più consultate sono la prenotazione CUP (1°), il numero utenti e i tempi di attesa al Pronto Soccorso (2°), le prestazioni in libera professione (7° posto).

In tabella sono invece riportati i risultati riferiti alle performance del sito, da cui si evince una criticità nella ottimizzazione delle pagine (SEO): il tempo di caricamento medio delle pagine è di 5.67 secondi, dove avere un contenuto di altissima qualità ma con tempi lunghi, è indice di pessima qualità, ancor più importante del contenuto stesso. Solo il 25.2% delle attuali parole chiave sono posizionate tra le prime 2 pagine Google, di queste solo 10 sono nelle prime 2 pagine e classificate come di brand. Il risultato è la conseguenza del mancato utilizzo delle parole chiave nella compilazione dei TITLE e delle META DESCRIPTION delle pagine web e della presenza di descrizioni duplicate o mancanti.

Oltre il 70% dei cittadini si rivolge ai motori di ricerca quando ha un problema di salute; le Direzioni Sanitarie devono presidiare il SEO per garantire qualità e trasparenza ai clienti e visibilità e sviluppo alle

proprie Aziende.

Indicatore	Risultato AOU
Tempo medio di caricamento	5,67 sec. (atteso < 3)
Indice di rimbalzo	52,4% (atteso 20-30%)
Visibilità organica	25,2% (3.263/12.950)
Brand (parole chiave nelle prime 2 pagine di Google)	0,31% (10/3.263)
Posizionamento AOU nel WEB x endometriosi	> 20° pagina
Posizionamento AOU nel WEB x Cardiocirurgia pediatrica	1° pagina
Profondità di indicizzazione (pagine indicizzate su Google)	16.900
Titoli di pagina duplicati	238
Meta descrizioni duplicati	306
Meta descrizioni mancanti	2
Crescita del sito analizzato su Google	In calo, meno visibile dei concorrenti

Abstract 59

ESPERIENZE DI ANALISI DI BENCHMARKING TRA OSPEDALI DEL PERCORSO CHIRURGICO IN ASL TO 5

Oral

Rinaldi M.^[1], Girardi F.^[2], Panarisi P.^[3], Corona M.^[4], Bernini L.^[5], Uberti M.^[6]

Keywords:

^[1]ASL TO5 Ospedale San Lorenzo Direzione Sanitaria ~ Carmagnola ~ Italy, ^[2]Direttore Sanitario dei Presidi Ospedalieri ~ Bolzano ~ Italy, ^[3]Direttore Sanitario dei Presidi Ospedalieri ~ ASL TO5 ~ Italy, ^[4]Direttore Amministrativo ~ ASL TO5 ~ Italy, ^[5]Direttore Sanitario d'Azienda ~ ASL TO 5 ~ Italy, ^[6]ASL TO5 Direttore Generale ~ Chieri ~ Italy

Introduzione: L'attività chirurgica di un'azienda sanitaria rappresenta, se ben organizzata, la maggior fonte di investimento. Competenza chiave per presidiare il percorso chirurgico è la capacità di gestire la complessità. Analizzare il contesto e paragonarlo a specifici standard di riferimento è il primo step indispensabile per qualsiasi progettualità. L'ASL TO5 ha pertanto aderito ad un progetto nazionale, coordinato dal Forum Per Chir per la definizione di dati ed indicatori di struttura, di organizzazione, di performance per valutare e confrontare l'attività del percorso chirurgico in tutte le sue fasi: performance di ospedale, di sala operatoria e di intervento.

Materiali e metodi: Il Benchmarking del percorso chirurgico realizzato ha permesso di poter confrontare ospedali diversi. (performance di ospedale) con parametri condivisi e misurabili inerenti sette aree specifiche: contesto, produzione DRG chirurgici, pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie, utilizzo delle risorse umane, attività gestionali formali, funzioni informatizzate. Presupposto fondamentale è stata la raccolta di un pool di dati con le seguenti caratteristiche: agevole fornitura da parte degli ospedali partecipanti ed elevata standardizzazione al fine di ridurre eventuali bias di interpretazione da parte dei fornitori. Tali dati utilizzati in maniera appropriata, hanno condotto alla realizzazione di 45 indicatori. L'analisi del 2017 ha raccolto un campione di 40 presidi ospedalieri suddivisi in 4 categorie relative al numero di posti letto e l'ASL TO 5 ha partecipato con i presidi ospedalieri di Chieri e Carmagnola (< 300 p.l.). Per ogni ospedale oggetto di indagine è stato predisposto un record contenente tutti i dati raccolti. L'elaborazione statistica di questa base ha prodotto un'analisi dell'intero campione e ha predisposto una scheda di valutazione per ogni ospedale con la valutazione del livello di performance di ogni singolo indicatore misurando lo scostamento di ciascuno dalla media del campione ed identificando la caratteristica positiva o negativa in senso di performance. La performance di sala operatoria è stata valutata confrontando i tempi di occupazione di sala, (primo paz. in sala, prima incisione, cambio, tempo pre-chirurgico, tempo post-chirurgico, % del tempo chirurgico sul totale del tempo di occupazione sala). Sono state valutate le principali discipline chirurgiche con l'identificazione delle migliori performance sia per singola disciplina (media di tutte le sale insieme) che per singola sala con casistica omogenea. La performance di intervento è stata valutata confrontando la media dei tempi di cambio, pre-chirurgici, chirurgici, post-chirurgici delle singole tipologie di interventi su un campione totale di 37.109 interventi.

Risultati: L'innovazione del progetto, la sua valenza sperimentale e l'opportunità di poter confrontare la propria Governance con modelli standardizzati di riferimento, rappresentano i punti di forza del progetto. I molteplici aspetti della fotografia del percorso chirurgico, da una visione a grand'angolo dell'attività all'interno di una organizzazione ospedaliera fino alla focalizzazione sulle singole tipologie di interventi chirurgici, ci ha permesso di individuare molteplici aree da ottimizzare. I riconoscimenti di eccellenza per l'attività di sala operatoria di alcune discipline ci hanno inoltre gratificato e motivato al miglioramento continuo. " SOGNATE...E LA REALTA' SUPERERA' I VOSTRI SOGNI".

Abstract 60

EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PER L'INCREMENTO DELL'ADESIONE ALLO SCREENING DELLA RETINOPATIA DIABETICA: REPORT HTA DELLA REGIONE MARCHE

Oral

[Micheletti R.](#)^[1], [D'alleva A.](#)^[1], [Paggi F.](#)^[2], [Papa R.](#)^[3]

Keywords:

^[1]Università Politecnica delle Marche ~ Ancona ~ Italy, ^[2]Istituto nazionale ricovero e cura anziani INRCA ~ Ancona ~ Italy, ^[3]AOU Ospedali Riuniti Ancona ~ Ancona ~ Italy

Introduzione: Circa un terzo della popolazione diabetica (34,6%) è affetto da Retinopatia Diabetica (RD). Nonostante esistano numerose evidenze a supporto dell'efficacia dello screening nel ridurre il rischio di perdita del visus, la copertura dei programmi di screening è molto al di sotto dei livelli raccomandati. L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia degli interventi mirati ad aumentare l'adesione allo screening per retinopatia diabetica nei pazienti con Diabete Mellito di tipo 1 e 2. nel contesto di un report HTA promosso dalla Regione Marche.

Materiali e metodi: È stata condotta una revisione sistematica della letteratura utilizzando i principali database di studi integrativi e studi clinici primari. È stato utilizzato il seguente PICO: Studi in lingua inglese e italiana sulla popolazione diabetica, tipo I e II, adulta ≥ 18 anni (P), in cui sono delineate modalità per aumentare l'adesione dei pazienti allo screening per retinopatia diabetica (O); Data di pubblicazione: dal Gennaio 2010 a Maggio 2019. La qualità degli studi inclusi è stata valutata come segue: criteri AMSTAR II per le revisioni sistematiche e meta-analisi, criteri Cochrane EPOC per RCT. Le tipologie di intervento (I) sono state classificate utilizzando la tassonomia sviluppata da Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) in: Tecniche di cambiamento del comportamento, distinte tra quelle applicate ai pazienti e quelle applicate ai professionisti sanitari, ed interventi mirati al miglioramento della qualità. Un'ulteriore distinzione utilizzata è stata tra interventi mirati specificamente allo screening della retinopatia diabetica ed interventi diretti verso il miglioramento generale della qualità della cura del diabete.

Risultati: Sono stati identificati 434 studi di letteratura integrativi e 38 RCT. In seguito a lettura di abstract e full-text sono stati inclusi nello studio 2 studi di letteratura integrativa e 1 RCT. Gli interventi mirati al miglioramento della qualità rivolti ai pazienti, agli operatori sanitari o al sistema sanitario sono risultati associati a miglioramenti significativi nell'aderenza allo screening per retinopatia diabetica rispetto al trattamento standard. Non c'è alcuna differenza statisticamente significativa tra interventi mirati specificamente allo screening della retinopatia diabetica ed interventi diretti verso il miglioramento generale della qualità della cura del diabete. Questo risultato è rilevante poiché gli interventi diretti al miglioramento generale della qualità della cura del diabete presentano benefici aggiuntivi in termini di miglioramento del controllo glicemico e riduzione delle complicanze vascolari. All'interno delle categorie individuate di interventi non ci sono evidenze sufficienti per suggerire l'adozione di un intervento rispetto all'altro. Sulla base delle caratteristiche dei pazienti non aderenti allo screening per retinopatia diabetica si

evince inoltre la necessità di prestare particolare attenzione all'individuazione e messa in atto di interventi volti all'incremento dell'aderenza allo screening per retinopatia diabetica rivolti specificatamente ai pazienti di età avanzata e in situazione socio-economica svantaggiata. Lo step successivo sarà valutare le altre dimensioni HTA degli interventi considerati (sicurezza, costo-efficacia, aspetti organizzativi) per valutare poi, l'applicabilità locale nella Regione Marche mediante una tecnica SWOT applicata agli opinion leader (clinici, manager).

Abstract 61

IL FENOMENO DELL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA: L'ESPERIENZA DEL PRESIDIO SANITARIO SANT'ELIA DI CALTANISSETTA

Oral

[Trobia B.*^{\[1\]}](#), [Elia R.^{\[1\]}](#), [Trobia C.^{\[1\]}](#), [Iannello A.^{\[1\]}](#), [Cirrone Cipolla A.^{\[1\]}](#), [Santino P.M.^{\[1\]}](#), [Caltagirone A.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]ASP CALTANISSETTA ~ CALTANISSETTA ~ Italy

Introduzione: La resistenza agli antibiotici è divenuta negli ultimi decenni un serio problema di sanità pubblica a livello europeo e mondiale, che mette in gioco l'efficacia futura di questi preziosi farmaci nel controllare le infezioni batteriche.

Il quadro che emerge dall'analisi dei dati mette in luce come in Italia questa emergenza abbia assunto dimensioni preoccupanti rispetto alle altre nazioni europee, soprattutto con riferimento ai patogeni maggiormente causa delle infezioni correlate all'assistenza e a rischio per la resistenza antibiotica.

Analogamente dai dati di consumo degli antibiotici in Ospedale e in comunità emerge che l'Italia si mantiene in una posizione critica rispetto ad altri Paesi europei con consumi superiori alla media europea e a quella che caratterizza i Paesi del Nord Europa.

La classi che trovano immediate correlazioni con i dati relativi alla resistenza antibiotica sono quelle relative al consumo in Ospedale di carbapenemici e chinolonici e di questi ultimi a livello territoriale.

Materiali e metodi: Per l'antibiotico-resistenza presso il P.O. Sant'Elia di Caltanissetta sono stati raccolti i dati dell'anno 2018 relativi alle cinque specie batteriche che più comunemente causano infezioni nell'uomo: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus* con la frequenza indicata nel grafico 1.

Nella tabella 1 si evidenziano le sensibilità in termini percentuali delle cinque specie batteriche sopra riportate per singola classe di antibiotico.

Risultati: Alla luce di tutti i dati descritti si rende dunque evidente quanto il problema dell'utilizzo responsabile degli antibiotici sia decisamente attuale, e quanto nuove campagne di informazione ed iniziative di ricerca in tale ambito siano necessarie per contrastare con maggiore efficacia il fenomeno attualmente crescente dell'antibiotico-resistenza.

E' necessario affiancare alla riduzione dell'uso non necessario di antibiotici strategie di promozione e prevenzione (misure di controllo delle infezioni, le precauzioni standard, ecc..) al fine di contenere e ridurre la diffusione della resistenza agli antibiotici.

La battaglia contro l'uso inappropriato degli antimicrobici deve trovare anche nel rapporto medico-paziente, oltre che in una corretta e capillare informazione, il suo asse portante.

	Polipeptidici	Aminoglicosidi	Penicilline	Sulfamidici	Carbapenemi	Chinoloni	Cefalosporine
Staphylococcus Aureus	S (91%)	S (88%)	S (65%)	S	S	S (76%)	S (83%)
Klebsiella Pneumoniae	S (73%)	S (48%)	S (23%)	S (11%)	S (43%)	S (12%)	S (11%)
Acinetobacter Baumannii	S (54%)	R	R	R	R	R	R
Escherichia Coli	S	S	S	S	S	S	S (42%)
Pseudomonas Aeruginosa	S (79%)	S (18%)	R	R	S (48%)	R	S (24%)

Tabella 1

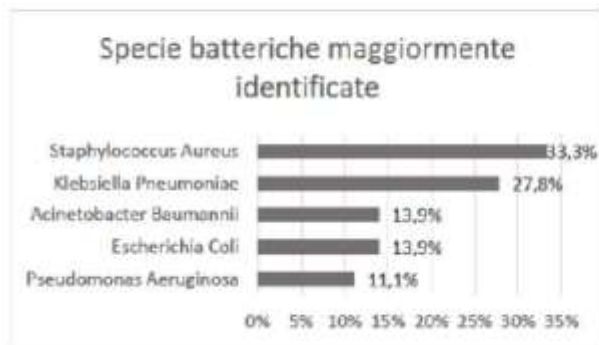


Grafico 1

Abstract 64

ERRATA IDENTIFICAZIONE DEL PRELIEVO DI CORNEE: DA UN EVENTO SENTINELLA ALLA RIORGANIZZAZIONE DELL'INTERO PERCORSO

Oral

[Domeniconi G.*^{\[1\]}](#), [Radice C.^{\[2\]}](#), [Bodina A.^{\[1\]}](#), [Fallucca A.M.^{\[3\]}](#), [Tacconi P.^{\[3\]}](#), [Candela C.A.M.^{\[4\]}](#), [Odinolfi F.E.^{\[5\]}](#)

Keywords:

^[1]Dirigente Medico UOC Qualità e Accreditamento - ASST Ovest milanese ~ Legnano (Mi) ~ Italy, ^[2]Responsabile UOC Qualità e Accreditamento - ASST Ovest Milanese ~ Legnano (Mi) ~ Italy, ^[3]Infermiere UOC Qualità e Accreditamento - ASST Ovest Milanese ~ Legnano (Mi) ~ Italy, ^[4]Direttore Sanitario, Direzione Sanitaria - ASST Ovest Milanese ~ Legnano (Mi) ~ Italy, ^[5]Direttore Generale, Direzione Generale - ASST Ovest Milanese ~ Legnano (Mi) ~ Italy

Introduzione: L'ASST Ovest Milanese effettua circa 100 prelievi di cornee ogni anno presso le quattro camere mortuarie di cui è dotata. Grazie a un pool multidisciplinare composto da oculisti, anatomo-patologi e altri specialisti tale attività è garantita 24 ore su 24. I campioni biologici prelevati confluivano presso le due sedi aziendali di Anatomia Patologica prima di essere inviati alla banca degli occhi di riferimento.

Nell'anno 2018 si è verificato un evento sentinella classificato come "Procedura in paziente sbagliato" caratterizzato da un'errata identificazione del campione prelevato. Nello specifico l'evento si è verificato durante un weekend e ha coinvolto due donatori di cornee aventi il medesimo cognome.

Materiali e metodi: A seguito della segnalazione, pervenuta al Risk Manager aziendale, è stata condotta una Root Cause Analysis ed è stato effettuato un sopralluogo presso la camera mortuaria interessata. Ciò ha messo in evidenza, tra i fattori che hanno contribuito a tale evento, aspetti tecnici/personale (es. etichettatura manuale dei campioni biologici), aspetti organizzativi (es. carenza della registrazione di ciascuna fase), aspetti legati all'ambiente (es. trasporto dei campioni biologici) e carenze formative.

Risultati: Sono state, pertanto, messe in atto mirate azioni di miglioramento rivolte alla riorganizzazione dell'intero percorso, alla revisione degli strumenti operativi e alla formazione degli operatori.

Nello specifico è stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto dai responsabili dei diversi livelli organizzativi che, partendo dall'analisi strutturata del processo, ha identificato le modalità per tenere sotto controllo i rischi.

Il percorso è stato suddiviso in sei fasi: 1. dichiarazione di idoneità e consenso al prelievo, 2. attestazione di esecuzione del prelievo di sangue, 3. presa in carico salma - documentazione – provette, 4. attestazione prelievo previa identificazione in doppio e conservazione delle cornee in camera mortuaria, 5. trasporto di documentazione verso l'anatomia patologica per attività di segreteria e della provetta verso il laboratorio per analisi, 6. trasporto del prelievo di cornee e della provetta alla banca degli occhi. Per ogni fase del percorso ritenuta critica è stato identificato un responsabile che deve attestare l'attività svolta su apposito modulo aziendale.

Sono state, di conseguenza, revisionate la procedura aziendale "La donazione di cornee dall'identificazione

del donatore all'invio alla banca degli occhi" e l' Istruzione Operativa "Prelievo cornee". E' stato, inoltre, avviato un corso di formazione rivolto non solo agli operatori direttamente coinvolti nell'attività di prelievo delle cornee, ma diretto a tutti gli operatori aziendali, con la finalità di sensibilizzarli sul tema della donazione.

Abstract 65

LEAN MANAGEMENT E OPERATION MANAGEMENT NELLA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

Oral

[Torresani M.*^{\[1\]}](#), [Piccioni F.^{\[1\]}](#), [Coppa J.^{\[1\]}](#), [Valenza F.^{\[1\]}](#), [Salvioni R.^{\[1\]}](#), [Rinaldi O.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]*Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori ~ Milano ~ Italy*

Introduzione: Nel panorama nazionale ed internazionale l’Istituto rappresenta un’importante centro di riferimento per il percorso chirurgico dei pazienti oncologici (il 40% dei pazienti chirurgici proviene da altre Regioni). L’utilizzo efficiente delle sale operatorie si deve basare su programmazione che tenga in considerazione la strategia aziendale e le esigenze cliniche del singolo paziente. Con questo obiettivo l’Istituto ha attivato un ampio progetto di analisi ed ottimizzazione del percorso chirurgico che sposa i principi del Lean Management. Questo abstract sintetizza il lavoro di revisione delle regole di programmazione delle sale operatorie.

Materiali e metodi: Il gruppo di lavoro, coordinato dalla Gestione Operativa, è composto da informatici, anestesisti, chirurghi, infermieri e strutture di staff. La metodologia di lavoro si è basata sulla revisione collegiale delle diverse fasi del processo, l’individuazione e discussione delle criticità e la condivisione delle proposte di miglioramento.

Dopo aver stabilito il “Glossario dei tempi di sala”, il gruppo ha definito il panel di indicatori gestionali che misurano l’utilizzo delle sale operatorie (Macario A et al. 2007). I dati necessari al calcolo degli indicatori sono recuperati automaticamente dai dati compilati nel registro operatorio informatico.

La programmazione degli interventi si basa, oltre al tempo chirurgico previsto, su una categorizzazione a tre livelli di complessità dell’impegno chirurgico e sull’indicazione della complessità del paziente, elaborata dalla Cartella Clinica Elettronica secondo la codifica Charlson-Comorbidity-index. Ad un crescente valore di questo indice è associato un maggiore rischio di mortalità post-chirurgica (Chang CM et al. 2016).

Risultati: La proposta di intervento è più chiara e strutturata (i.e. approccio in –scopia, lateralità, decubito) e, grazie alla codifica di complessità chirurgica e del paziente, la programmazione dei casi segue priorità e regole condivise. Il gruppo di lavoro ha fondato le basi per l’alimentazione di un cruscotto di indicatori che consente una valutazione periodica dell’attività ed una revisione critica del percorso nello spirito del miglioramento continuo. In Tabella l’analisi degli indicatori di efficienza del Blocco Operatorio (Gen-Apr 2019 vs 2018) che indicano un miglioramento delle performance, nonostante una riduzione delle sedute (-4%) per insufficienza di personale e un incremento delle urgenze chirurgiche (119 vs 102, +16%).



**Confronto indicatori di efficienza del Blocco Operatorio INT
Gennaio-Aprile (2019 vs 2018)**

	2019	var%19-18	2018
Numero interventi programmati eseguiti	1917	-4%	1990
Numero interventi eseguiti non programmati	103	-19%	127
Numero interventi eseguiti	2020	-5%	2117
Numero interventi programmati	2136	-7%	2288
Affidabilità	90%	3%	87%
Flessibilità	5%	-13%	6%
Robustezza	95%	2%	93%
Durata effettiva delle sessioni (ore)	6117	-2%	6268
Durata pianificata delle sessioni (ore)	5864	-4%	6103
Saturazione	104%	2%	103%
Sovra-/Sotto-utilizzo (ore)	770	-28%	1063
Durata pianificata delle sessioni (ore)	5864	-4%	6103
Inefficienza	13%	-25%	17%

Abstract 67

ALLEANZA STRATEGICA OSPEDALE–TERRITORIO NEL SUPERAMENTO DELLA FRAMMENTAZIONE DEL PERCORSO DI CURA

Oral

[Milani C.*^{\[1\]}](#), Bassetti A.^[2], Spolveri S.^[3], Ammazzini D.^[4], Gant A.^[5], Pier Luca P.^[5], Pierini M.^[5], Massai S.^[6], Toccafondi G.^[7], Marretti M.^[7], Donnini E.^[7], Mezzacappa M.^[8], Patrizia B.^[9], Bonaccorsi G.^[10], Di Renzo L.^[12], Zoppi P.^[11]

Keywords:

^[1]Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva ~ Università di Firenze ~ Italy, ^[2]Direttore Sanitario Ospedale Mugello ~ USL Toscana Centro ~ Italy, ^[3]Direttore Medicina Borgo S. Lorenzo ~ USL Toscana Centro ~ Italy, ^[4]Direttore SOS Assistenza Infermieristica Mugello ~ USL Toscana Centro ~ Italy, ^[5]P.O. Direzione Infermieristica SOS Al Mugello ~ USL Toscana Centro ~ Italy, ^[6]Coordinatore Sanitario Zona-Distretto Mugello ~ USL Toscana Centro ~ Italy, ^[7]ACOT Mugello ~ USL Toscana Centro ~ Italy, ^[8]Direttore SdS Mugello ~ USL Toscana Centro ~ Italy, ^[9]Responsabile sociale integrato Mugello Servizio Sociale ~ USL Toscana Centro ~ Italy, ^[10]Dipartimento di Scienze della Salute ~ Università degli Studi di Firenze ~ Italy, ^[11]Direttore Dipartimento Infermieristico USL Toscana Centro ~ USL Toscana Centro ~ Italy, ^[12]Direttore Presidio Firenze 2 e Pistoia ~ USL Toscana Centro ~ Italy

Introduzione: L'esigenza di rafforzare la capacità del sistema di rispondere all'aumento delle condizioni di fragilità e alle problematiche sociali impone innovazione e costruzione di percorsi multidisciplinari centrati su continuità tra livelli di assistenza, riduzione dei tempi di ricovero e dei ricoveri ripetuti, facilitazione del rientro del paziente verso il territorio. La richiesta di recepire e applicare le indicazioni delle nuove delibere regionali sulla continuità ospedale territorio e sulla riorganizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali (DGRT 679/16, DGRT 909/17), nonché di individuare le modalità per rispondere ai mutati bisogni di salute, ha dato la spinta per coniugare l'innovazione di modelli organizzativi già esistenti alle peculiarità del territorio e della sua popolazione (popolazione anziana, territorio montano, molte RSA, buona continuità dei servizi).

L'Agenda di continuità ospedale - territorio (ACOT) ha l'obiettivo di garantire ai pazienti in dimissione da un reparto ospedaliero un percorso di continuità verso il domicilio o verso una struttura residenziale attraverso una presa in carico multidisciplinare.

Materiali e metodi: La direzione sanitaria dell'Ospedale del Mugello e i Servizi Territoriali del Mugello (Società della Salute – SdS – e Zona-Distretto) hanno mirato a strutturare un percorso di potenziamento della relazione tra ospedale e territorio, attraverso la formalizzazione di un Comitato di Coordinamento della Zona/SdS, cui hanno fatto seguito incontri condivisi tra Ospedale e Territorio. È stata prevista una partecipazione estesa ai professionisti afferenti ai diversi setting.

Risultati: Il percorso ha previsto i seguenti step:

- Analisi dei percorsi di continuità esistenti e delle relazioni tra i livelli di assistenza ospedaliera e territoriale, sia residenziale (cure intermedie) che domiciliare e i nuovi progetti (AvecMu – accompagnati verso casa Mugello; Progetto Montagna; buoni servizio per la domiciliarità).
- Quantificazione dei pazienti con necessità di continuità dell'assistenza in dimissione e analisi delle caratteristiche di tali bisogni.
- Formazione di tutti i professionisti dei reparti ospedalieri, sulle modalità di attivazione e segnalazione all'ACOT e espertizzazione nell'utilizzo degli applicativi informatizzati.
- Implementazione della figura dell'infermiere di percorso
- Definizione di un percorso specifico socio-sanitario per la gestione della continuità Pronto Soccorso – territorio per il paziente con problemi socio-sanitari con prevalenza sociale.

Il processo descritto ambisce a creare e rafforzare modalità assistenziali che siano in linea con evidenze internazionali in materia di de-ospedalizzazione e di superamento della frammentazione tra livelli di assistenza e di multidisciplinarietà e con le indicazioni aziendali riguardanti la continuità ospedale-territorio. L'analisi preliminare delle informazioni raccolte ha evidenziato la necessità di implementare la capacità ad individuare i bisogni assistenziali e ad attivare i servizi di continuità dei professionisti sanitari ospedalieri e territoriali e dei medici di medicina generale. Il raggiungimento dell'obiettivo non può prescindere dall'analisi continua dei bisogni e dal coinvolgimento dei professionisti in fase di formazione, costruzione e monitoraggio di obiettivi e risultati.

Abstract 73

LINEE DI INDIRIZZO PER PAT. OSTETRICHE: RETE REGIONALE PUNTI NASCITA HUB E SPOKE – REGIONE PIEMONTE

Oral

[Grace R.*^{\[1\]}](#), [Biasio M.^{\[1\]}](#), [Plazzotta C.^{\[1\]}](#), [Serafini P.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]*AOU Città della Salute e della Scienza ~ Torino ~ Italy*

Introduzione: La rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo per la presa in carico del paziente, in modo interdisciplinare, secondo criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa, assicurando la continuità assistenziale nei diversi livelli di setting assistenziale.

Rappresenta un modello di governance regionale (livello programmatico) ed aziendale (livello organizzativo-gestionale), individuando i nodi della Rete, le connessioni, il sistema di monitoraggio con indicatori, la qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, le risorse disponibili, la qualificazione dei professionisti ed il coinvolgimento dei cittadini.

I riferimenti normativi nazionali sono: Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 per la sicurezza delle cure in Ostetricia - DM 70/2015 – Accordo Stato-Regioni del 25/10/2017 sulle Reti tempo-dipendenti.

Materiali e metodi: La Regione Piemonte ha definito con DGR 34-8769 del 12/05/2008 il Percorso Nascita Regionale e con DGR 121-3856 del 04/08/2016 ha ridefinito il Comitato Percorso Nascita Regionale ed il Coordinamento dei Direttori dei Dipartimenti Materno-Infantili.

Nell'ambito del Comitato Percorso Nascita Regionale è emersa la esigenza di avviare un percorso di armonizzazione dei PDTA aziendali per la sicurezza delle cure in ambito ostetrico e neonatologico nei diversi livelli di intensità delle cure dei nodi della Rete, condividendo in prima istanza le Linee di indirizzo per le principali patologie ostetriche nei Punti Nascita di riferimento HUB (di 2° livello) ed una successiva contestualizzazione nei Punti Nascita SPOKE (di 1° livello), in sinergia con la Rete di Emergenza-Urgenza 118.

Sono stati utilizzati strumenti di GOVERNO CLINICO, ed in particolare: formazione, audit interdisciplinari, analisi dei dati epidemiologici, proposte di Linee di indirizzo sulla base di consensus e di evidenze scientifiche sulle principali condizioni di patologia ostetrica (IUGR, gravidanze gemellari, anomalie placentazione, preeclampsia, pPROM, diabete ed obesità in gravidanza, cardiopatie e nefropatie in gravidanza).

Risultati: Sono state elaborate delle Linee di indirizzo dei Punti Nascita HUB, sede di TIN sulle principali patologie ostetriche, che dovranno essere contestualizzate nei singoli Punti Nascita HUB e SPOKE, con sostenibilità del sistema considerando le risorse disponibili ed articolazione di Rete materno-infantile per intensità di cure e continuità assistenziale, coinvolgendo i Comitati Percorsi Nascita Aziendali.



Abstract 74

ATTIVITÀ DI PROCUREMENT DI ORGANI E TESSUTI, AZIENDA ULSS 6 EUGANEA E COORDINAMENTO REGIONALE TRAPIANTI

Oral

Zilli E.*^[1], Bisetto F.^[2], Rigo A.^[3], Briani M.^[4], Busato M.^[5], Carturan G.^[6], Lunardi G.^[2], Boscain S.^[5], Olivo P.^[1], Venturini D.^[3], Sambo A.^[5], Feltrin G.^[7], Spanò A.^[4], Benini P.^[8], Scibetta D.^[9]

Keywords:

^[1]Ospedale di Cittadella ~ Cittadella (Padova) ~ Italy, ^[2]Ospedale di Camposampiero ~ Camposampiero (Padova) ~ Italy, ^[3]Ospedale di Schiavonia ~ Monselice (Padova) ~ Italy, ^[4]Ospedale Sant'Antonio ~ Padova ~ Italy, ^[5]Ospedale Immacolata Concezione ~ Piove di Sacco (Padova) ~ Italy, ^[6]Coordinamento Regionale Trapianti veneto ~ Schiavonia (Padova) ~ Italy, ^[7]Azienda Ospedaliera di Padova ~ Padova ~ Italy, ^[8]Direzione Sanitaria Aulss 6 Euganea ~ Padova ~ Italy, ^[9]Direzione Generale AULSS 6 Euganea ~ Padova ~ Italy

Introduzione: La medicina dei trapianti costituisce una pratica terapeutica ampiamente consolidata ed efficace che ha assunto nel tempo dimensioni rilevanti, sia in termini di numero di interventi che di risultati raggiunti, in conseguenza del progresso scientifico e del continuo perfezionamento delle tecniche operatorie.

Il trapianto rappresenta un'opportunità terapeutica fondamentale per molte patologie critiche e nel trattamento delle gravi insufficienze d'organo e la cura più efficace in termini di costi per l'insufficienza renale terminale ed è l'unica cura disponibile per l'insufficienza di organi come fegato, polmoni e cuore; il trapianto di tessuti e cellule costituisce la migliore o unica cura, anche "salvavita", in molte situazioni cliniche.

Con l'unificazione di tre ex ULSS (Alta Padovana, Padova Centro e Padova Sud), che presentavano livelli di performance differenti e variabili da molto buone (Padova Sud) a medie (Padova Centro) fino a basse (Alta Padovana), si è presentata la necessità di riorganizzare le modalità operative al fine di definire una procedura aziendale unica, condivisa con il Coordinamento Regionale Trapianti.

Materiali e metodi: Il processo di reingegnerizzazione della Rete Aziendale per i Trapianti ha previsto la creazione di una struttura centralizzata di coordinamento e di tre strutture locali corrispondenti alla ex ULSS e si è focalizzata sui seguenti ambiti:

- a) l'attribuzione all'UOS Coordinamento Aziendale Trapianti di una dotazione minima di personale per poter svolgere le funzioni di procurement: Coordinatore Aziendale e Coordinatori Medici ed Infermieristici per le tre macroaree;
- b) l'individuazione e formazione dei professionisti che intervengono a vario titolo nel processo donazione-prelievo: formazione pianificata con il Coordinatore Regionale Trapianti;
- c) l'uniformazione e l'aggiornamento delle funzioni attribuite ad ogni singolo nodo della rete locale: risorse, spazi, attrezzature dedicate;
- d) l'individuazione degli ambiti di sinergia e collaborazione tra i diversi livelli organizzativi: centralizzazione dell'attività di segreteria e di raccolta delle manifestazioni di volontà.

Tale modello, già presente a Padova Sud, da gennaio 2019 è stato introdotto nell'Alta Padovana, mentre è tuttora in fase di implementazione a Padova Centro.

Risultati: Nel primo quadrimestre 2019 sono aumentate le donazioni da cadavere e le donazioni di organi (nell'Alta Padovana l'incremento corrispondente al 50% dell'attività, come da tabelle sottostanti).

Titolo: Attività di procurement di organi e tessuti, Azienda ULSS n. 6 Euganea e Coordinamento Regionale Trapianti

Autori:

- E. Zilli Direttore Medico, Direzione Medica Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea
- F. Bisetto Direttore Medico, Direzione Medica Ospedale di Camposampiero (PD), ULSS 6 Euganea
- A. Rigo Direttore Medico, Direzione Medica Ospedale di Schiavonia (PD), ULSS 6 Euganea
- M. Briani Direttore Medico, Direzione Medica Ospedale Sant'Antonio (PD), ULSS 6 Euganea
- M. Busato Direttore Medico, Direzione Medica Ospedale di Piove di Sacco (PD), ULSS 6 Euganea
- G. Carturan Responsabile Coordinamento Trapianti, ULSS 6 Euganea
- G. Lunardi Coordinatore Medico Trapianti Alta Padovana, ULSS 6 Euganea
- S. Boscin Coordinatore Medico Trapianti Padova Sud, ULSS 6 Euganea
- P. Olivo Coordinatore Infermieristico Trapianti Alta Padovana, ULSS 6 Euganea
- D. Venturini Coordinatore Infermieristico Trapianti Padova Sud, ULSS 6 Euganea
- A. Sambo Coordinatore Infermieristico Trapianti Padova Centro, ULSS 6 Euganea
- G. Feltrin Responsabile Coordinamento Regionale Trapianti, Regione Veneto
- A. Spanò Direttore Servizio Professioni Sanitarie, ULSS 6 Euganea
- P. Benini Direttore Sanitario, ULSS 6 Euganea
- D. Scibetta Direttore Generale, ULSS 6 Euganea Regione del Veneto

Parole chiave: Programmazione, organizzazione e gestione sanitaria, Qualità, Valutazione delle Performance

Introduzione: La medicina dei trapianti costituisce una pratica terapeutica ampiamente consolidata ed efficace che ha assunto nel tempo dimensioni rilevanti, sia in termini di numero di interventi che di risultati raggiunti, in conseguenza del progresso scientifico e del continuo perfezionamento delle tecniche operatorie.

Il trapianto rappresenta un'opportunità terapeutica fondamentale per molte patologie critiche e nel trattamento delle gravi insufficienze d'organo e la cura più efficace in termini di costi per l'insufficienza renale terminale ed è l'unica cura disponibile per l'insufficienza di organi come fegato, polmoni e cuore. Il trapianto di tessuti e cellule costituisce la migliore o unica cura, anche "salvavita", in molte situazioni cliniche.

Con l'unificazione di tre ex ULSS (Alta Padovana, Padova Centro e Padova Sud), che presentavano livelli di performance differenti e variabili da molto buone (Padova Sud) a medie (Padova Centro) fino a basse (Alta Padovana), si è presentata la necessità di riorganizzare le modalità operative al fine di definire una procedura aziendale unica, condivisa con il Coordinamento Regionale Trapianti.

Materiali e Metodi: Il processo di reingegnerizzazione della Rete Aziendale per i Trapianti ha previsto la creazione di una struttura centralizzata di coordinamento e di tre strutture locali corrispondenti alla ex ULSS e si è focalizzata sui seguenti ambiti:

- a) l'attribuzione all'UOS Coordinamento Aziendale Trapianti di una dotazione minima di personale per poter svolgere le funzioni di procurement: Coordinatore Aziendale e Coordinatori Medici ed Infermieristici per le tre macroaree;
- b) l'individuazione e formazione dei professionisti che intervengono a vario titolo nel processo donazione-ricezione: formazione pianificata con il Coordinatore Regionale Trapianti;
- c) l'uniformazione e l'aggiornamento delle funzioni attribuite ad ogni singolo nodo della rete locale: risorse, spazi, attrezzature dedicate;
- d) l'individuazione degli ambiti di sinergia e collaborazione tra i diversi livelli organizzativi: centralizzazione dell'attività di segreteria e di raccolta delle manifestazioni di volontà.

Tale modello, già presente a Padova Sud, da gennaio 2019 è stato introdotto nell'Alta Padovana e tuttora in fase di implementazione a Padova Centro.

Risultati: Nel primo quadrimestre 2019 sono aumentate le donazioni da cadavere e le donazioni di organi (nell'Alta Padovana l'incremento corrispondente al 50% dell'attività, come da tabelle sottostanti).

Categoria	2019	2018	2017	2016	2015
Organi	12	8	5	3	2
Tessuti	15	10	7	4	3
Altri	5	3	2	1	1
Totale	32	21	14	8	6



Categoria	2019	2018	2017	2016	2015
Organi	12	8	5	3	2
Tessuti	15	10	7	4	3
Altri	5	3	2	1	1
Totale	32	21	14	8	6

Abstract 76

LAVORI EDILI IN OSPEDALE: GESTIONE DEL RISCHIO AMBIENTALE NELLA PREVENZIONE DELLE ASPERGILLOSI

Oral

[Longhitano E.*^{\[1\]}](#), [Scannavini P.^{\[1\]}](#), [Barbieri M.^{\[1\]}](#), [Albinelli P.^{\[1\]}](#), [Bianchini G.^{\[1\]}](#), [Santangelo M.^{\[1\]}](#), [Marchesi I.^{\[2\]}](#), [Bargellini A.^{\[2\]}](#), [Sircana L.^{\[1\]}](#), [Vecchi E.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]*Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ~ Modena ~ Italy*, ^[2]*Università degli studi di Modena e Reggio Emilia ~ Modena ~ Italy*

Introduzione: L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena (AOU di MO) - sede Policlinico - è un ospedale dotato di 621 posti letto, sede di centri di riferimento per Oncologia ed Ematologia adulti e pediatrica, trapianti fegato, rene e midollo osseo, ecc.

L'azienda è impegnata, anche a seguito del sisma 2012, in un'importante opera di riadeguamento e riqualificazione del Monoblocco principale per un'area lavori di 25.000 m². Considerato l'aumentato rischio di presenza di particolato aerodisperso, è stato ritenuto prioritario assicurare un alto livello di prevenzione di possibili acquisizioni di *Aspergillus* spp.

Materiali e metodi: Grazie alla collaborazione fra Igiene Ospedaliera, Servizio Tecnico, Direzione Sanitaria e clinici è stata messa a punto una procedura, basata sulle principali Linee Guida internazionali, che illustra e sistematizza una serie di azioni previste prima, durante e dopo l'avvio di lavori nell'area ospedaliera. Lo scopo è attuare accorgimenti che limitino il particolato disperso e il contatto di questo coi pazienti tramite indicazioni di protezione con DPI, indicazioni alle ditte edili per minimizzare l'aerodispersione di polveri, monitoraggi dei cantieri per verificare l'adesione alle misure ritenute idonee. Punto di forza è il confronto tra le entità e caratteristiche dei lavori, e le valutazioni dei professionisti circa il rischio specifico dei pazienti, preliminarmente all'adozione delle misure preventive che vengono così commisurate alla situazione. Dall'intersecarsi di tali variabili viene a determinarsi una matrice di valutazione del rischio. È inoltre attiva una sorveglianza microbiologica; la refertazione di *Aspergillus* spp o di *Galattomanno* su qualsiasi materiale, sono segnalati all'Igiene Ospedaliera che effettua un monitoraggio a consultivo spazio-tempo in coerenza con la presenza dei cantieri.

Risultati: Livello preventivo: negli anni 2016 e 2018, la procedura è stata applicata in circa 100 interventi edili. Gli esiti sono stati verbalizzati/formalizzati.

Livello consultivo: la Microbiologia ha segnalato all'Igiene Ospedaliera dall'anno 2012 al 2018 rispettivamente 53 isolamenti (2,7 casi su 10.000 gg degenza), 52 isolamenti (2,8 casi su 10.000 gg degenza), 35 isolamenti (1,8 casi su 10.000 gg degenza), 46 isolamenti (2,4 casi su 10.000 gg degenza), 30 isolamenti (1,9 casi su 10.000 gg degenza), 27 isolamenti (1,4 casi su 10.000 gg degenza) e 44 isolamenti

(2,3 casi su 10.000 gg degenza). Circa il 50% dei casi sono colonizzazioni/contaminazioni. Ad oggi non si sono avuti casi di acquisizione nosocomiale.

I reparti con più isolamenti sono stati la Terapia Sub-Intensiva Pneumologia e la Terapia Intensiva.

Garantire la sicurezza ambientale è uno dei capisaldi della gestione del rischio in ambito sanitario. La nuova metodologia di controllo messa a punto permetterà di ridurre il rischio ambientale.

Abstract 78

L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE PER LA PREDIZIONE DEGLI ESITI A 30 GIORNI: UNO STUDIO NAZIONALE

Oral

[Azzolini E.](#) ^[1], [Labruto A.](#) ^[1], [Lonati A.C.](#) ^[1], [Furia G.](#) ^[2], [Michele L.](#) ^[1], [Ricciardi W.](#) ^[3]

Keywords:

^[1]Humanitas Clinical and Research Center ~ Milano ~ Italy, ^[2]ASL Roma 1 ~ Roma ~ Italy, ^[3]Policlinico Gemelli ~ Roma ~ Italy

Introduzione: Le variabili socio-demografiche e cliniche possono influenzare le opportunità di salute, il rischio di malattia e le aspettative di vita della popolazione. Scopo del presente studio è stato quello di valutare attraverso una analisi statistica convenzionale e attraverso l'utilizzo di un software di intelligenza artificiale (logic learning machine), l'associazione tra la mortalità a 30 giorni e le variabili socio-demografiche e cliniche presenti nelle schede di dimissione ospedaliera per i pazienti ospedalizzati per infarto miocardico acuto (IMA) e per intervento di bypass aortocoronarico.

Materiali e metodi: È stato condotto uno studio retrospettivo utilizzando i dati delle schede di dimissione ospedaliera. Sono stati inclusi tutti i ricoveri avvenuti nelle strutture sanitarie italiane con date di dimissione tra il 1° gennaio 2015 e il 30 novembre 2016 con diagnosi di infarto miocardico acuto o di intervento bypass aortocoronarico.

L'associazione delle variabili socio-demografiche e cliniche sulla mortalità a 30 giorni sono state studiate sia attraverso una regressione logistica convenzionale che attraverso l'uso della Logic Learning Machine (LLM). L'applicazione LLM produce un modello di logica predittiva esplicativa nella forma di regole if-then, utilizzato per creare una classifica delle variabili target coinvolte nel modello, in base alla loro capacità di previsione della mortalità a 30 giorni.

Risultati: Sono stati analizzati 253.136 eventi di infarto miocardico acuto e 29.970 ricoveri ospedalieri con interventi di bypass aortocoronarico. Nello studio di apprendimento supervisionato tramite LLM sono stati elaborati dodici diversi modelli, la maggior parte dei quali ha mostrato elevate prestazioni predittive (> 80%). I decessi ospedalieri entro 30 giorni dopo il ricovero in ospedale per un episodio di IMA sono stati del 7,9%, dopo un intervento di bypass aortocoronarico del 2,0%. L'età e molte comorbidità sono risultate associate in modo statisticamente significativo alla mortalità a 30 giorni. I pazienti di sesso femminile, non sposati, analfabeti o con istruzione primaria risultano a un più alto rischio di mortalità a 30 giorni. Lo studio tramite LLM ha confermato i risultati dell'analisi statistica convenzionale e ha prodotto diverse e interessanti nuove associazioni e regole che spiegano la loro logica predittiva.

Conclusione

La Logic Learning Machine è un metodo promettente e innovativo che può fornire utili regole di classificazione sfruttando numerose interazioni complesse non lineari. Potrà essere utilizzata dai clinici per

supportare il processo decisionale con strumenti che consentano una più precisa stratificazione del rischio del paziente e dunque un miglior intervento terapeutico; dai policy e decision maker per assicurare eguali opportunità di godere del massimo livello di salute e contrastare quindi le disuguaglianze in sanità.

Abstract 79

IL PROFILO PROFESSIONALE DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DATI (RPD) NELLE AZIENDE SANITARIE: NUOVE COMPETENZE ED AMBITI DI ATTIVITÀ PER I MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE?

Oral

[Scarlata S.*^{\[1\]}](#), [Cunsolo R.^{\[1\]}](#), [Lazzara A.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]*Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele" Catania ~ Catania ~ Italy*

Introduzione: Il Regolamento (UE) 2016/679, Regolamento generale per la protezione dei dati personali, prevede la nomina, anche all'interno di un'Azienda Sanitaria, di un responsabile della protezione dei dati designato in funzione delle qualità professionali e, in specie, della conoscenza specialistica della normativa e delle prassi in materia di protezione dei dati. Fin dalla Legge 675/96, prima disposizione normativa italiana in materia di protezione dei dati, la tutela della privacy ha rappresentato uno dei più impegnativi ambiti di intervento dei medici delle Direzioni Ospedaliere, chiamati a svolgere azioni di vigilanza e di adozione di misure tecniche ed organizzative, necessarie per garantire il rispetto della dignità e della riservatezza degli utenti in ambito sanitario.

Ai fini della designazione dei responsabili della protezione dei dati e al di là del possesso di conoscenze specialistiche, il Regolamento Europeo non specifica il profilo professionale da prendere in considerazione per lo svolgimento dei compiti assegnati, lasciando al Titolare la possibilità di far ricadere la scelta su un dipendente interno o un esterno come RPD/DPO (Responsabile Protezione Dati/Data Protection Officer) e rendendo anche possibile la designazione di un unico responsabile della protezione per più organismi pubblici.

Materiali e metodi: L'impegno per la protezione dei dati non risulta esclusivo, essendo consentito al RPD di svolgere altri compiti e funzioni a condizione tuttavia che non sussistano condizioni di conflitti di interesse. In Italia la norma UNI 11697:2017 ha, in aggiunta, delineato i requisiti di conoscenza, abilità e competenza per la certificazione dei professionisti che intendono svolgere funzioni di RPD. Diviene pertanto necessario valutare in che misura i compiti e le funzioni del RPD siano compatibili con le competenze e conoscenze specialistiche possedute dai medici delle Direzioni Ospedaliere, rappresentando per questi ultimi ulteriore opportunità di crescita e valorizzazione professionale. Sono stati esaminati i curricula, laddove pubblicati, degli RPD di un campione di Aziende Sanitarie italiane al fine di identificare i principali profili professionali individuati dai titolari del trattamento per lo svolgimento dei compiti previsti. Tenendo conto delle linee guida formulate dal WP (art. 29) e delle FAQ del Garante italiano, sono stati esaminati i principali ambiti di intervento ed attività del RPD, e le qualità professionali che lo stesso deve possedere, considerando, di conseguenza, le eventuali opportunità derivanti da un affidamento a medici delle Direzioni Ospedaliere.

Risultati: Attorno alle figure del RPD rimangono in atto molti interrogativi rispetto a competenze e requisiti. Per la nomina a RPD le Aziende Sanitarie si sono in gran parte orientate verso professionisti di ambito

giuridico, anche di società esterne, ed in altri casi sono state individuate figure del ruolo amministrativo e tecnico/professionale. L'affidamento delle funzioni di RPD a medici delle Direzioni Ospedaliere può tuttavia offrire vantaggi per le Aziende sanitarie trattandosi di professionalità con specifiche conoscenze, abilità e competenze in materia di organizzazione e legislazione sanitaria, ma anche di valutazione e monitoraggio della qualità dei servizi, indispensabili per una migliore e più efficiente azione di governo dei complessi e molteplici aspetti organizzativo-gestionali che caratterizzano l'attività delle moderne aziende sanitarie.

Abstract 80

LA PROTEZIONE DEI DATI ED IL PERCORSO AD UN ANNO DALL'AVVIO DEL GDPR: L'ESPERIENZA DELL'AOU POLICLINICO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA

Oral

[Cunsolo R.*^{\[1\]}](#), [Scarlata S.^{\[1\]}](#), [Lazzara A.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]*Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele" Catania ~ Catania ~ Italy*

Introduzione: Con l'entrata in vigore del Regolamento UE 2016/679 le Aziende Sanitarie sono state chiamate a mettere in atto un percorso di adeguamento e riorganizzazione delle attività di protezione dei dati personali, reso complesso dalla naturale esigenza delle stesse a trattare dati particolari relativi alla salute, dati genetici e biometrici. Si rendono necessarie particolari forme di tutela tanto per gli utenti assistiti (al fine di garantire loro precise garanzie in ordine alla messa in atto di misure tecniche ed organizzative adeguate a proteggere i dati che li riguardano), quanto per gli operatori addetti all'assistenza i quali hanno bisogno di ricevere, da parte del Titolare e dei Responsabili del trattamento, adeguate istruzioni e norme comportamentali, coerenti con la nuova normativa e funzionali anche sul piano dell'organizzazione del lavoro e dell'erogazione delle prestazioni assistenziali.

Materiali e metodi: L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania (d'ora in poi AOU) ha pianificato le strategie e le azioni finalizzate per conseguire una maggiore compliance al nuovo Regolamento europeo. Strategica è stata la nomina del Responsabile della Protezione dei dati, per la quale si è puntato su risorse interne a conoscenza delle peculiarità dell'organizzazione aziendale, conferendo allo stesso anche compiti di formazione, sensibilizzazione, supporto e consulenza.

Sul piano organizzativo, un primo ambito di intervento ha riguardato l'adeguamento delle procedure esistenti presso le unità operative sia assistenziali che amministrative, tra cui, in primo luogo, nuovi modelli di informativa rivolte a utenti, dipendenti e partecipanti ai bandi di concorso e di gara. Sono state inoltre realizzate le procedure per la designazione dei responsabili (ex art. 28 del GDPR), individuando gli stessi tra le figure apicali, mentre relativamente al contesto esterno si è proceduto alla puntuale ricognizione delle attività svolte per conto dell'AOU che comportavano il trattamento dei dati, tra cui: assistenza di software medicali, gestione CUP, videosorveglianza, sistemi di archiviazione della documentazione sanitaria (come nel caso delle cartelle cliniche). Misure organizzative ulteriori hanno riguardato la ricognizione delle categorie di trattamento onde realizzare un registro dei trattamenti nonché la messa a punto di istruzioni per la segnalazione delle violazioni dei dati personali.

Risultati: L'esperienza ad un anno dall'avvio del percorso di adeguamento al GDPR ha fatto emergere aspetti di particolare complessità organizzativa e gestionale, accentuati da un quadro di incertezza sul piano normativo: per esempio la mancata adozione delle misure di garanzia (art. 2 septies D.Lgs. 196/2003 "misure di garanzia per il trattamento dei dati genetici, biometrici e relativi alla salute") non ha permesso

una puntuale definizione dei profili organizzativi e gestionali in ambito sanitario per la protezione dei dati. Ulteriore aspetto di complessità appare legato alle misure di sicurezza (art. 32, GDPR) da individuarsi tenendo conto, tra l'altro, dello stato dell'arte e dei costi di attuazione. In un quadro di risorse limitate per il SSN, il percorso di compliance al GDPR deve pertanto conciliare numerosi punti di vista ed essere finalizzato ad evitare inefficienze gestionali e modalità applicative meramente burocratiche, pregiudizievoli per il lavoro dei professionisti sanitari e per la stessa qualità dei servizi erogati.

Abstract 82

PROGETTO SPERIMENTALE CON METODOLOGIA LEAN PER L'ABBATTIMENTO DELLA DEGENZA MEDIA

Oral

[Pezzetti F.](#) ^[1], [Silla A.](#) ^[1], [Vezzosi L.](#) ^[1], [Ghezzi E.](#) ^[1], [Spadari M.](#) ^[2], [Cammelli L.](#) ^[1], [Rosario C.](#) ^[1]

Keywords:

^[1]ASST Cremona ~ Cremona ~ Italy, ^[2]Politecnico di Milano ~ Milano ~ Italy

Introduzione: In Europa, l'aumento delle condizioni di multi-morbilità e fragilità, è legato al costante invecchiamento della popolazione; ciò comporta maggiori oneri socio-sanitari che si evidenziano nell'allungamento della degenza media, nei ricoveri ripetuti e nelle dimissioni complesse. Approcci strutturati, quali il Lean Management e la gestione per processi, potrebbero essere strumenti validi per migliorare la gestione di pazienti complessi e l'organizzazione delle cure.

Materiali e metodi: Da marzo 2019 è stato implementato un progetto nel reparto di Medicina Generale dell'ASST di Cremona, caratterizzato da: importante saturazione (99%), degenza media superiore agli standard, pazienti pluripatologici con età media elevata (76,8 anni) e criticità relative al Turnover dei posti letto. Obiettivo dello studio è l'individuazione delle cause e delle relative contromisure volte alla riduzione della durata della degenza. L'analisi dell'anno 2018, è stata effettuata mediante l'ausilio della metodologia Lean, in collaborazione con il Politecnico di Milano, secondo il seguente approccio strutturato: analisi dei dati amministrativi (SDO), analisi di Pareto per evidenziare le componenti della degenza in termini temporali, interviste e Gemba walk per condurre l'analisi "Asis", Makigami Chart, per individuare le fasi e i tempi del processo, Ishikawa Diagram e FMEA per l'analisi delle cause.

Risultati: L'analisi iniziale delle SDO evidenzia una degenza media pari a 9,19 giorni (DS 7,22). La distribuzione di frequenza delle giornate mostra che il 29,9% dei ricoveri ha una durata 11 giorni. Tali ricoveri sono stati analizzati con la tecnica di Pareto, dalla quale emerge che l'80% della durata della degenza deriva da due fattori: tempo clinico e tempo di dimissione.

A) Tempo di Dimissione

L'analisi della degenza per tipologia di dimissione ha mostrato che i pazienti dimessi in IDR o Reparti Subacuti hanno una degenza media di 17,3 giorni. Considerando il processo di dimissione, scorporato delle attività clinico-assistenziali del ricovero, emerge che i tempi di attesa tra le varie fasi del processo rappresentano il 99% del tempo totale. La carente condivisione delle informazioni, la burocrazia, la tecnologia utilizzata, la saturazione delle strutture esterne rappresentano alcune delle cause dell'allungamento del tempo di degenza. Pertanto sono state proposte soluzioni di facile implementazione "Quick-wins" (es. identificazione del Process Owner) e soluzioni ad alto Benefit e di elevato impatto organizzativo-economico, come l'apertura di un Centro di Subacuti e investimenti informatici.

B) Tempo clinico

L'analisi incrociata di Pareto fra tempi di degenza e numero di ricoveri per patologia ha evidenziato quale

criticità la gestione del paziente settico. È seguita analisi delle cartelle cliniche dei casi di sepsi (n=124) e in particolare l'adesione o meno al bundle prodotto nelle ultime Linee Guida di Surviving Sepsis Campaign (2018). Dallo studio è emerso che le maggior criticità sono relative al mancato rispetto della tempistica (entro 3 ore) della somministrazione della terapia antibiotica (70%) e dell'appropriatezza della terapia empirica (68%). Inoltre si è registrata una scarsa aderenza al Bundle, completato correttamente nel 27% dei casi. Verrà successivamente condotta un'intervista ai clinici per approfondire le criticità rilevate a partire dalle quali verrà condotto un progetto finalizzato ad implementare il PDTA della sepsi nell'ASST di Cremona.

Abstract 84

L'ANTIBIOTICO-RESISTENZA NEL CONTESTO DELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DELLA CITTÀ DI PALERMO: L'ESPERIENZA DI UN PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA E CONTROLLO

Oral

[Calamusa G.*^{\[1\]}](#), [Graziano G.^{\[2\]}](#), [Saporito L.^{\[1\]}](#), [Bonura C.^{\[1\]}](#), [Aleo A.^{\[2\]}](#), [Insinga V.^{\[3\]}](#), [Mario G.^{\[1\]}](#), [Torregrossa M.V.^{\[1\]}](#), [Aprea L.^{\[2\]}](#), [Maida C.M.^{\[1\]}](#), [Vitale F.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]Dipartimento di Promozione della Salute, Materno-Infantile, di Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro" (ProMISE), Università degli Studi di Palermo ~ Palermo ~ Italy, ^[2]Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" ~ Palermo ~ Italy, ^[3]Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo ~ Palermo ~ Italy

Introduzione: L'antimicrobico-resistenza rappresenta un importante problema di salute pubblica in reparti critici quali le Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN). Da febbraio 2014 per i pazienti delle UTIN della Città di Palermo è attivo, presso la Sezione di Igiene del Dipartimento di Promozione della Salute, Materno-Infantile, di Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro" (ProMISE), Università degli Studi di Palermo e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo (AOUP), un programma di sorveglianza delle colonizzazioni da *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA), da Gram-negativi multi-resistenti (MDRGNs) e da miceti.

Materiali e metodi: Il programma di sorveglianza prevede, per tutti i neonati ricoverati, l'esecuzione di tamponi nasali e rettali con frequenza settimanale e mensile, rispettivamente, nell'UTIN dell'AOUP e nelle UTIN degli altri ospedali cittadini. Per ogni neonato reclutato vengono raccolti ed analizzati dati clinico-anamnestici sui devices e sulla terapia antimicrobica somministrata. Da novembre 2017 a marzo 2018, a causa della persistente prevalenza di colonizzazione da *Klebsiella pneumoniae* produttrice di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL) presso una delle UTIN, è stato realizzato un intervento di contenimento. È stata intensificata l'attività di sorveglianza, i controlli ambientali e sugli oggetti in uso, le riunioni con il personale per la condivisione dei risultati e delle strategie preventive. Sono stati analizzati aspetti clinico-organizzativi come l'aderenza alle precauzioni standard e la politica di utilizzo degli antibiotici. Sui ceppi isolati è stata valutata la sensibilità agli antibiotici e fatta la tipizzazione molecolare. Sono state calcolate la prevalenza di colonizzazione nel periodo pre e post intervento e la significatività del trend osservato rispetto all'atteso. Sono state confrontate le caratteristiche dei pazienti ricoverati nel periodo successivo all'implementazione dell'intervento con quelle dei ricoverati nello stesso periodo dell'anno precedente, con le rispettive percentuali di colonizzazione. È stata introdotta una nuova procedura diagnostico/terapeutica per la riduzione dell'uso degli antibiotici.

Risultati: Durante l'intervento è stata evidenziata una prevalenza di colonizzazione da batteri antibiotico-resistenti a livello della mucosa nasale, orale e rettale di circa il 40%. La colonizzazione ha determinato la contaminazione del latte e del biberon dopo l'utilizzo, entrambi veicoli di disseminazione dei microrganismi. L'analisi della serie temporale ha evidenziato un decremento della prevalenza delle

colonizzazioni da MDRGNs e da *K. pneumoniae* ESBL+ (-77%). La caratterizzazione molecolare dei ceppi isolati dai pazienti, dal latte, dal biberon e dai campioni ambientali ha confermato la cross-trasmissione della colonizzazione. Il confronto tra le caratteristiche dei pazienti ricoverati nella stessa UTIN nel medesimo periodo dell'anno precedente, ha confermato il ruolo dell'intervento di prevenzione nella riduzione della prevalenza delle colonizzazioni da MDRGNs e da *K. pneumoniae* ESBL+, indipendentemente dalle caratteristiche dei pazienti e dalle procedure (OR aggiustato 0,16, p=0,02). L'introduzione della nuova procedura diagnostico/terapeutica per la riduzione dell'uso degli antibiotici ha determinato un decremento stabile della prevalenza di colonizzazione da ceppi antibiotico-resistenti e della spesa sanitaria da consumo di antibiotici.

Abstract 88

ORGANIZZAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI DELL'ATTIVITÀ SANITARIA NELL'OSPEDALE DI CITTADELLA

Oral

[Giuriato P.*^{\[1\]}](#), [Zilli E.^{\[1\]}](#), [Marconato S.^{\[1\]}](#), [Cappellato L.^{\[1\]}](#), [Gallina P.^{\[1\]}](#), [Miozzo K.^{\[1\]}](#), [Benini P.^{\[1\]}](#), [Scibetta D.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]*ulss 6 Euganea ~ padova ~ Italy*

Introduzione: Presso l'Azienda ULSS 6 Euganea è istituito, coerentemente con gli indirizzi regionali, il Nucleo Aziendale di Controllo-NAC, il cui compito è finalizzato alla valutazione dell'attività sanitaria (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, liste d'attesa, percorsi) sia inerente i controlli interni (sulla produzione di ciascun Ospedale) sia esterni (sui privati accreditati, Azienda ospedaliera, IRCSS). Il NAC è un organismo aziendale in staff alla Direzione Sanitaria, Coordinato da un esperto, costituito da componenti che afferiscono alle cinque Direzioni Mediche dell'Euganea ed alla Specialistica Ambulatoriale. I componenti del NAC incardinati nella Direzione Medica dell'Ospedale di Cittadella effettuano i controlli interni relativi alla produzione dell'attività sanitaria dell'Ospedale.

Materiali e metodi: I controlli interni riguardano il 12,5% della produzione di cartelle cliniche di ciascun anno e la verifica delle prestazioni ambulatoriali traccianti erogate nelle settimane indice stabilite dal Ministero. Nel corso del tempo l'effettuazione di controlli si è specializzata ed ha riguardato anche le seguenti categorie: -controllo degli indicatori del programma nazionale Esiti e degli indicatori della Scuola Sant'Anna di Pisa che comporta la verifica di tutte le cartelle interessate e l'effettuazione di audit mirati con i Direttori delle Unità Operative interessate;- controllo del rispetto dei tempi massimi d'attesa e delle specifiche cliniche di prioritarizzazione delle prestazioni ambulatoriali con la Cup manager ed individuazione di implementazioni di agende per prestazioni critiche con il Responsabile della Specialistica Ambulatoriale;- controllo delle liste di attesa per gli interventi chirurgici oncologici e non oncologici tramite audit con i Direttori delle Specialità Chirurgiche e dell'Anestesia e Rianimazione finalizzati anche alla programmazione delle liste operatorie;- controlli sui percorsi dei pazienti allo scopo di verificare il rispetto della corretta modalità di accesso del paziente al Servizio Sanitario nel caso in cui la provenienza sia da : visita istituzionale, urgenza/Pronto Soccorso, libera professione, visita privata;- controlli di indicatori di qualità attinenti la documentazione sanitaria focalizzati su : presenza della scheda di riconciliazione / ricognizione farmacologica e del rispetto delle prescrizione off label, compilazione della documentazione in caso di multiresistenza e dell'attuazione delle misure previste, verifica della corretta compilazione della check list di sala operatoria.

Risultati: Nel corso del 2018 sono stati effettuati : 6 audit per le cartelle cliniche (PNE e Sant'Anna), 18 audit per tempi d'attesa e liste d'attesa, 6 audit per la verifica dei percorsi assistenziali, 4 audit per le prestazioni ambulatoriali. Il personale interno dedicato ai controlli sanitari, grazie alla continua collaborazione con i clinici, è riuscito a consolidare gruppi di lavoro multidisciplinari integrando la parte

organizzativa e quella assistenziale. I Direttori di area chirurgica coinvolti negli audit sono arrivati a meglio valorizzare e apprezzare gli indicatori di performance che rappresentano degli strumenti utili per la programmazione e il miglioramento continuo da offrire ai pazienti. I dati sono apparsi non come adempimenti burocratici da inserire per dimostrare che si produce, ma strumenti quotidiani a supporto delle decisioni cliniche alla stregua di linee guida o indicazioni scientifiche.

Titolo: Organizzazione dei controlli interni dell'attività sanitaria nell'Ospedale di Cittadella

Autori:

P. Giuriato Direzione Medica di Cittadella (PD), Coordinatore del Nucleo Aziendale di Controllo, ULSS 6 Euganea
 E. Zilli Direttore Medico, Direzione Medica Ospedale di Cittadella (PD), ULSS 6 Euganea
 S. Marconato Direzione Medica di Cittadella (PD), Componente del NAC, ULSS 6 Euganea
 L. Cappellato Coordinatore Ufficio DRG di Cittadella (PD), Componente del NAC, ULSS 6 Euganea
 P. Gallina Responsabile U.S. Specialistica Ambulatoriale, ULSS 6 Euganea
 K. Miozzo Cup Manager Alta Padovana, ULSS 6 Euganea
 P. Benini Direttore Sanitario, ULSS 6 Euganea
 D. Scibetta Direttore Generale, ULSS 6 Euganea
 Regione del Veneto

Parole chiave: Valutazione delle Performance, Qualità, Documentazione sanitaria

Introduzione: Presso l'Azienda ULSS 6 Euganea è istituito, coerentemente con gli indirizzi regionali, il Nucleo Aziendale di Controllo - NAC, il cui compito è finalizzato alla valutazione dell'attività sanitaria (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, liste d'attesa percorsi) sia inerente i controlli interni (sulla produzione di ciascun Ospedale) sia esterni (sui privati accreditati, Azienda Ospedaliera, IRCSS). Il NAC è un organismo aziendale in staff alla Direzione Sanitaria, Coordinato da un esperto, costituito da componenti che afferiscono alle cinque Direzioni Mediche dell'Euganea ed alla Specialistica Ambulatoriale. I componenti del NAC Incardinati nella Direzione Medica dell'Ospedale di Cittadella effettuano i controlli interni relativi alla produzione dell'attività sanitaria dell'Ospedale.

Materiali e Metodi: I controlli interni riguardano il 12,5% della produzione di cartelle cliniche di ciascun anno e la verifica delle prestazioni ambulatoriali traccianti erogate nelle settimane indice stabilite dal Ministero. Nel corso tempo l'effettuazione di controlli si è specializzata ed ha riguardato anche le seguenti categorie:

- controllo degli indicatori del Programma Nazionale Esiti e degli indicatori della Scuola Sant'Anna di Pisa che comporta la verifica di tutte le cartelle interessate e l'effettuazione di audit mirati con i Direttori delle Unità Operative interessate;
- controllo del rispetto dei tempi massimi d'attesa e delle specifiche cliniche di prioritizzazione delle prestazioni ambulatoriali con la Cup Manager ed individuazione di implementazioni di agende per prestazioni critiche con il Responsabile della Specialistica Ambulatoriale;
- controllo delle liste d'attesa per gli interventi chirurgici oncologici e non oncologici tramite audit con i Direttori delle Specialità Chirurgiche e dell'Anestesia e Rianimazione finalizzati anche alla programmazione delle liste operatorie;
- controlli sui percorsi dei pazienti allo scopo di verificare il rispetto della corretta modalità di accesso del paziente al Servizio Sanitario nel caso in cui la provenienza sia da: visita istituzionale, urgenza/Pronto soccorso, libera professione, visita privata);
- controlli di indicatori di qualità attinenti la documentazione sanitaria focalizzati su: presenza della scheda di riconciliazione/riconoscimento farmacologica e del rispetto delle prescrizione off label, compilazione della documentazione in caso di multi resistenza e dell'attuazione delle misure previste, verifica della corretta compilazione della check list di sala operatoria.

Risultati: Nel corso del 2018 sono stati effettuati: 6 audit per le cartelle cliniche (PNE e Sant'Anna), 18 audit per tempi d'attesa e liste d'attesa, 6 audit per la verifica dei percorsi assistenziali, 4 audit per le prestazioni ambulatoriali. Il personale interno dedicato ai controlli sanitari, grazie alla continua collaborazione con i clinici, è riuscito a consolidare gruppi di lavoro multidisciplinari integrando la parte organizzativa e quella assistenziale. I Direttori di area chirurgica coinvolti negli audit sono arrivati a meglio valorizzare e apprezzare gli indicatori di performance che rappresentano degli strumenti utili per la programmazione e il miglioramento continuo da offrire ai pazienti. I dati sono apparsi non come adempimenti burocratici da inserire per dimostrare che si produce, ma strumenti quotidiani a supporto delle decisioni cliniche alla stregua di linee guida o indicazioni scientifiche.



VERDE	4 - 5	Performance ottima (Punto di forza)
VERDINO	3 - 4	Performance buona
GIALLO	2 - 3	Performance media
ARANCIONE	1 - 2	Performance scarsa
ROSSO	0 - 1	Performance molto scarsa (Punto di debolezza)



Abstract 92

CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA: L'INTEGRAZIONE CON LA FARMACOTERAPIA

Oral

[Zandonà E.*^{\[1\]}](#), [Marchiori M.^{\[1\]}](#), [Veronese S.^{\[1\]}](#), [Miorin M.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]*Ospedale Alto Vicentino - ULSS 7 Pedemontana ~ Santorso (VI) ~ Italy*

Introduzione: La cartella clinica informatizzata è lo strumento per la gestione globale e strutturata dei dati riferiti alla storia clinica di un paziente, che accede ad una struttura ospedaliera sia in regime di ricovero che ambulatoriale, e consente il governo complessivo del processo diagnostico-terapeutico-assistenziale. L'Ospedale Alto Vicentino dell'ULSS n.7 Pedemontana ha sviluppato un progetto di informatizzazione della clinica integrando la gestione del farmaco, dalla prescrizione alla somministrazione della terapia. Se ne è ottenuto un prodotto con copertura trasversale che consente la visione in tempo reale della storia clinica del paziente con tutte le prestazioni, i ricoveri e le prescrizioni che ha eseguito in Azienda in passato.

Materiali e metodi: E' stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare presieduto dal Direttore Sanitario col preciso obiettivo di analizzare tutti i processi organizzativi che coinvolgono le UUOO. Si sono analizzati tutti i percorsi assistenziali dal momento dell'accesso del paziente alla struttura ospedaliera, sia in regime ambulatoriale che di ricovero, fino alla sua dimissione. Sono state condivise con le UU.OO le "prescrizioni" di patologia clinica adeguando i "pacchetti" di esami a singola Unità Operativa e per patologia. C'è stato il confronto coi Radiologi che ha portato a razionalizzare la richiesta di approfondimenti diagnostici. Di qui il coinvolgimento anche dell'infermiere, necessaria figura di supporto in tutta la pratica assistenziale. Anche l'apparato amministrativo è stato interessato per la parte di relativa competenza. L'implementazione della Farmacoterapia nella cartella clinica informatizzata ha richiesto un approccio strutturato per processi e casi d'uso che è stato attuato incrociando le vie di somministrazione identificate con le possibili modalità di prescrizione e mappando gli scenari prescrittivi più comuni. Per ognuno di questi è stato formulato un caso d'uso realistico.

Risultati: Si è riusciti a creare un modello di cartella allineata ai processi assistenziali e che supporta le decisioni del clinico: si è, cioè, adeguato il sistema informatico ai processi assistenziali e non semplicemente "informatizzato" la cartella cartacea. L'introduzione della Farmacoterapia è stata un'occasione di analisi e revisione delle prassi esistenti, nonché un momento di confronto multidisciplinare. Sono state adottate soluzioni condivise, talora vincolanti in fase di prescrizione e/o somministrazione, ma considerate garanzia di sicurezza e qualità. Fondamentale nella validazione della prescrizione è stato il ruolo della Farmacia Ospedaliera: si sono condivisi i protocolli di diluizione validati secondo la scheda tecnica, si sono revisionate le vie di somministrazione autorizzate, si sono inibite possibili associazioni di farmaci nonché si è garantita una manutenzione costante dei farmaci presenti in Prontuario Ospedaliero. Il progetto ha portato ad una

standardizzazione delle modalità prescrittive e di somministrazione, riducendo il rischio di interpretazione soggettiva con la garanzia di tranciabilità delle operazioni condotte e la possibilità di recupero dei dati. La digitalizzazione della terapia ha fornito un valore aggiunto sostanziale nella gestione delle allergie e delle avvertenze: la prescrizione di un farmaco allergizzante scatena un 'alert' che impedisce di proseguire la prescrizione, mentre le interazioni farmacologiche vengono segnalate al medico che deve prenderne visione per concludere la prescrizione.

Abstract 96

UN NUOVO CENTRO DI ASSISTENZA DECENTRATA PER EMODIALISI PRESSO IL POLICLINICO SAN MARTINO DI GENOVA

Oral

[Papalia R.](#)^[1], [Garibotto G.](#)^[1], [Gattorna A.](#)^[1], [Icardi G.](#)^[1], [Martelli F.](#)^[1], [Masini P.](#)^[1], [Morando A.](#)^[1], [Moriero E.](#)^[1], [Orazzini A.](#)^[1], [Orsi A.](#)^[1], [Podestà F.](#)^[1]

Keywords:

^[1]IRCCS Ospedale Policlinico San Martino ~ Genova ~ Italy

Introduzione: I continui progressi in dialisi sono determinanti per garantire un livello di vita qualitativamente accettabile a pazienti con grave e irreversibile insufficienza renale. L'aumento dei costi legati alle tecnologie, al personale e ai materiali, insieme al progressivo invecchiamento della popolazione associato a insufficienza renale e comorbidità, particolarmente in regione Liguria, obbliga a razionalizzare i servizi erogati. Scopo della presente comunicazione è illustrare la realizzazione di un nuovo Centro di Assistenza Decentrata (CAD) per il trattamento di pazienti con malattia renale cronica stadio V presso l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova, struttura sanitaria di riferimento della Regione Liguria.

Materiali e metodi: Presso l'ospedale è attivo uno dei più grandi centri italiani di dialisi, contando 56 postazioni con più di 260 pazienti in terapia. Nel febbraio 2014 è stata deliberata la realizzazione di un nuovo centro dialisi presso il Padiglione Maragliano del Policlinico allo scopo di razionalizzare le risorse, migliorare l'appropriatezza del setting assistenziale e delle prestazioni, ottimizzare gli spazi e la gestione delle risorse umane mantenendo uno standard qualitativo elevato e garantendo la massima sicurezza per pazienti e operatori. La nuova dialisi, concepita come CAD per il trattamento dei pazienti dialitici meno gravi, prevede l'attivazione di 20 postazioni dialitiche nell'ottobre 2019.

Risultati: Il CAD è stato realizzato ristrutturando gli spazi esistenti con le difficoltà legate anche al vincolo monumentale del Padiglione. La Direzione Medica di Presidio, in collaborazione con l'U.O. Clinica Nefrologia, Dialisi e Trapianto, ha coordinato il progetto gestendo le problematiche impiantistiche (cablaggi, punti rete e fonia, impianti di osmosi e di centralizzazione dei bagni), tecnologiche (arredi e apparecchiature elettromedicali), strutturali (ristrutturazione degli spazi) e igienico-organizzative (gestione del personale, procedure di emergenza e dei trasporti intrapadiglioni dei pazienti). L'U.O. Igiene, in collaborazione con l'U.O. Attività Tecniche, ha effettuato i controlli microbiologici ed ambientali dei punti critici della distribuzione della rete idrica (mandata e ricircolo, punti terminali). Il nuovo impianto è stato progettato secondo le più recenti evidenze tecnologiche e scientifiche, con una gestione centralizzata del bagno di dialisi e la disponibilità di due diversi concentrati (140 Na e 3,0 K; 135 Na e 2,5 K). I principali vantaggi sono la riduzione del tempo di preparazione dei monitor, il minor utilizzo di sacche per la seduta dialitica, la ridotta produzione di rifiuti e il miglioramento dei processi logistico-organizzativi e di movimentazione manuale dei carichi. Altri vantaggi sono l'aumento dell'esperienza del personale e dell'automazione dell'intero processo per il miglioramento della qualità, nonché l'efficientamento

dell'intero sistema con una riduzione dei costi e un aumento delle prestazioni. Gli svantaggi sono la più difficile personalizzazione della terapia e la gestione di guasti e rischi, legata anche alla posizione decentrata del Padiglione rispetto ai servizi di emergenza-urgenza del Policlinico.

L'esperienza maturata dal nostro Centro può rappresentare un modello esportabile in altri contesti simili al Policlinico San Martino per caratteristiche di mission, organizzazione aziendale e tipologia di assistiti, nell'ottica di una generale razionalizzazione delle risorse.

Abstract 99

EVACUAZIONE DI UN OSPEDALE SEDE DI DEA A SEGUITO DEL RITROVAMENTO E DELLA RIMOZIONE DI UN ORDIGNO BELLICO

Oral

Marrone R.*^[1], **Montesano P.^[1]**, **Parrocchia S.^[1]**, **Turchetta F.^[1]**, **Biaggi R.^[1]**, **Bagnato B.^[1]**, **Coluzzi T.^[1]**, **Pedrazzi P.^[1]**, **Iacobucci M.^[1]**, **Di Marco C.^[1]**, **Carucci R.^[1]**, **Visconti G.^[1]**, **Casertano L.^[2]**, **Graziosetto P.^[3]**, **Loiudice M.^[2]**

Keywords:

^[1]ASL Latina ~ Latina ~ Italy, ^[2]Regione Lazio ~ Roma ~ Italy, ^[3]ARES 118 ~ Roma ~ Italy

Introduzione: In seguito al rinvenimento di un ordigno bellico della II Guerra Mondiale nel Comune di Formia, la Prefettura di Latina ed il Comune di Formia hanno disposto l'evacuazione, nel raggio d'azione della bomba (1,8 KM), di 16.000 persone, e dell'Ospedale "Dono Svizzero" di Formia, DEA 1 livello con 152 pl (dati 2018: 38.000 Accessi PS, 7.300 Ric. Ord. + 900 DH/DS, 935.000 Prest. Amb.), con interruzione di tutte le utenze (elettrica, gas, acqua, comunicazioni) e dei collegamenti ferroviari, stradali e marittimi.

Materiali e metodi: La Direzione Sanitaria Aziendale, la Direzione di Dipartimento Rete Ospedaliera e le Direzioni Mediche di Presidio dell'ASL Latina, in collegamento con la Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e ARES 118, hanno predisposto e coordinato un piano di evacuazione dell'Ospedale, con relativa riallocazione dei posti letto e delle risorse umane/tecnologiche, interessando 3 aree/livelli progressivi:

A. Rete Ospedaliera delle strutture limitrofe all'Ospedale di Formia (PO di Fondi e di Terracina e CdC C. del Sole Formia): trasferimenti e ricoveri diretti maggior parte delle UUOO

B. Rete Ospedaliera della ASL/Provincia di Latina (PO S Maria Goretti DEA II e ICOT di Latina): trasferimenti alcune UUOO e preallerta PEIMAF

C. Rete Ospedaliera Regionale: riazionamento temporaneo delle Reti di emergenza/tempo dipendenti e preallerta PEIMAF

Sono state intraprese le seguenti azioni:

- a. Analisi della casistica e previsione dei pazienti da dimettere e da trasferire presso altra struttura o altro setting
- b. piano di evacuazione progressivo in un arco di 10 giorni.
- c. riunioni operative con presentazione, discussione e condivisione del piano e del cronoprogramma a tutte le strutture e servizi interessati

Il cronoprogramma ha previsto in sintesi le seguenti fasi/attività:

1. Sospensione ricoveri elezione in tutte le strutture aziendali; incremento trasferimenti al Territorio
2. Sospensione ricoveri urgenza PO Formia
3. Trasferimento: pz. area medica (n° 7 pl) e chirurgica (n° 15 pl) nel PO Terracina, e di Rianimazione eccedenti verso PPOO Rete emergenza regionale; pz. Medicina d'Urgenza (n° 4 pl) verso ICOT; pz. Cardiologia/UTIC (n° 4 pl) e pz. SPDC (n° 8 pl) al PO di Latina
4. Preallerta PEIMAF tutte le strutture ASL e Regione Lazio
5. Trasferimento: pz. Rianimazione PO Fondi (n° 4 pl); pz. area medica CdC C. del Sole (n° 25 pl)
6. Chiusura PS Formia e redistribuzione personale/accessi verso PPI Gaeta e Minturno

-
7. Sospensione attività di dialisi, laboratorio e radiologia PO Formia
 8. Operazioni disinnescio e rimozione ordigno (05/05/2019)
 9. Fine allerta PEIMAF
 10. Riapertura PO Formia (PS, Servizi...), riattivazione ricoveri e back-transport progressivo dai PPOO di trasferimento

Risultati: Grazie all'attenta pianificazione ed al coordinamento di tutti i servizi sanitari, locali e regionali, la completa e complessa evacuazione di un intero Ospedale sede di DEA si è svolta secondo quanto programmato senza significativi disservizi all'utenza e particolari difficoltà.

Centrale e strategico si è confermato il ruolo delle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri, coinvolti direttamente ed indirettamente, in tutte le fasi di analisi, di programmazione, di coordinamento, di gestione operativa e di supervisione.

Abstract 102

PERCORSO DI GESTIONE DELL'ICTUS ISCHEMICO ACUTO NELL'OSPEDALE "S. MARIA GORETTI" DI LATINA

Oral

[Parrocchia S.*](#)^[1], [Monteforte G.](#)^[2], [Aiuti M.](#)^[3], [Mellacina M.](#)^[4], [Nucera P.](#)^[5], [Spagnuolo L.](#)^[6], [Nicolucci P.](#)^[7], [Visconti G.](#)^[8], [Casertano L.](#)^[9]

Keywords:

^[1]PO SM Goretti Latina Direttore Medico ~ Latina ~ Italy, ^[2]PO SM Goretti Latina UOC Medicina Urgenza UTN 1 ~ Latina ~ Italy, ^[3]PO SM Goretti Direttore UOC Medicina Urgenza UTN 1 ~ Latina ~ Italy, ^[4]PO SM Goretti Latina Direttore UOC PS/OBI ~ Latina ~ Italy, ^[5]PO SM Goretti Latina Responsabile UOS OBI ~ Latina ~ Italy, ^[6]Referente Iniziativa Angels ~ Roma ~ Italy, ^[7]PO SM Goretti Latina Direttore ff UOC Neurologia ~ Latina ~ Italy, ^[8]ASL Latina Direttore Sanitario Aziendale ~ Latina ~ Italy, ^[9]Regione Lazio Direttore Programmazione Sanitaria e Rete Ospedaliera ~ Roma ~ Italy

Introduzione: L'ictus rappresenta la terza causa di morte, la prima causa di disabilità nell'adulto e la seconda causa di demenza a livello mondiale. Il trattamento dell'ictus in fase acuta con la trombolisi sistemica rappresenta un'arma efficace nel ridurre mortalità e disabilità. Nel Lazio la rete ictus prevede la presenza di UTN di II livello con neuroradiologia interventistica (4 strutture), UTN di I livello (7 strutture, tra le quali l'Ospedale "S. Maria Goretti" di Latina), ospedali sede di Pronto Soccorso Esperto al trattamento trombolitico e/o Team Neurovascolare (PSe-TNV)

Materiali e metodi: In caso di paziente con sospetto ictus ischemico candidato alla trombolisi sistemica, il percorso interno di cura dell'Ospedale S.M.Goretti prevede:

- attivazione del codice ictus
- trasporto del paziente nella Sala Rossa del DEA
- rapida valutazione neurologica completa di punteggio NIHSS
- esecuzione di TC cranio basale, angio TC vasi carotidei e intracranici, TC perfusion
- somministrazione della terapia trombolitica secondo il protocollo dettato dalle Linee Guida (in caso di conferma di stroke ischemico nei tempi per il trattamento trombolitico e in assenza di controindicazioni allo stesso)
- ricovero nella UOC di Medicina d'Urgenza e UTN;
- avvio precoce del percorso riabilitativo e trasferimento presso la UOC Neurologia.

In caso di indicazione alla trombectomia meccanica il paziente viene trasferito presso il centro HUB di riferimento, UTN II livello dell'A.O. San Camillo, secondo un protocollo concordato

Risultati: Nel 2017 sono stati trattati mediante trombolisi sistemica 38 pazienti con ictus ischemico acuto:

- età media 73,6 aa
- punteggio NIHSS medio pre-trombolisi 13,64
- NIHSS post 9,72
- door to needle time 89 minuti (mediana)

-
- 1 paziente trasferito al centro HUB

Nel 2018 i pazienti gestiti sono stati 41

- età media 75,8 aa
- NIHSS medio pre 13,6
- NIHSS post 6,8
- door to needle time 87 minuti (mediana)
- 13 pazienti trasferiti al centro HUB (dopo trombolisi)

L'esperienza maturata conferma il risultato clinico positivo della terapia con trombolisi sistemica ed evidenzia la necessità di continuare nello sforzo organizzativo finalizzato alla riduzione dei tempi di intervento (target door to needle time inferiore a 60 minuti), per raggiungere la piena efficacia del trattamento. A tal fine un ruolo fondamentale è svolto dal percorso formativo degli operatori sanitari, con l'ausilio del progetto di corporate social responsibility Angels. Una modalità formativa molto utile è rappresentata dalla simulazione in situ, la prima svolta a giugno 2018. In seguito sono state concordate una serie di azioni correttive, attraverso le quali ci aspettiamo di ottenere la riduzione dei tempi di intervento con incremento dell'efficacia e della diffusione della trombolisi sistemica sul territorio provinciale.

Abstract 104

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: STRATEGIE ED OPPORTUNITÀ PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

Oral

[Mastromatteo A.M.*^{\[1\]}](#), Basso D.^[2], Carnali M.^[1], Baldo E.^[1], Minorenti S.^[1], Murgia P.R.^[1], Vagliano A.^[1], La Rosa F.^[1], Mattiuzzo S.^[1], Badaloni M.^[1], Miraglia B.A.^[1], Nasi G.^[1]

Keywords:

^[1]Ospedale Cristo Re-Gruppo Giomi ~ Roma ~ Italy, ^[2]Distretto III ASL RM1 ~ ROMA ~ Italy

Introduzione: La chiave di volta nei sistemi di gestione del rischio clinico consiste nel trovare strategie che mirino a mantenere sempre alta l'attenzione degli operatori sanitari nei consueti processi assistenziali. Due strumenti, utilizzati ormai come prassi nella pratica clinica, ovvero la Checklist di Sala Operatoria e la Scheda Unica di Terapia (SUT), hanno come principale obiettivo quello di ridurre gli eventi avversi. Lo studio è un'analisi approfondita sulla compilazione e uso della SUT e della Checklist di sala operatoria aggiornate al 2018 presso l'Ospedale Classificato Cristo Re.

Materiali e metodi: Sono state effettuate le seguenti attività: individuazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare all'interno della Commissione di Rischio Clinico e dei Facilitatori; indagine di prevalenza sulla corretta compilazione della SUT ed analisi a campione delle SUT e Checklist (110 cc) estrapolate casualmente da settembre a ottobre 2017 con format preesistente; predisposizione e adozione previa formazione multidisciplinare del nuovo format di Checklist di Sala Operatoria, tipo fascicolo del percorso chirurgico comprensivo dei controlli in reparto pre-intervento, della fase operatoria e del controllo al rientro in reparto, utilizzando codici colore per identificare in maniera univoca gli items di competenza di ciascun professionista per definire in modo più semplice e a colpo d'occhio chi fa che cosa e quando; elaborazione della nuova SUT in formato A3, stampa fronte-retro a colori, versione penta giornaliera con orari di somministrazione diversificati per la terapia orale e parenterale in base all'organizzazione del reparto e versione giornaliera; indagine di prevalenza ed a campione su 110 cc nel periodo settembre-ottobre 2018 post introduzione dei nuovi modelli.

Risultati: L'analisi dei dati ha evidenziato un sensibile miglioramento della chiarezza delle prescrizioni sia relativamente al nome del farmaco che alla posologia e modalità di somministrazione nella nuova SUT rispetto al vecchio modello, mentre restano aree di miglioramento per quanto riguarda la completezza della compilazione dell'anagrafica e la tracciabilità della somministrazione. Per quanto riguarda la nuova Checklist di sala operatoria si è registrato un netto miglioramento completezza delle anagrafiche, miglioramento della compilazione a cura del reparto prima dell'invio in SO, raggiungimento del 100% del controllo delle attrezzature prima dell'intervento, Sign In, Time Out e Sign Out compilati nel 100% delle Checklist; corretta compilazione della parte riguardante il conteggio garze; miglioramento della compilazione del controllo post-intervento a cura del reparto.

L'analisi dei risultati ha mostrato sensibili miglioramenti nella qualità, completezza e correttezza della compilazione. Inoltre è emersa la necessità di alcune integrazioni come l'aggiunta del campo "note" nella

SUT mentre nella checklist l'inserimento di alcuni campi "NA" (non applicabile) e di un campo di testo per riportare il tipo di allergia senza rimandare alla cartella clinica del paziente.

Tenere alta l'attenzione del personale sanitario nelle attività di routine è essenziale per evitare che le stesse siano date per scontate e possano portare a rischi per la sicurezza del paziente; risultano utili gli strumenti di semplificazione del lavoro che rendono facile fare le cose giuste nonché garantire momenti di formazione continua al personale con periodiche verifiche sul campo.

Abstract 107

STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DA GERMI MDR: OUTCOME DELL'APPROCCIO MULTI-DISCIPLINARE

Oral

[D'Avino A.*^{\[1\]}](#), [Mastromatteo A.M.^{\[1\]}](#), [Grande D.^{\[1\]}](#), [De Pità O.^{\[1\]}](#), [Cerrone A.^{\[1\]}](#), [Miraglia B.A.^{\[1\]}](#), [Nasi G.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]*Ospedale Cristo Re-Gruppo Giomi Roma ~ Roma ~ Italy*

Introduzione: Le infezioni correlate all'assistenza (ICA), rappresentano una sfida cruciale nella gestione del Risk Management ed impone l'introduzione di protocolli e misure di sicurezza specifici.

Materiali e metodi: Presso l'Ospedale Cristo Re di Roma, è stato introdotto a Marzo 2018 un sistema di Alert microbiologico per i germi definiti sentinella (Tabella 1). All'atto dell'isolamento il laboratorio analisi procede a: dare comunicazione per via telefonica e mail secondo le modalità descritte in tabella 1. Ricevuta la comunicazione, l'infettivologo, entro 24 ore: verifica l'appropriatezza della terapia antimicrobica empirica, imposta la mirata ad antibiogramma refertato e supervisiona col coordinatore infermieristico l'osservanza delle procedure di isolamento. Unitamente al sistema di Alert, in aree critiche vengono effettuati tamponi di sorveglianza nasale, faringeo e rettale all'ingresso a tutti i pazienti per MRSA, Pseudomonas MDR e KPC.

Risultati: Nel periodo di osservazione (marzo 2018-marzo2019) sono stati segnalati 312 germi alert (240 responsabili di infezioni, e 72 colonizzazioni da tamponi rettale o faringeo); sono state effettuate di conseguenza 536 consulenze infettivologiche. Le infezioni da MDR sono state isolate nel 2.8% dei ricoveri per acuti in un anno ed il germe maggiormente presente è l'MRSA (7.17 pz ogni 1000). Dai dati preliminari (Tabella 2) notiamo che nel corso dei mesi, sebbene la prevalenza totale di isolamenti aumenti costantemente (2.28 infezioni/100pz a marzo 2018 a 3.86/100 pz di marzo 2019) si è ridotta la prevalenza delle infezioni da KPC (6.09/1000 pz a marzo 2018 vs 3.09) e pseudomonas MDR (9/1000 pz vs 6.17). Abbiamo inoltre confrontato il consumo grezzo di antibiotici degli anni 2017 e 2018 per valutare l'impatto del modello sulla spesa farmaceutica: Abbiamo osservato nel 2018 una riduzione dell'utilizzo di: piperacillina/tazobactam (da 64 a 51 fl/100 ricoveri), colimicina (76 vs 67 fl/100 ricoveri), fluorochinoloni (31.1-27.3 fl/100 ric) e glicopeptidi (124-7.2 fl/100 ric). I dati evidenziano che solo l'approccio combinato sorveglianza multidisciplinare+alert+antimicrobial stewardship porta ad una riduzione effettiva della prevalenza di G-MDR; i patogeni sottoposti alla sola segnalazione alert in assenza dello screening non si modificano. Inoltre si conferma che l'Antimicrobial stewardship porta ad una riduzione della durata delle terapie empiriche ed una conseguente riduzione del consumo di molecole ad ampio spettro.

Tabella 1. Flow chart del protocollo e descrizione dell'approccio multi-disciplinare

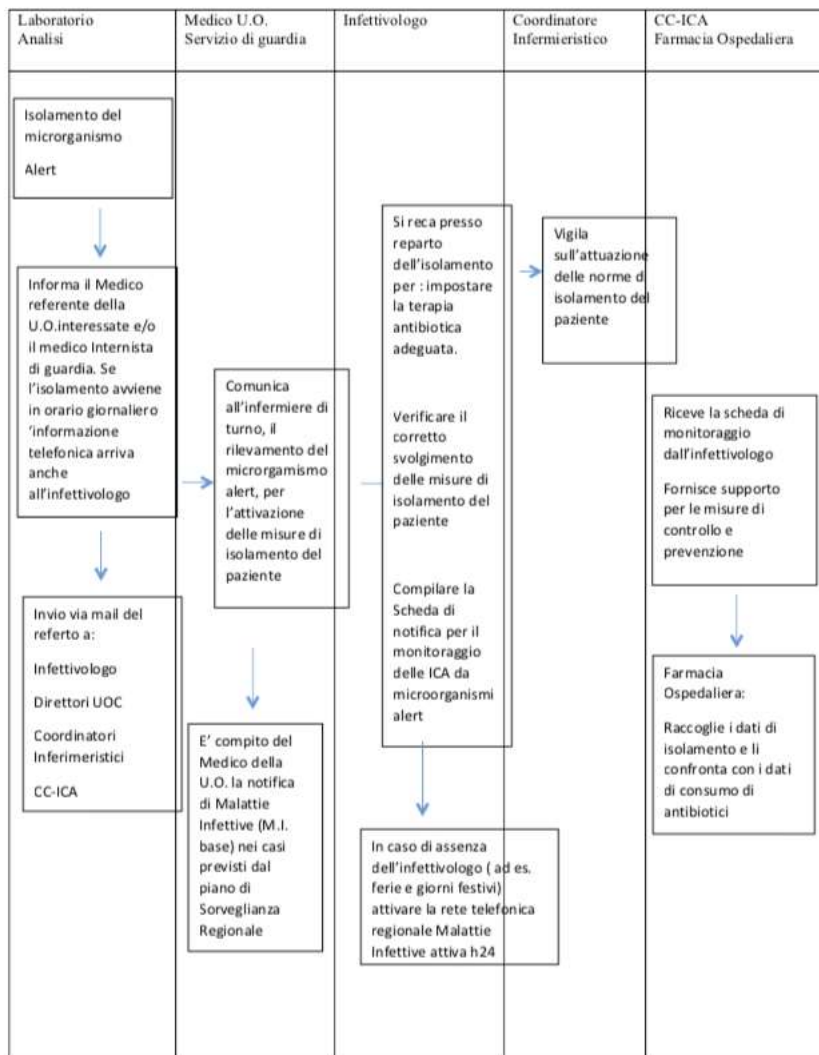
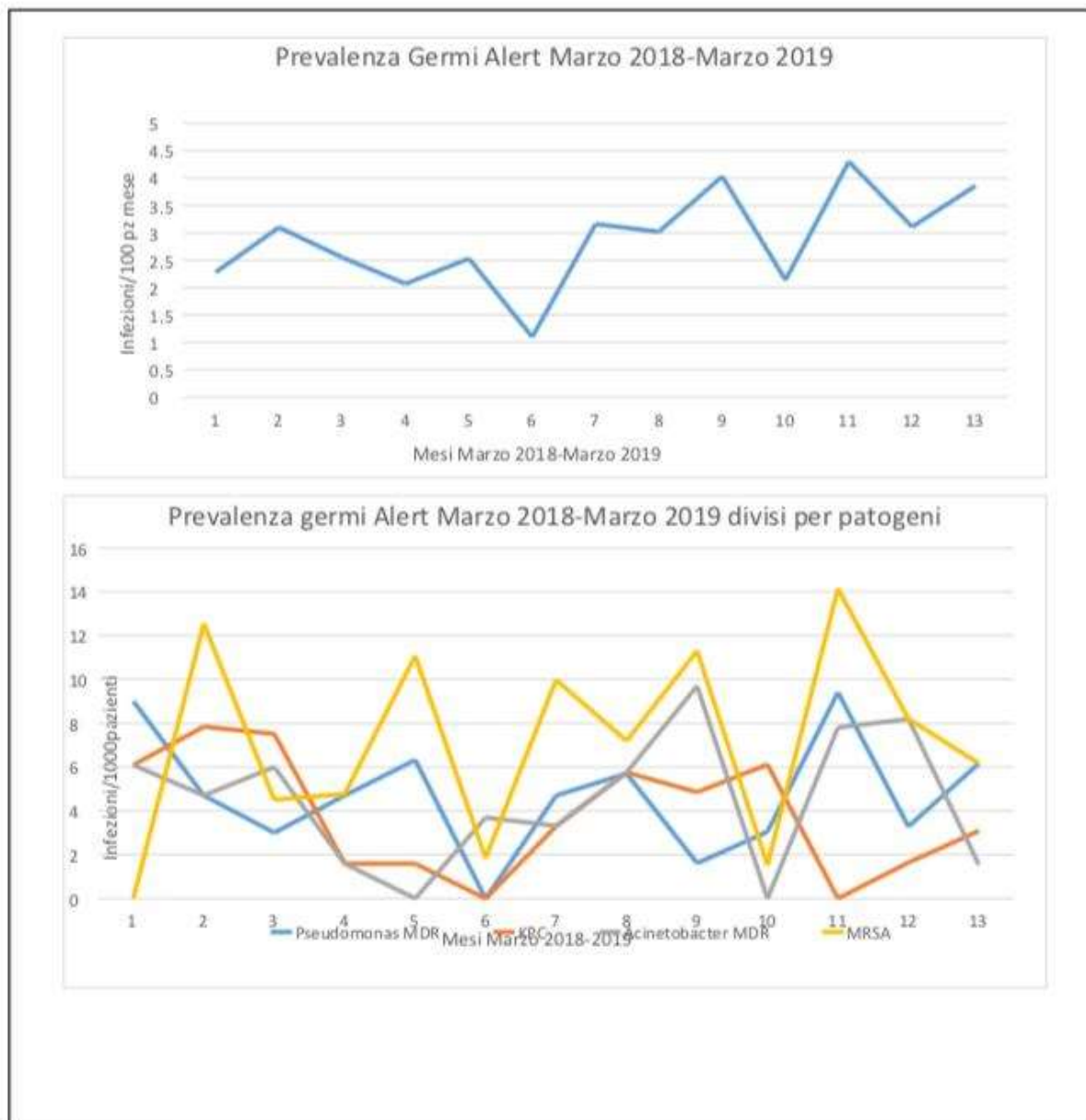


Tabella 2: Risultati



Abstract 108

QUALITÀ E TECNOLOGIA SECONDO IL PROTOCOLLO ERAS IN CHIRURGIA COLON-RETTALE: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE CRISTO RE

Oral

[Nasi G.*^{\[1\]}](#), [Crucitti A.^{\[1\]}](#), [Mazzari A.^{\[1\]}](#), [Dionisi P.^{\[1\]}](#), [Diamanti P.^{\[1\]}](#), [Donini L.M.^{\[2\]}](#), [Distefano F.A.^{\[1\]}](#), [Miraglia B.A.^{\[1\]}](#), [Sponzilli A.^{\[1\]}](#), [Mastromatteo A.M.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]Ospedale Cristo Re Gruppo GIOMI ~ Roma ~ Italy, ^[2]Università degli Studi La sapienza ~ Roma ~ Italy

Introduzione: Il protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) rappresenta una tra le più importanti innovazioni degli ultimi anni nell'ambito della gestione peri-operatoria del paziente chirurgico.

Il protocollo prevede un approccio multidisciplinare, attraverso l'applicazione di diversi item, in fase pre, intra e post-operatoria. La valutazione nutrizionale e fisiologica, la modifica dell'apporto calorico pre e postoperatorio, un approccio anestesilogico multimodale, l'utilizzo di tecniche chirurgiche mininvasive, sono alcuni degli aspetti più importanti del protocollo. L'obiettivo principale è quello di ridurre lo stress infiammatorio perioperatorio, favorendo il rapido recupero del paziente operato. È ampiamente dimostrato in letteratura che l'applicazione del protocollo ERAS, in diverse branche chirurgiche, compresa la chirurgia generale, ha avuto un impatto favorevole sulla morbilità post-operatoria e sulla riduzione della degenza post-operatoria nonché sul controllo dei costi.

Materiali e metodi: Tutti i pazienti sottoposti a resezione, laparoscopica e non, per patologia maligna coloretale, nel periodo compreso tra il 1/1/17 e il 31/12/18 sono stati selezionati per l'applicazione del protocollo ERAS (gruppo A). I dati demografici, clinici, pre, intra e post-operatori sono stati prelevati da un database dedicato, analizzando retrospettivamente i risultati a breve termine. Tali dati sono stati confrontati con quelli di pazienti, anch'essi sottoposti a chirurgia coloretale laparoscopica ed open, relativi al biennio precedente (2015-16), nei quali però non era stato applicato il protocollo ERAS (gruppo B).

Risultati: Sono stati esaminati 77 pazienti (M 39 50.6% -F 38 49.4%, età media 67,2 range 28-89 anni) nei quali è stato applicato il protocollo ERAS (gruppo A) e 91 pazienti (M 53 58% - F 38 42% età media 68,6 range 36-87) non sottoposti a protocollo ERAS (gruppo B). Tutti gli interventi chirurgici sono stati eseguiti con tecnica anestesilogica multimodale (89% peridurale, 6 % tap block 1,2% infusione lidocaina). Nel gruppo A 71 pazienti (92,2%) sono stati sottoposti a chirurgia resettiva per via laparoscopica; la morbilità post-operatoria è stata del 16,8% (13 pz); nessun caso di mortalità nel periodo perioperatorio.

Nei pazienti non sottoposti a protocollo ERAS, la percentuale di chirurgia mininvasiva è stata dell'87%, la morbilità globale del 19,7% (18 pz) e la mortalità post-operatoria del 2% (2 pz) Le complicanze chirurgiche specifiche si sono verificate in 5 casi (6,4%) nel gruppo ERAS ed in 8 pz (8,7%) nel gruppo non-ERAS, con un tasso di deiscenza anastomotica rispettivamente nel gruppo A di 5,7% e nel gruppo B di 6,9%.

La degenza media post-operatoria è stata inferiore (7,3 gg) nel gruppo A rispetto ai pazienti del gruppo B

(11,6 gg); un controllo del dolore con analgesici per os si è ottenuto in media alla 3 giornata po.

In un solo paziente sottoposto a protocollo ERAS[®] abbiamo osservato un rientro a 30 giorni dopo la dimissione.

La nostra esperienza conferma, così come in letteratura, che l'utilizzo di tecniche chirurgiche ed anesthesiologiche innovative, una migliore gestione del dolore e dell'assetto nutrizionale del paziente attraverso il rispetto degli item del protocollo ERAS in chirurgia colo-rettale, consente di ottenere una significativa riduzione della degenza post-operatoria con migliori risultati in termini di morbilità e mortalità. Il protocollo in quanto standardizzato può essere applicato a diverse specialità chirurgiche in specifici PDTA.

Abstract 110

PIANO GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO E CARENZA POSTI DEGENZA IN AOU NOVARA: RISULTATI E AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Oral

Capponi A.^[1], [Leigheb F.*](#)^[1], Bergamasco P.^[1], Farrauto G.^[1], Tacchini M.^[1], Shahi E.^[1], Caimmi P.^[1], Avanzi G.C.^[1], Castello L.^[1], Airoidi A.R.^[1], Della Corte F.^[1], Capuzzi F.^[1], Martinoli P.^[1], Torgano C.^[1], Sacco R.^[1], Minola M.^[1]

Keywords:

^[1]A.O.U. Maggiore della Carità ~ Novara ~ Italy

Introduzione: Il Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento (PGS) coinvolge attivamente il PS e le Unità Operative di degenza ed è condotto annualmente (dal 2016-2017), nel rispetto della normativa regionale, per gestire con strategie e strumenti adeguati il periodo temporale dell'epidemia stagionale influenzale, con obiettivi specifici di miglioramento degli outcome su: tempi di attesa in PS, tempi al ricovero, degenza media, ricoveri ripetuti e su rilevanti aspetti gestionali-assistenziali dei pazienti.

Materiali e metodi: Un gruppo di lavoro multidisciplinare, costituito da figure professionali di Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri, Direzione Professioni Sanitarie, dal Bed Manager e dai Responsabili e Coordinatori del DEA, ha favorito l'applicazione di un modello organizzativo-gestionale per garantire sviluppo e/o implementazione di azioni organizzative coordinate e integrate tra settori aziendali: risposta pro-attiva PS, vaccinazione operatori, bed-management, Personale DiPSa, Continuità Assistenziale, trasporti secondari. Attraverso indicatori proxy di esito clinico, è stata condotta un'analisi di confronto dei dati riguardanti tre periodi PGS (2016-2017, 2017-2018, 2018-2019, da applicativi PS e ADT ricoveri). E' stata effettuata una valutazione osservazionale degli scostamenti nei tre PGS (15 Novembre - 15 Marzo) e proposte azioni di miglioramento dei processi gestionali.

Risultati: N° passaggi e tempi attesa medi triage-visita e visita-dimissioni PS per codice colore: incremento rossi (432 vs 585 vs 651) e gialli (4922 vs 5541 vs 5719) e decremento verdi (10176 vs 10032 vs 9533) e bianchi (844 vs 455 vs 564); n° ricoverati dopo PS (cfr. fra due anni: +22 codici rossi, +85 gialli, -61 verdi); n° vaccinazioni antinfluenzali (cfr. fra 2 anni: 298 vs 459); n° pazienti in isolamento da MDR (120 vs 70 vs 140); n° IMA ricovero urgenza (157 vs 175 vs 147) e chiusura rete STEMI; degenza media ≥7gg (cfr. fra 2 anni: +60 casi, media +0,1, DS -0,4, +1036gg degenza); degenza media ≥7gg in ultra 90enni (cfr. fra 2 anni: +10 casi, media -2,6, DS -1,3, -8gg degenza); ricovero ultra90enni (324 vs 382 vs 394); n° ricoveri ripetuti a 8 gg (354 vs 382 vs 266); analisi appoggi: da PS maggiore richiesta ricoveri h. 9-21 (picco massimo h. 12-19); analisi ora dimissioni: maggiore offerta h. 11-16 (picco: h. 11, massimo h.16). Pianificazione azioni miglioramento PGS 2019-2020: accordo ASL-NO per trasferimento CAVS pazienti infetti e/o con terapie H; estensione convenzioni ambulanze; reparto «polmone» (posti letto predefiniti e assegnati nei reparti); implementazioni tecniche su applicativi di PS e ADT ricoveri (es. gestione ricovero nel singolo posto letto, con mappatura isolamenti).



Abstract 112

STRATEGIE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA: L'ESPERIENZA DELL'ASL TO3

Oral

[Minniti D.](#)^[1], [Lovato E.](#)^[1], [Gatti P.](#)^[1], [Guarino A.M.](#)^[1], [Alesina M.](#)^[1], [Thomas R.](#)^[1], [D'Ambrosio A.](#)^[1], [Rebora M.](#)^[1], [Boraso F.](#)^[1]

Keywords:

^[1]ASL TO3 ~ TORINO ~ Italy

Introduzione: Il governo dei tempi di attesa (TdA) prevede azioni complesse, fondate sulla promozione dell'appropriatezza in tutte le sue dimensioni, misurate ed adattate alle realtà locali con necessità di monitoraggio ed adeguamento continuo.

Materiali e metodi: Tale lavoro riassume la metodologia applicata dall'ASL TO3, dal 2017 ad oggi, in ottemperanza alle disposizioni in materia, per l'abbattimento dei TdA. Obiettivo primario è l'erogazione di prestazioni in tempi appropriati rispetto alla necessità di cura, ottimizzazione e corretta distribuzione delle risorse sulla base del fabbisogno, a garanzia di equità di accesso ai servizi in tutta l'azienda. Conseguenze dirette sono la riduzione della mobilità passiva, la valorizzazione dei servizi offerti e la standardizzazione dei comportamenti adottati. Le strategie intraprese comprendono:

- azioni rivolte all'appropriatezza prescrittiva (tipologia di accesso, corretto utilizzo della classe di priorità, applicazione del modello RAO, pertinenza al quesito diagnostico) ed erogativa, (arruolamento nei PDTA, percorsi dedicati), in un'ottica di presa in carico globale del paziente
- azioni rivolte all'offerta (incremento prestazioni)
- azioni di carattere clinico/organizzativo (riorganizzazione di servizi, attrezzature, orari)
- azioni di carattere informatico/analitico finalizzate alla calibrazione del fabbisogno (rilevazione rifiuto del posto in garanzia, rilevazione di ripetizioni, creazione di sistemi automatici di flessibilità delle agende)

Risultati: L'analisi dei TdA delle prestazioni oggetto di monitoraggio dell'ASL TO3 ha mostrato nel 2018 una complessiva riduzione rispetto al 2017. Parallelamente si è registrato l'aumento del n° di prestazioni erogate entro lo standard (35,8% a gennaio 2018 vs 61,9% a gennaio 2019). Tale dato è ancora più significativo se "filtrato" delle prescrizioni in classe "P" ovvero senza classe di priorità, a dimostrazione dell'importanza delle azioni sull'appropriatezza. Confrontando i dati 2017-2018, i risultati più eclatanti riguardano le visite oculistiche (-26,9 gg di attesa media), le visite cardiologiche (-28,1 gg), le visite neurologica (-14,3 gg), l'esame del Fundus Oculi (-20,4 gg) e l'ecocolordoppler (-17,6 gg). I dati del primo trimestre del 2019 confermano e consolidano il trend positivo dell'anno 2018, nello specifico il 69% delle prestazioni oggetto di monitoraggio sono erogate nei tempi attesi, tale dato aumenta ulteriormente (76,2%) se vengono prese in considerazione esclusivamente le prestazioni di "primo accesso".

Tali risultati si sono ottenuti mantenendo fermo un principio di equità ed eticità per i pazienti (laddove disponibili prestazioni aggiuntive, le stesse sono state prioritariamente proposte alle persone già in lista

d'attesa, anticipandone la prestazione)

L'analisi condotta sulle prestazioni inappropriate, come rilevato con specifica procedura aziendale, evidenzia il ruolo dell'appropriatezza prescrittiva nella determinazione del TdA pertanto si prevede per il futuro di focalizzare l'attenzione su tale ambito.

I risultati raggiunti mostrano l'efficacia delle strategie di governo dei TdA messe in atto; al contempo risulta evidente che tali azioni devono coniugare domanda ed offerta con azioni specifiche di governance della domanda, tenendo in considerazione il criterio di appropriatezza.

Il governo dei TdA richiede inoltre un monitoraggio e un aggiornamento capillare e costante, per il continuo miglioramento e mantenimento dei risultati.

Abstract 113

LA TELEMEDICINA NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE IN DAY SURGERY: UN ESEMPIO DI INNOVAZIONE TECNOLOGICA AL SERVIZIO DI UNA CHIRURGIA INNOVATIVA

Oral

Guercio S.^[1], Minniti D.^[1], Presutti M.^[1], Morelli P.^[1], Bellina M.^[1], Parigi O.^[1], Giacometti M.^[1], Passi S.*^[1], Boraso F.^[1]

Keywords:

^[1]ASL TO3 ~ TORINO ~ Italy

Introduzione: La Prostatectomia Radicale per carcinoma della prostata può oggi essere condotta in casi selezionati con tecnica open “mini-invasiva” il che rappresenta una notevole evoluzione rispetto all’intervento classico e le conferisce un’importante ruolo tra le varie alternative terapeutiche nel cancro di prostata oggi disponibili (laparoscopica robotizzata).

Materiali e metodi: L’esclusività della Prostatectomia Radicale mini-invasiva si basa su:

- una “mini-incisione cutanea”
- il risparmio di alcune strutture anatomiche importanti per la ripresa della continenza
- l’impiego di un “bisturi” ad acqua per lo scollamento atraumatico dei tessuti.
- una chirurgia fasciale (denominata FAST: Fascial Anastomosis Suspension Technique) che può consentire la ripresa della continenza urinaria già alla rimozione del catetere.
- un intervento condotto in anestesia locale (spinale) che permette la precoce alimentazione la sera del giorno dell’intervento la deambulazione e la dimissione in prima giornata post-operatoria.

Risultati: La prostatectomia radicale in day surgery è una tecnica consolidata presso l’Ospedale di Rivoli da più di un anno, consente tempi di degenza molto ridotti e un’efficacia clinica paragonabile agli interventi in laparoscopia o robotizzati, garantendo pertanto elevati livelli di efficienza e sicurezza nelle cure.

Inoltre da alcuni mesi la dimissione precoce oggi si può avvalere anche di un sistema tecnologicamente avanzato di telemedicina (sistema eViSuS) che è in grado di esaltare l’interazione tra Ospedale (Urologi-Infermieri) e il Territorio (A.D.I. Assistenza Domiciliare Integrata) grazie ad una stazione remota collocata nella casa del paziente in grado di dialogare con una consolle situata in Ospedale nel Reparto di Urologia.

Si tratta di una videochiamata ad altissima definizione che permette di inquadrare nei minimi particolari le aree di interesse medico: dalla ferita chirurgica al tracciato ECG all’aspetto clinico e alla performance generale del paziente. È la prima volta che il sistema eViSuS viene utilizzato nel monitoraggio domiciliare di un paziente sottoposto a intervento chirurgico e dimesso precocemente.

Grazie all’innovazione apportata da questa nuova tecnologia Sanitaria il monitoraggio a domicilio di un paziente chirurgico diviene più agevole e riproducibile con gli enormi vantaggi conseguenti: impatto psicologico positivo minor rischio di infezioni ospedaliere minori costi.



Abstract 118

EVOLUZIONE DELLE STRATEGIE ORGANIZZATIVE DI SUPPORTO ISTITUZIONALE ALLA RICERCA CLINICA: 10 ANNI DI ESPERIENZA PRESSO AOU DI NOVARA.

Oral

[Caimmi P.*^{\[1\]}](#), [Stratica F.^{\[1\]}](#), [Sacco R.^{\[1\]}](#), [Capponi A.^{\[1\]}](#), [Minola M.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]*Direzione Sanitaria AOU Novara ~ Novara ~ Italy*

Introduzione: La continua evoluzione dei requisiti normativi e istituzionali possono mettere in serie difficoltà il ricercatore in particolare nella gestione dei costi e del rischio clinico delle sperimentazioni cliniche. Sebbene la necessità di un supporto istituzionale all'attività dei ricercatori sia oramai riconosciuto rimangono controversie su quale forma questo supporto dovrebbe assumere. Infatti, non raramente, la centralizzazione di servizi per la ricerca può essere vista negativamente dagli sperimentatori che preferiscono mantenere processi autonomi. Allo stesso tempo, una proliferazione di approcci individualizzati in una grande istituzione ospedaliero-universitaria può creare inefficienze e problemi di sicurezza degli studi. Questo report descrive l'esperienza di 10 anni di attività di supporto istituzionale alla ricerca attuato dalla Direzione Sanitaria della AOU di Novara con particolare focus sul cambiamento culturale e organizzativo.

Materiali e metodi: La creazione di un servizio aziendale di supporto alla ricerca avvenne gradualmente a partire dal 2009 dopo che la AOU si era aggiudicata un grant regionale per la ricerca sanitaria finalizzata. I cambiamenti organizzativi includevano attività di formazione alla ricerca, incontri di avvio studi con gli sperimentatori e i promotori, nuove strutture di reporting (repository digitali, portale CEI), e infine di controllo e gestione documentale, normativa e contrattuale che la AOU ha progressivamente concentrato in una struttura dedicata: il clinical trial center (CTC) aziendale. In particolare CTC, come struttura di garanzia aziendale, verifica la congruità e liceità dei costi di ricerca a carico del SSR e/o degli sponsor/promotori (Università compresa). Gli autori hanno analizzato i risultati secondo tre modalità di cambiamento: culturale, organizzativo e resistenza al cambiamento.

Risultati: Cambiamento culturale: ha riguardato il rebranding dell'ufficio di sostegno alla ricerca clinica (CTC). Le principali azioni hanno incluso il portare competenze informatiche per rafforzare il supporto per applicazioni software di ricerca clinica e reporting, sharing tecnico e amministrativo tra i reparti mediante l'inserimento di personale addestrato a gestire le registrazioni documentali (ClinicalTrials.gov, Portale CEI, AIFA e reportistica, ecc). CTC ha fornito accesso a strumenti di navigazione, strumenti e formazione per gli oltre 478 medici dell'azienda, coordinatori di ricerca clinica e altro personale di supporto alla ricerca in tutta l'istituzione.

Cambiamento organizzativo: alcuni supporti di ricerca sono rimasti all'interno delle singole unità di ricerca clinica: i data manager dedicati. Questi sono in rete con CTC condividendo tutti i servizi centralizzati. A

fronte di un iniziale aumento di costi a copertura delle suddette attività di supporto, una volta raggiunta la stabilizzazione della crescita di performance nell' apertura di studi e di arruolamenti, i costi relativi all'attività del CTC sono stati ampiamente assorbiti dall' incremento dei ricavi delle attività sperimentali .

Resistenza al cambiamento: Il concetto di "supporto centrale" ha generato in alcuni gruppi di sperimentatori la "percezione" che questi sistemi siano pesanti e inflessibili, costituiti da politiche top-down e altamente burocratizzate.

Abstract 119

CENTRALE DI CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO PRESSO L'OSPEDALE "S. MARIA GORETTI", ASL LATINA: MODELLO ORGANIZZATIVO E PRIMI RISULTATI.

Oral

[Bagnato B.*^{\[1\]}](#), [Biaggi R.^{\[1\]}](#), [Stoppa A.^{\[1\]}](#), [Marinucci S.^{\[1\]}](#), [Onorati A.^{\[1\]}](#), [Corradini G.^{\[1\]}](#), [Coluzzi T.^{\[1\]}](#), [Melfi V.^{\[1\]}](#), [Pedrazzi P.^{\[1\]}](#), [Parrocchia S.^{\[1\]}](#), [Visconti G.^{\[1\]}](#), [Casati G.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1] *ASL Latina ~ Latina ~ Italy*

Introduzione: La ASL di Latina, con il progetto di attivazione della Centrale di Continuità Assistenziale (CCA), ha inteso realizzare un network di integrazione e coordinamento assistenziale orientato a favorire la presa in carico globale dei pazienti. La Centrale di Continuità Ospedale-Territorio (CCOT) è il primo dei servizi attivati dal 2018: collocata presso il DEA II Ospedale S.M.Goretti di Latina, con il coordinamento anche per gli altri 3 presidi ospedalieri aziendali, è dedicata alla valutazione e facilitazione del passaggio dalla dimissione ospedaliera al setting socio-assistenziale extraospedaliero più appropriato. Inoltre è uno degli strumenti qualificanti del Piano di gestione dei ricoveri da PS/sovraffollamento.

Materiali e metodi: Gli infermieri case manager CCOT garantiscono: valutazione dei bisogni sociosanitari; agevolazione del percorso assistenziale; supporto al personale di assistenza; attivazione e partecipazione all'Unità Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO); rendicontazione periodica. Il percorso prevede: 1) attivazione da reparti di degenza e PS tramite scheda Rad-Sica e Triage Sociale 2) individuazione precoce e avvio dei contatti per il percorso extraospedaliero.

Risultati: La CCOT nel primo anno di attività ha mostrato un rapido incremento delle segnalazioni, effettuate nel 50% dei casi entro 48 ore dal ricovero. Ha ottenuto globalmente il trasferimento del 31,2% dei pazienti, di cui il 18% entro 48 ore dalla segnalazione.

Anno 2018	Segnalazioni			Trasferimenti a setting extraospedalieri					Tempistica trasferimenti (dopo segn.ne)	
	N°	%entro 48h	%entro 96h	Hospice	RSA	Riab (c.75-56)	Lungodeg	Osp.Comunità /Casa Salute	0-48h	48-96h
1° trimestre	121	28%	11,6%	7,4%	3,3%	28%	2,5%	5,8%	23%	9%
2° trimestre	262	34%	13%	4,5%	2,3%	3,9%	0,7%	0%	28,6%	8,7%
3° trimestre	292	38,7%	22%	8,6%	2,4%	3,2%	1,4%	2,4%	28,4%	11%
4° trimestre	782	63,2%	13,2%	3,6%	1,2%	12,1%	0,5%	0,4%	9%	4%
Totale	1457	730	212	74	26	326	13	17	1001	87
Proporzione	100%	50,1%	14,6%	5%	1,8%	22,4%	0,9%	1,1%	18%	6%

Abstract 122

IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA NELLA VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE: GOVERNANCE DEL PERCORSO CHIRURGICO A GESTIONE INFERMIERISTICA

Oral

[Salemi M.*^{\[1\]}](#), [Antolini L.^{\[1\]}](#), [Benazzi F.^{\[1\]}](#), [Cadamuro Morgante M.^{\[1\]}](#), [Spampinato F.^{\[1\]}](#), [Valerio S.^{\[1\]}](#), [Polesello S.^{\[1\]}](#), [Sparviero A.^{\[1\]}](#), [De Toffoli B.^{\[1\]}](#)

Keywords:

^[1]*Ospedale Ulss2 Marca Trevigiana ~ CONEGLIANO ~ Italy*

Introduzione: La sfida è stata quella di valorizzare le competenze manageriali del personale delle professioni sanitarie, in particolare impegnato nella governance del percorso chirurgico del paziente:

- implementare nuovi modelli organizzativi;
- ottimizzare la gestione del percorso;
- monitorare gli indicatori di performance e di esito;

* governare il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici e non; Il progetto ha interessato le D.M.P.O. di due P.O. (CN e VV) iniziato nel 2017 ad oggi, ha visto l'implementazione di un progetto di centralizzazione e governo dell'intero percorso chirurgico attraverso la creazione di una cabina di regia a gestione infermieristica all'interno della DMO.

Materiali e metodi: È stato attivato un team infermieristico, composto da 3 infermieri con l'obiettivo di governare tutte le fasi del processo chirurgico del paziente. Il team ha:

- analizzato le criticità maggiori dell'intero percorso andando a individuare le aree sulle quali intervenire per migliorare gli indicatori;
- coordinato un gruppo infermieristico dedicato per tutte le attività del preoperatorio (appropriatezza dei setting assistenziali, corretto inserimento amministrativo, aspetti legati alla L.P.A., ecc.);
- uniformato la documentazione clinica;
- redatto un regolamento unico per l'attività pre-operatoria;
- attivato un unico sistema di alert per il rispetto dei tempi d'attesa;
- creato uno strumento informatico per l'analisi dei tempi all'interno del blocco operatorio;
- controllato le codifiche, intervenendo sugli errori;
- attivato un monitoraggio real time dei principali indicatori individuati di performance (PNE, Bersaglio, Budget);

Ognuna delle 3 figure infermieristiche ha svolto un vero ruolo di "management" in autonomia.

Risultati: ☑ Rispetto tempo di attesa interventi chirurgici oncologici al 100%;

☑ Rispetto tempo di attesa interventi chirurgici non oncologici al 100%;

☑ Rispetto normativa vigente in merito a presa in carico del paziente sia del S.S.N. che in L.P. al 100%;

☑ Riorganizzazione percorsi pazienti, accertamenti clinici, riorganizzazione turni del personale;

☑ Implementazione di un protocollo unico dedicato;

-
- ☒ Riorganizzazione programmazione delle liste operatorie;
 - ☒ Ottimizzazione del percorso paziente dentro il blocco operatorio e dai reparti di degenza;
 - ☒ Ottimizzazione dei tempi di sala operatoria
 - ☒ Miglioramento degli indicatori di performance

Punti di forza: Il modello organizzativo del team infermieristico all'interno della DMO, con funzioni di management ha portato da un lato migliori risultati in termini di efficienza, di indicatori di performance e di esito, di gestione complessiva del percorso, dall'altro ha dato la possibilità di sviluppare nuove competenze manageriali specifiche nel personale infermieristico, delineando nuovi ruoli professionali per queste figure infermieristiche sempre più specializzate sul campo e dedicate ad attività di governance fino ad oggi ad appannaggio esclusivo di figure dirigenziali mediche. Tale progetto inoltre è stato oggetto di tesi di master in management per le funzioni di coordinamento per 2 dei 3 infermieri. Nella riorganizzazione aziendale in seguito al varo delle nuove schede ospedaliere regionali saranno previsti due nuovi ruoli di coordinamento per le attività di cui sopra.

Punti di debolezza: Diffidenza iniziale da parte del personale medico ed infermieristico nel riconoscere il ruolo e le funzioni dei 3 infermieri; mancanza di strumenti informatici adeguati al nuovo lavoro.

Abstract 124

L'ARTE APPLICATA ALLA PREVENZIONE: L'AO ORDINE MAURIZIANO E LA SETTIMANA DELL'IGIENE DELLE MANI

Oral

[Vigna I.](#)^[2], [Azzolina M.C.](#)^[3], [Clemente S.](#)^[5], [Mitola B.](#)^[2], [Fiumanò G.](#)^[1], [Bagnato S.](#)^[1], [Do Nascimento A.](#)^[1], [Dall'Acqua M.G.](#)^[4]

Keywords:

^[1]A.O. Ordine Mauriziano ~ Torino ~ Italy, ^[2]Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio - A.O. Ordine Mauriziano ~ Torino ~ Italy, ^[3]Direttore Sanitario A.O. Ordine Mauriziano ~ Torino ~ Italy, ^[4]Direttore Generale A.O. Ordine Mauriziano ~ Torino ~ Italy, ^[5]Medico in Formazione Specialistica Univ. degli Studi di Torino - Direzione Medica di Presidio A.O. Ordine Mauriziano ~ Torino ~ Italy

Introduzione: I dati dell'ECDC riportano, a livello italiano, una prevalenza dell'8% di infezioni correlate all'assistenza (ICA) negli ospedali per acuti. È dimostrata la rilevanza della trasmissione indiretta dei patogeni tramite le mani contaminate; al fine di sensibilizzare la popolazione e gli operatori sanitari all'adozione di una semplice quanto efficace misura comportamentale, nel 2002 l'OMS ha istituito per il 5 maggio di ogni anno la "Giornata Mondiale dell'igiene delle mani".

Nel corso degli anni l'AO Ordine Mauriziano si è impegnata utilizzando differenti strategie per favorire una maggiore coscienza del problema e l'implementazione di azioni volte alla prevenzione delle ICA e al controllo del fenomeno dell'antibiotico-resistenza, in particolare, nel 2011 sono state prodotte, in collaborazione con le Associazioni di Volontariato ospedaliero, brochure informative per i pazienti sulle principali patologie infettive associate all'assistenza (il progetto ha conseguito una menzione speciale al premio Alesini), nel 2016 è stato indetto un concorso di pittura per i figli dei dipendenti e nel 2017 è stata organizzata una staffetta all'interno dell'Ospedale.

Materiali e metodi: Quest'anno la Direzione Sanitaria ha deciso di estendere a una settimana le iniziative e sperimentare nuove forme di sensibilizzazione, servendosi dell'arte come strumento di promozione della salute, anche in un'ottica di umanizzazione dei luoghi di cura e benessere lavorativo dei dipendenti, oltre ai classici eventi di informazione e formazione tra cui un corso sulle ICA.

Fin da ottobre 2018 è stato creato un comitato ad hoc per la valutazione preliminare dell'idea, chiamando in causa operatori dell'azienda con capacità artistiche e affidando a ciascuno il coordinamento di un'area creativa; successivamente è stato diffuso un invito finalizzato al coinvolgimento di tutta la comunità (dipendenti, associazioni di volontari e pazienti) e alla mappatura della disponibilità a collaborare all'iniziativa e a condividere abilità di tipo poetico, teatrale, pittorico, fotografico e musicale.

I dipendenti che hanno mostrato interesse sono stati convocati a una riunione d'illustrazione del progetto, discutendo del tema e delle forme di rappresentazione per rendere più centrale il messaggio. Alcuni infermieri hanno organizzato a marzo una giornata di riflessione della Comunità Mauriziana sul tema: "Cultura, Arte, Teatro, Partecipazione, Benessere e Salute", in cui sono state esposte simili esperienze positive svolte in altri contesti. Si è deciso di organizzare gli eventi dal 6 al 10 maggio, aprendo la settimana

con una “staffetta” nel perimetro esterno della struttura, con il passaggio del gel antisettico tra dipendenti, pazienti e passanti per far conoscere/ricordare la corretta procedura di frizione delle mani. Nel corridoio centrale dell’Ospedale è stata allestita una mostra di quadri, fotografie e poesie sul tema “Mani”, in diversi momenti e reparti sono state effettuate letture teatralizzate accompagnate da musica e canti, flash mob, una festa di comunità con il coinvolgimento di alcune scuole elementari e un evento conclusivo con la partecipazione di tutti gli attori coinvolti e la dirigenza dell’Azienda.

Risultati: Gli eventi hanno visto una grande partecipazione e si sono ottenuti molti commenti positivi da parte dei visitatori; ci si auspica che al successo riscosso corrisponda un’altrettanta attenzione nella pratica quotidiana e una riduzione delle infezioni nosocomiali.



Table of Contents

Abstract 3 IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE INTRAOSPEDALIERA DELL'ICTUS IN PROVINCIA DI PAVIA	1
Abstract 5 UN TEAM MULTIDISCIPLINARE PER LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA IN FINE VITA IN OSPEDALE	5
Abstract 9 INDAGINE DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE MEDIANTE STRUMENTI DI ASCOLTO ATTIVO E DI FOCUS GROUP NELL'AOUI DI VERONA	7
Abstract 13 L'UMANIZZAZIONE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA – VERONA	9
Abstract 16 UNA POSITIVA ESPERIENZA DI GRAVIDANZA, PARTO E NASCITA PRESSO IL PUNTO NASCITA DI CASALE MONFERRATO (AL)	11
Abstract 19 LA GESTIONE DEL BED MANAGEMENT PRESSO L'OSPEDALE DELL'ASL BI	13
Abstract 20 PRESA IN CARICO DELLE PRENOTAZIONI CON PRIORITA' B PRESSO L'ASL BI	15
Abstract 39 ACOT (AGENZIA DI CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO): LO STRUMENTO PER LE DIMISSIONI OSPEDALIERE COMPLESSE	17
Abstract 21 LA SICUREZZA TRASFUSIONALE: ESPERIENZA DELL'ASL BI DI BIELLA	19
Abstract 22 L'APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA LEAN NEL PRONTO SOCCORSO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO BONOMO DI ANDRIA.	21
Abstract 23 IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO BONOMO NEL PROCESSO DI DONAZIONE DEI TESSUTI CORNEALI	23
Abstract 24 LA PERCEZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI E DELLE ICA PER GLI OPERATORI SANITARI DEL P.O. DI ANDRIA	25
Abstract 26 QUALI STRUMENTI A GARANZIA DI QUALITÀ E SICUREZZA PER CIASCUNA FASE DI GESTIONE DEL FARMACO?	27
Abstract 27 SUPERARE LE BARRIERE TRA DIVERSI STRUMENTI DI MANAGEMENT PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ: UN APPROCCIO INTEGRATO TRA PDTA, LEAN MANAGEMENT E GESTIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO	28
Abstract 30 SOCIAL FRAILTY SCORING SYSTEM: UN PROGETTO PILOTA NELL'IRCCS HUMANITAS RESEARCH HOSPITAL	30
Abstract 31 Q-RED: UNA WEB APP PER IL MONITORAGGIO DELLE INDAGINI AMBIENTALI OSPEDALIERE.	32
Abstract 33 L'IMPATTO DELLA PERMANENZA IN PRONTO SOCCORSO SULLA QUALITÀ DELLE CURE	34

Abstract 40 VALUTAZIONE DELL'ADERENZA DEGLI OPERATORI AL PROTOCOLLO AZIENDALE RELATIVO ALLA PROFILASSI ANTIBIOTICA PERIOPERATORIA E PROGETTO DI IMPLEMENTAZIONE DELLA PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA	36
Abstract 41 ANALISI DELLE RISORSE UMANE AD ELEVATA QUALIFICA (MEDICI) NELLE ASST LOMBARDE NEL 2019.	38
Abstract 44 LA CHIRURGIA AMBULATORIALE: MODELLO DI APPROPRIATEZZA, RISPETTO DELLE PRIORITÀ E DEI TEMPI D'ATTESA	42
Abstract 47 DIREZIONE MEDICA NELLA DIDATTICA UNIVERSITARIA: ESPERIENZA PRATICA NEL MODULO DI IGIENE A MEDICINA	45
Abstract 48 RIORGANIZZAZIONE ATTIVITA' TRASFUSIONALE PRESSO ASP CALTANISSETTA:	47
Abstract 50 LEAN THINKING PER LA RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI PRIMARI NELL'A.O.U. POLICLINICO DI BARI	49
Abstract 51 PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO: ARRIVA IL FAST TRACK ORTOPEDICO	51
Abstract 52 "BABY ON BOARD": SICUREZZA NEL TRASPORTO INTER/INTRA OSPEDALIERO PEDIATRICO	53
Abstract 53 LISTE D'ATTESA A.O.U. POLICLINICO DI BARI: "AHEAD OF THE GAME". IL MINISTERO PLAUDE.	55
Abstract 54 ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA "PATIENT-CENTRED" NELL'A.O.U. POLICLINICO DI BARI	57
Abstract 55 CARTELLA CLINICA ELETTRONICA E GOVERNANCE NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE GERIATRICO. L'ESPERIENZA INRCA	59
Abstract 57 ECCELLENZA SANITARIA VS VISIBILITÀ: LE AZIENDE SANITARIE NELL'ETÀ DEL WEB.	61
Abstract 59 ESPERIENZE DI ANALISI DI BENCHMARKING TRA OSPEDALI DEL PERCORSO CHIRURGICO IN ASL TO 5	64
Abstract 60 EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PER L'INCREMENTO DELL'ADESIONE ALLO SCREENING DELLA RETINOPATIA DIABETICA: REPORT HTA DELLA REGIONE MARCHE	66
Abstract 61 IL FENOMENO DELL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA: L'ESPERIENZA DEL PRESIDIO SANITARIO SANT'ELIA DI CALTANISSETTA	68
Abstract 64 ERRATA IDENTIFICAZIONE DEL PRELIEVO DI CORNEE: DA UN EVENTO SENTINELLA ALLA RIORGANIZZAZIONE DELL'INTERO PERCORSO	71
Abstract 65 LEAN MANAGEMENT E OPERATION MANAGEMENT NELLA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI	73
Abstract 67 ALLEANZA STRATEGICA OSPEDALE-TERRITORIO NEL SUPERAMENTO DELLA FRAMMENTAZIONE DEL PERCORSO DI CURA	75

Abstract 73 LINEE DI INDIRIZZO PER PAT. OSTETRICHE: RETE REGIONALE PUNTI NASCITA HUB E SPOKE – REGIONE PIEMONTE	77
Abstract 74 ATTIVITÀ DI PROCUREMENT DI ORGANI E TESSUTI, AZIENDA ULSS 6 EUGANEA E COORDINAMENTO REGIONALE TRAPIANTI	79
Abstract 76 LAVORI EDILI IN OSPEDALE: GESTIONE DEL RISCHIO AMBIENTALE NELLA PREVENZIONE DELLE ASPERGILLOSI	82
Abstract 78 L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE PER LA PREDIZIONE DEGLI ESITI A 30 GIORNI: UNO STUDIO NAZIONALE	84
Abstract 79 IL PROFILO PROFESSIONALE DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DATI (RPD) NELLE AZIENDE SANITARIE: NUOVE COMPETENZE ED AMBITI DI ATTIVITÀ PER I MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE?	86
Abstract 80 LA PROTEZIONE DEI DATI ED IL PERCORSO AD UN ANNO DALL'AVVIO DEL GDPR: L'ESPERIENZA DELL'AOU POLICLINICO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA	88
Abstract 82 PROGETTO SPERIMENTALE CON METODOLOGIA LEAN PER L'ABBATTIMENTO DELLA DEGENZA MEDIA	90
Abstract 84 L'ANTIBIOTICO-RESISTENZA NEL CONTESTO DELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DELLA CITTÀ DI PALERMO: L'ESPERIENZA DI UN PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA E CONTROLLO	92
Abstract 88 ORGANIZZAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI DELL'ATTIVITÀ SANITARIA NELL'OSPEDALE DI CITTADELLA	94
Abstract 92 CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA: L'INTEGRAZIONE CON LA FARMACOTERAPIA	97
Abstract 96 UN NUOVO CENTRO DI ASSISTENZA DECENTRATA PER EMODIALISI PRESSO IL POLICLINICO SAN MARTINO DI GENOVA	99
Abstract 99 EVACUAZIONE DI UN OSPEDALE SEDE DI DEA A SEGUITO DEL RITROVAMENTO E DELLA RIMOZIONE DI UN ORDIGNO BELLICO	101
Abstract 102 PERCORSO DI GESTIONE DELL'ICTUS ISCHEMICO ACUTO NELL'OSPEDALE "S. MARIA GORETTI" DI LATINA	103
Abstract 104 LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: STRATEGIE ED OPPORTUNITÀ PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO	105
Abstract 107 STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DA GERMI MDR: OUTCOME DELL'APPROCCIO MULTI-DISCIPLINARE	107
Abstract 108 QUALITÀ E TECNOLOGIA SECONDO IL PROTOCOLLO ERAS IN CHIRURGIA COLON-RETTALE: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE CRISTO RE	110
Abstract 110 PIANO GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO E CARENZA POSTI DEGENZA IN AOU NOVARA: RISULTATI E AZIONI DI MIGLIORAMENTO	112

Abstract 112 STRATEGIE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA:L'ESPERIENZA DELL'ASL TO3	114
Abstract 113 LA TELEMEDICINA NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE IN DAY SURGERY: UN ESEMPIO DI INNOVAZIONE TECNOLOGICA AL SERVIZIO DI UNA CHIRURGIA INNOVATIVA	116
Abstract 118 EVOLUZIONE DELLE STRATEGIE ORGANIZZATIVE DI SUPPORTO ISTITUZIONALE ALLA RICERCA CLINICA: 10 ANNI DI ESPERIENZA PRESSO AOU DI NOVARA.	118
Abstract 119 CENTRALE DI CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO PRESSO L'OSPEDALE "S. MARIA GORETTI", ASL LATINA: MODELLO ORGANIZZATIVO E PRIMI RISULTATI.	120
Abstract 122 IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA NELLA VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE: GOVERNANCE DEL PERCORSO CHIRURGICO A GESTIONE INFERMIERISTICA	122
Abstract 124 L'ARTE APPLICATA ALLA PREVENZIONE: L'AO ORDINE MAURIZIANO E LA SETTIMANA DELL'IGIENE DELLE MANI	124
Table of Contents	127
Authors' Index (page numbers)	131

Authors' Index (page numbers)

A

Airoldi A.R.	69
Airoldi C.	23
Aiudi M.	42
Aiuti M.	64
Albinelli P.	53
Aleo A.	58
Alesina M.	70
Alicino C.	23
Ammazzini D.	48
Antolini L.	75
Antonio D.	30
Aprèa L.	58
Arsego D.	40
Avanzi G.C.	69
Azzolina Maria Carmen.	77
Azzolini E.	19; 21; 54

B

Badaloni M.	66
Bagnato B.	62; 74
Bagnato S.	77
Baldo E.	66
Barabino G.	23
Baratto F.	27
Barbieri M.	53
Bargellini A.	53
Barina M.	27
Bartolini R.	9

Bassetti A.	48
Basso D.	66
Bellina M.	72
Bellini P.	4; 5
Beltramello C.	17
Benazzi F.	75
Benini P.	51; 59
Bergamasco P.	69
Bernini L.	43
Bertoncello C.	27
Biaggi R.	62; 74
Bianchini G.	53
Biasio M.	50
Biondin M.	27
Bisetto F.	51
Blandi L.	1
Bodina A.	46
Bonaccorsi G.	2; 48
Bonura C.	58
Boraso F.	70; 72
Boscain S.	51
Bovo C.	4; 5
Briani M.	51
Bruno V.	30; 32; 34; 36; 38
Brusaferro S.	16; 28
Buggio M.E.	27
Busato M.	51

C

Cacace G.	25
Cacitti S.	1
Cadamuro Morgante M.	75
Caimmi Philippe.....	73
Caimmi Phlippe.....	69
Calabrese G.....	34
Calamusa G.	58
Caltagirone A.	29; 45
Cammelli L.	57
Campanile V.....	12; 14
Candela C.A.M.	46
Canello A.....	5
Cappellato L.	59
Cappelletti R.	8
Capponi A.	69; 73
Capuzzi F.	69
Carlucci M.	30; 32; 34; 36; 38
Carnali M.	66
Carpagnano L.F.	30; 32; 34; 36; 38
Carpinelli L.	25
Carturan G.	51
Carucci R.	62
Casati G.....	74
Casertano L.	62; 64
Castello L.	69
Cattaruzzi C.....	16
Cavaliere A.....	23
Celotto D.....	28
Cerrone A.....	67

Cicco P.....	4; 5
Cirrone Cipolla A.	29; 45
Clemente S.	77
Cocconi R.	28
Coluzzi T.	62; 74
Coppa J.....	47
Corona M.	43
Corradini G.	74
Corsini A.	4; 5
Costanzo P.....	6
Crucitti A.	68
Cunsolo R.	55; 56
Cutti S.....	1

D

D'alleva A.	44
Daleno A.....	38
Dalla Torre S.....	27
Dall'Acqua Maurizio Gaspare	77
D'Aloia F.	7; 8; 10
D'Ambrosio A.	20; 70
D'Angelo M.	16
D'Avino A.....	67
De Gaudio A.R.	2
De Pità O.	67
De Toffoli B.	75
Del Pin M.....	28
Del Riccio M.	2
Della Corte F.....	69
Delle Donne A.	12; 14
Di Marco C.	62

Di Renzo L.	48
Diamanti P.	68
Dionisi P.	68
Distefano F.A.	68
Do Nascimento A.	77
Domeniconi G.	46
Donini L.M.	68
Donnini E.	48

E

Elia R.	29; 45
--------------	--------

F

Faccio V.	23
Falco S.	42
Fallucca A.M.	46
Farneti F.	16
Farrauto G.	69
Fazzari A.M.	10
Feltrin G.	51
Fenu P.	20
Ferrara L.	40
Fiumanò G.	77
Furia G.	54

G

Gallina P.	59
Gant A.	48
Garibotto G.	61
Garra L.	23
Gatti P.	70
Gattorna A.	61

Germinario A.	12
Ghezzi E.	57
Giacometti M.	72
Girardi F.	43
Giuriato P.	59
Gori E.	9
Grace R.	50
Grande D.	67
Graziano G.	58
Graziosetto P.	62
Grazzini M.	2
Gropppo B.	16
Guarino A.M.	70
Guercio S.	72

I

Iacobucci M.	62
Iannello A.	29; 45
Icardi G.	61
Innocenti M.	2
Insinga V.	58

L

La Rosa F.	66
La Valle G.	42
Labruto A.	19; 21; 54
Lagioia M.	19; 21
Lanini I.	2
Lattuada L.	16; 28
Lazzara A.	55; 56
Leardini L.	10

Leigheb F.	69
Lisena F.P.	34
Loiudice M.	62
Lomeo A.M.	4; 5
Lonati A.C.	19; 21; 54
Londero C.	16
Longhitano E.	53
Losacco G.	36
Lovato E.	70
Lunardi G.	51
Luzi R.	40

M

Maestra M.R.	16
Magni A.	25
Maida C.M.	58
Marcante E.	27
Marchesi I.	53
Marchiori M.	60
Marconato S.	59
Marena C.	1
Maria Giustina D.	32
Marinucci S.	74
Mario G.	58
Mariotto O.	4; 5
Marra M.	30; 36; 38
Marretti M.	48
Marrone R.	62
Martelli F.	61
Martinoli P.	69
Masini P.	61
Massai S.	48
Mastromatteo A.M.	66; 67; 68
Mattiuzzo S.	66
Mazzarella A.	36
Mazzari A.	68
Mediati R.D.	2
Melfi V.	74
Mellacina M.	64
Melpignano L.	30; 36; 38
Mezzacappa M.	48
Michele L.	54
Micheletti R.	44
Milani C.	48
Milone G.	32
Minniti D.	70; 72
Minola M.	69; 73
Minorenti S.	66
Miorin M.	60
Miozzo K.	59
Miraglia B.A.	66; 67; 68
Mitola B.	77
Monteforte G.	64
Montemurro D.	27
Montesano P.	62
Morando A.	61
Morelli P.	72
Moriero E.	61
Murgia P.R.	66
Muzzi A.	1

N

Nardella D.	15
Nardella P.	12; 14; 15
Nasi G.	66; 67; 68
Ngoyi Ngongo K.	2
Niccolini F.	2
Nicolucci P.	64
Novelli V.	1
Nucera P.	64

O

Odinolfi F.E.	46
Olivo P.	51
Onorati A.	74
Orazzini A.	61
Orsi A.	61

P

Paggi F.	44
Panarisi P.	43
Pantaleo L.	15
Papa R.	44
Papalia R.	61
Parigi O.	72
Parpinel M.	28
Parrocchia S.	62; 64; 74
Passi S.	72
Patrizia B.	48
Pecchioli A.	9
Pedrazzi P.	62; 74
Perri G.	28

Pezzato F.	17
Pezzetti F.	57
Piccioni F.	47
Pier Luca P.	48
Pierini M.	48
Plazzotta C.	42; 50
Podestà F.	61
Polesello S.	75
Porziotta S.	12; 15
Prastaro C.	7; 10
Presutti M.	72

R

Rabacchi G.	42
Radice C.	46
Raiteri D.	23
Rebora M.	70
Ricciardi W.	54
Riccio G.	23
Rigo A.	27; 51
Rinaldi M.	43
Rinaldi O.	47
Rosario C.	57
Ruta F.	14

S

Sacco R.	69; 73
Salandini G.	4; 5
Salemi M.	75
Salvioni R.	47
Sambo A.	51

Sammartano F.	28
Santangelo M.	53
Santino P.M.	29; 45
Saporito L.	58
Savioli G.	1
Scannavini P.	53
Scarlata S.	55; 56
Scibetta D.	51; 59
Serafini P.	50
Shahi E.	69
Siliquini R.	20
Silla A.	57
Sircana L.	53
Solarino B.	32; 34
Soldano S.	32
Spadari M.	57
Spagnuolo L.	64
Spampinato F.	75
Spanò A.	51
Sparviero A.	75
Spolveri S.	48
Sponzilli A.	68
Stevanin P.	27
Stoppa A.	74
Stratica F.	73
Sturaro A.	27
Sturaro W.	27

T

Tacchini M.	69
Tacconi P.	46

Tattini L.	9
Tea G.	16
Tedesco A.	7; 8; 10
Thomas R.	70
Tigano S.	23
Toccafondi G.	48
Torgano C.	69
Torregrossa M.V.	58
Torresani M.	47
Trevisan P.	7; 10
Trobia B.	29; 45
Trobia C.	29; 45
Turchetta F.	62
Turco L.	2

U

Uberti M.	43
----------------	----

V

Vagliano A.	66
Valenza F.	47
Valerio S.	75
Vecchi E.	53
Venturini D.	51
Veronese S.	60
Vezzosi L.	57
Vigna I.	77
Visconti Giuseppe	62; 64; 74
Vitale F.	58

Z

Zampa A.	16
---------------	----

Zandonà E. 60

Zollesi G.....20

Zilli E. 51; 59

Zoppi P.48