

# L'OSPEDALE

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

**COMUNICAZIONI**  
**2° WEB CONFERENCE A.N.M.D.O.**

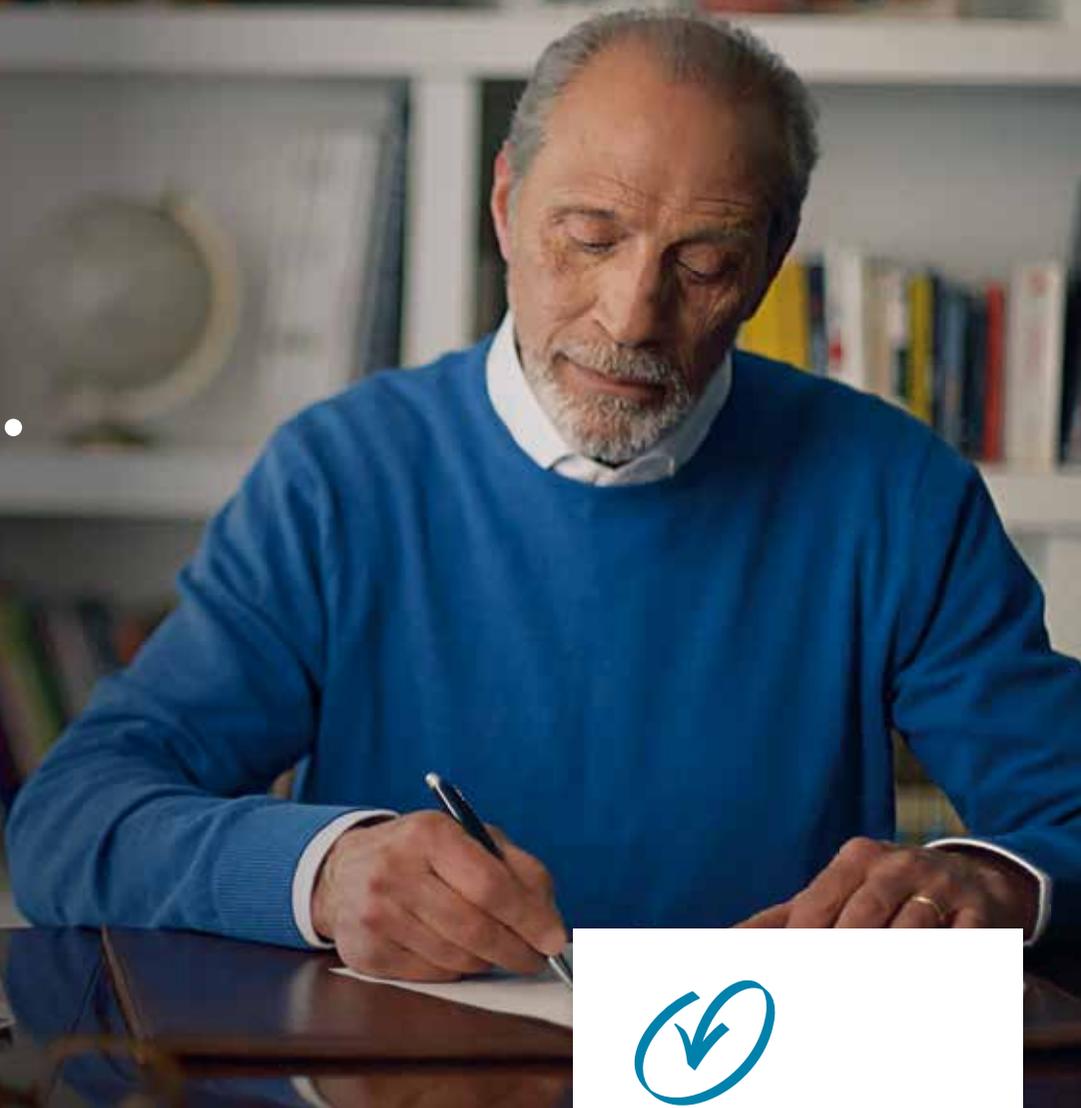
**POSTER**  
**2° WEB CONFERENCE A.N.M.D.O.**

**ORIZZONTI**



# ABBIAMO SCOPERTO CHE C'È VITA DOPO LA VITA.

Grazie al tuo lascito testamentario a Fondazione Umberto Veronesi, la ricerca oncologica potrà andare avanti e migliorare la vita delle generazioni future.



Fondazione Umberto Veronesi sostiene i migliori ricercatori, impegnati a trovare nuove terapie per i tumori e per le patologie ad essi correlati.

Scopri di più su [lasciti.fondazioneveronesi.it](http://lasciti.fondazioneveronesi.it)



**Fondazione  
Umberto Veronesi**  
– per il progresso  
delle scienze

Per saperne di più e ricevere gratuitamente la guida informativa sui lasciti, telefona al numero 02.76018187 o scrivi una e-mail a [lasciti@fondazioneveronesi.it](mailto:lasciti@fondazioneveronesi.it). In alternativa, compila il coupon e invialo via fax al numero 02.76406966 oppure in busta chiusa a Fondazione Umberto Veronesi - Via Solferino 19, 20121 Milano.

Con il Patrocinio e la collaborazione  
del Consiglio Nazionale del Notariato



CONSIGLIO  
NAZIONALE  
DEL  
NOTARIATO

✂

---

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

tel/cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Privacy – Art. 13, GDPR: I dati personali saranno trattati, con modalità prevalentemente elettroniche, da Fondazione Umberto Veronesi - titolare del trattamento - Via Solferino 19, 20121 Milano (MI) per inviare informazioni sui lasciti testamentari, nonché per contatti informativi istituzionali e di promozione di iniziative, progetti, per sondaggi e ricerche, attività di raccolta di fondi a sostegno della nostra missione, in virtù del legittimo interesse della Fondazione a fornire informazioni sulla propria attività per la quale con questa richiesta si è espresso interesse, e a dimostrare il proprio costante impegno alla realizzazione della propria missione. Inoltre, se lo si desidera, i dati saranno trattati per eseguire i predetti contatti in maniera personalizzata, cioè in base a interessi specifici, comportamenti, azioni, preferenze e caratteristiche della persona. Ciò comporterà la selezione delle informazioni archiviate rispetto alla persona, affinché questa riceva comunicazioni di suo interesse e in linea con le sue preferenze, evitando di essere disturbata da contatti non graditi o di non interesse. Tutti i contatti avverranno a mezzo posta, telefono (fisso e cellulare), e-mail, Sms. Le persone autorizzate al trattamento sono gli incaricati a: attività istituzionali e progetti, eventi, raccolta fondi, sistemi informativi e di sicurezza dei dati. Ai sensi degli artt. 15-22, GDPR, scrivendo al titolare al suddetto indirizzo postale o all'e-mail [lasciti@fondazioneveronesi.it](mailto:lasciti@fondazioneveronesi.it), si possono esercitare i diritti di consultazione, modificazione, di cancellazione e oblio, limitazione del trattamento dei dati, portabilità dei dati o opporsi al loro trattamento per motivi legittimi o per scopi informativi e promozionali, anche limitatamente a uno o più strumenti di contatto (es.: via e-mail e/o sms e/o posta e/o telefono). Qualora non sia precisato, l'opposizione al trattamento dei dati per fini informativi sarà inteso esteso a tutti gli strumenti di contatto. Si può richiedere anche l'elenco aggiornato e completo dei responsabili del trattamento. Si ha il diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo per far valere i propri diritti. Informazioni da fornire in forma completa su [lasciti.fondazioneveronesi.it](http://lasciti.fondazioneveronesi.it) [ ] Lette le informazioni da fornire ai sensi dell'art. 13, GDPR desidero essere contattato in base ai miei interessi, preferenze e caratteristiche, in modo personalizzato.

- 4 Comunicazioni**  
**2° WEB CONFERENCE A.N.M.D.O.**
- 12 Poster**  
**2° WEB CONFERENCE A.N.M.D.O.**
- 46 ORIZZONTI**

**L'OSPEDIALE** - Periodico Trimestrale  
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni  
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz  
Anno 74 - Numero 4 - dicembre 2021

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

**Direttore responsabile:** G. Serrano

**Direttore editoriale:** G. Finzi

**Segretario scientifico:** I.I. Mura

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

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

**Abbonamenti**

Italia annuo € 31,00

Europa

Paesi Extra Europei € 103,00

Copia € 1,29

**c.c.p. 38498200**

**Grafica e impaginazione:** A&C STUDIO

**Fotolito e stampa:**

T&T STUDIO - MILANO

Aziende Grafiche Printing - Peschiera Borromeo (MI)

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

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

associato a:

**ANES** ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA DI SETTORE

# PROGETTO TELEMEDICINA: il contributo della pandemia alla innovazione tecnologica

Paola Colombo<sup>1</sup>, Costantina Ciccarone<sup>2</sup>, Cristina Mazzali<sup>3</sup>, Silvia Colombo<sup>1</sup>, Gianni Origgi<sup>4</sup>, Giorgia Saporetti<sup>1</sup>

*1 Medico ASST Niguarda, 2 Infermiere ASST Niguarda, 3 Statistico ASST Niguarda, 4 Ingegnere ASST Niguarda*

**Parole chiave:** televisita, continuità assistenziale, piattaforma integrata

## INTRODUZIONE

L'emergenza sanitaria pandemia COVID-19 ha accelerato le necessità di sviluppo della telemedicina in risposta alla pubblicazione del 12° rapporto ISS. Il controllo in remoto delle condizioni di salute del paziente costituisce un'importante opportunità strategica per limitare il più possibile la diffusione del virus e consentire di ottenere in "tempo reale" informazioni cliniche. La corretta interpretazione di queste informazioni è in grado di prevenire gli accessi ospedalieri.

## MATERIALE E METODI

Durante la pandemia nella ASST Niguarda è stato attivato un progetto sperimentale di televisita tramite Piattaforma Regionale di Integrazione ARIA per i pazienti in cura presso gli ambulatori della Azienda, garantendo la continuità assistenziale di pazienti fragili, con patologie croniche, malattie rare, terapie di lunga durata, permettendo la gestione dell'isolamento e il rispetto del distanziamento sociale.

Si tratta del primo progetto su prestazioni in regime di sistema sanitario regionale integrato nel Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale, in cui la nostra Azienda ha contribuito alla progettazione e alla fase test, per poi estenderlo alle strutture del sistema regionale, in risposta alla DGR XI-3528. La piattaforma, a cui si accede con PC, tablet o smartphone, consente l'esecuzione di visite con supporto audio-video e permette lo scambio di documenti clinici medico-paziente.

Inizialmente gli step di implementazione della piattaforma hanno tenuto conto della possibilità di utilizzare soluzioni disponibili rapidamente attivabili con le dotazioni tecnologiche presenti, sia per l'Azienda che per il paziente. Successivamente la piattaforma ha implementato tecnologie più de-

finite e sicure e dal 17 settembre 2021 il progetto sperimentale è stato sostituito dalla versione strutturata per ottimizzare l'operatività al professionista e al paziente, tenendo conto delle criticità rilevate nella fase sperimentale. Tra le novità è stata introdotta la condivisione dello schermo per favorire specialità che richiedono una maggiore interazione con il paziente. L'attuale necessità di ridurre tempi e liste di attesa per prestazioni chirurgiche ha visto nella introduzione della televisita una svolta per l'incentivazione del precovero. E' in programma la integrazione completa dello strumento nella cartella clinica aziendale. Il monitoraggio dei servizi implementati sarà oggetto di analisi multidimensionale con un panel di indicatori di performance che tiene conto anche del vissuto del paziente e dell'esperienza degli operatori.

## RISULTATI

In Settembre 2020 è partito il progetto pilota su 10 strutture ed in due mesi sono state effettuate circa 300 prestazioni. Da Marzo 2021 il servizio è stato attivato in 22 strutture e nel precovero per il second look anestesilogico. Ad un anno dall'avvio d sono state effettuate circa 1500 prestazioni e il progetto verrà esteso a 42 strutture in totale. Ulteriori valutazioni saranno oggetti della presentazione al Congresso.

Nella nostra esperienza la promozione del distanziamento e della protezione dei pazienti fragili ha favorito l'introduzione della televisita; tale svolta organizzativa rappresenta un'opportunità capace di favorire la continuità dell'assistenza e della cura dei pazienti in ambito territoriale e di agevolare l'accessibilità dell'assistenza e la riduzione dei tempi d'attesa in fase post pandemica, rappresentando quindi una buona pratica sperimentata in epoca Covid che si auspica possa proseguire.

# Sanità digitale: il modello ASL Roma 1 in campagna vaccinale anti Covid-19

**Furia G\*, Lazari C\*, Filippi G\*\*, Pucci P\*\*, Quintili M\*\*\*, Chierchini P\*, Angeletti D\*\***

\* ASL Roma 1, Area di Direzione Ospedaliera

\*\* ASL Roma 1, Unità Operativa Complessa Sistemi e Tecnologie Informatiche e di Comunicazione

\*\*\* ASL Roma 1, Unità Operativa Complessa Sicurezza, Qualità e Risk Management

## INTRODUZIONE

Nell'ambito della modernizzazione dell'assistenza sanitaria, numerose iniziative sono state attuate al fine di migliorare l'efficienza del SSN e di semplificare i processi in ogni fase del percorso socio-sanitario attraverso azioni quali l'alleggerimento della documentazione prodotta, la personalizzazione delle cure, la riduzione dell'errore umano e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria centrata sul paziente. A tal fine, una raccolta il più possibile completa e corretta dei dati clinici ha un ruolo importante nella pratica medica quotidiana e nella gestione clinica del paziente. La campagna vaccinale anti covid-19 ha introdotto nuove problematiche organizzative per le quali è fondamentale sviluppare nuove strategie con l'ausilio delle tecnologie più avanzate. In quest'ottica, l'ASL Roma 1 ha sviluppato un sistema informatizzato di gestione delle vaccinazioni (Ge.Va.) per la prenotazione e accettazione degli utenti. Il presente studio illustra i principali risultati ottenuti.

## MATERIALI E METODI

La piattaforma Ge.Va. è stata sviluppata ed utilizzata dal team di esperti in tecnologie informatiche della ASL Roma 1 per la registrazione delle vaccinazioni anti covid-19. Dal 30/12/2020 Ge.Va. è stata utilizzata da tutti i Centri vaccinali a gestione diretta della ASL per facilitare la registrazione e somministrazione dei vaccini. La piattaforma è divisa in 4 sezioni: anagrafica, somministrazione, anamnesi, consenso informato. Al momento della prenotazione dell'utente su piattaforma regionale, Ge.Va. recepisce automaticamente i dati anagrafici presenti nel Centro Unico di Prenotazione. L'anamnesi, informatizzata per ciascuna dose effettuata, segue le specifiche indicazioni ministeriali relativamente alle controindicazioni dei vaccini in commercio. La somministrazione registrata è collegata all'Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR)

al fine dell'ottenimento della certificazione verde. Il consenso informato è interamente digitalizzato attraverso l'apposizione da parte degli utenti di 3 firme elettroniche su apposito tablet. Sulla base delle recenti disposizioni governative, Ge.Va. è stato aggiornato per l'effettuazione delle vaccinazioni eterologhe e delle terze dosi di vaccino.

## RISULTATI

I presidi vaccinali anti covid-19 a gestione diretta della ASL Roma 1 sono in totale 15, divisi in 4 centri ospedalieri, 5 centri autonomi e 6 centrali distrettuali per le vaccinazioni domiciliari e degli utenti minorenni. Al 25/09/2021, le I dosi effettuate sono state 345.739, le II dosi sono state 319.101, per un totale di 664.840. I consensi informati firmati digitalmente sono stati 541.148. 199 utenti con fattori di rischio allergologici sono stati rimandati e prenotati automaticamente presso centro protetto ospedaliero. Gli operatori censiti con credenziali per l'utilizzo di Ge.Va. durante la campagna sono stati 1.580.

## CONCLUSIONI

La pandemia ha determinato un cambiamento nell'approccio alla malattia da parte degli operatori sanitari. Gli investimenti nelle tecnologie, come dimostra questo progetto, permettono di agevolare gli operatori sanitari nella registrazione dei dati, in modo rapido e completo, nell'alleggerimento della documentazione clinica, nel ridurre il rischio di errore clinico, nel rispettare i criteri dettati dalla legge. Il sistema è strutturato per agire su grandi numeri e può rappresentare un modello reiterabile anche per la gestione dei pazienti in ospedale. Il modello rappresentato presenta facilità di utilizzo, velocità di intervento, accesso rapido alla storia clinica del paziente, strumenti essenziali anche per una futura gestione dei pazienti nei reparti ospedalieri.

# Prevenzione dei contagi intraospedalieri da SARS-CoV-2: esperienza del Policlinico Umberto I di Roma

**M. Augurusa, P. Cacciatore, V. Cammalleri, L. Cignarella, C. De Salazar, L. De Vito, B. Dorelli, R. Gallo Curcio, M. Giffi, R. N. Pocino, V. Renzini, A. Sindoni, A. Deales.**

*Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I Roma, Italia*

**Parole chiave:** Check-list, COVID-19, Prevenzione

## INTRODUZIONE

L'emergenza Covid-19 ha imposto la necessità di sviluppare misure di prevenzione volte a minimizzare il rischio di contagio nei reparti di degenza delle strutture ospedaliere. Il contesto clinico-assistenziale della Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I ha reso necessario individuare uno strumento di monitoraggio del rispetto delle misure di contenimento dell'infezione con l'obiettivo di facilitare la tempestiva rilevazione di eventuali difformità dalle procedure aziendali. A tal fine, la Direzione Sanitaria Aziendale ha sviluppato una check-list da utilizzare nel corso dei sopralluoghi effettuati nei reparti di degenza.

## MATERIALI E METODI

La check-list rileva:

- utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI) da parte del personale sanitario e dei pazienti degenti;
- disponibilità di gel disinfettante;
- presenza di visitatori;
- numero di operatori presenti in area ristoro/ambienti comuni;
- numero di medici in formazione specialistica/dottorandi/studenti.

Tra gennaio e maggio 2021 sono stati effettuati 36 sopralluoghi in 19 Unità Operative (U.O.) considerate ad elevato rischio di contagio.

Il 79% delle rilevazioni è stato effettuato durante il turno della mattina.

L'esito dei sopralluoghi è stato condiviso via e-mail con i responsabili di ciascuna U.O. e con i coordinatori infermieristici.

## RISULTATI

Dall'analisi delle schede di rilevazione è emerso quanto segue:

- utilizzo DPI da parte del personale sanitario conforme nel 100% delle osservazioni;
- utilizzo DPI da parte dei pazienti degenti conforme nel 33% delle osservazioni e parzialmente conforme nel 67% dei casi;
- numero massimo di medici in formazione/dottorandi/studenti presenti in reparto durante lo stesso turno conforme nel 58% delle osservazioni;
- presenza del gel disinfettante nei reparti conforme nel 92% delle osservazioni;
- presenza di visitatori e distanziamento nelle sale d'attesa conforme nel 97% delle osservazioni;
- numero di operatori contemporaneamente presenti all'interno dell'area ristoro conforme nel 94% delle osservazioni.

Nel complesso è stata rilevata una buona aderenza del personale sanitario alle disposizioni della Direzione Sanitaria sulle misure di contenimento del contagio. Emerge, tuttavia, la necessità di implementare i controlli rispetto all'utilizzo dei DPI da parte dei pazienti ricoverati e rispetto alla presenza contingentata di personale sanitario in formazione all'interno del reparto.

In accordo con il ciclo di miglioramento della qualità, i sopralluoghi successivi nei reparti in cui erano state rilevate criticità hanno evidenziato una maggiore adesione alle misure di contenimento del contagio.

## CONCLUSIONI

Alla luce di tali risultati si evidenzia l'importanza di verificare sul campo l'effettiva adesione del personale sanitario a tutte le misure di prevenzione ed in particolare per quanto riguarda le attività di formazione e di informazione rivolte ai pazienti degenti al fine di ridurre le possibilità di contagio all'interno delle strutture ospedaliere e in particolare nei reparti di degenza.

# Impatto della epidemia di Covid-19 sull'attività chirurgica dell'Ospedale San Giuseppe di Empoli

Valentina Barletta<sup>1</sup>, Pietro Monaci<sup>2</sup>, Silvia Forni<sup>3</sup>, Silvia Guarducci<sup>1</sup>

1: DSPO San Giuseppe, Ospedale San Giuseppe Empoli, ASL Toscana Centro, viale Boccaccio 16-20, 50053 Empoli (Italia)

2: Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze, viale Morgagni, 50134 Firenze (Italia)

3: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, via Dazzi 1, 50141 Firenze (Italia)

**Parole chiave:** Tampone molecolare, tampone antigenico, Covid-19, positività

La Covid-19 ha colpito duramente la zona dell'Empolese-Valdarno inferiore il cui presidio di riferimento è il S. Giuseppe di Empoli. Questo ha portato alla riorganizzazione dell'ospedale in termini di percorsi di cura, riconversione dei reparti e redistribuzione di risorse umane e tecnologiche per accogliere i pazienti Covid positivi, a scapito delle attività ambulatoriali e chirurgica. L'analisi è basata sui dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) del 2018-2021. I volumi medi di prestazioni erogati nel 2018-19 sono messi a confronto con quelli del 2020 e 2021.

Nel primo anno di Covid-19 (marzo 2020-febbraio-2021), i ricoveri chirurgici programmati sono diminuiti (fig.1), raggiungendo una riduzione del 60% rispetto all'era pre Covid a maggio 2020 e del 73% al novembre 2020. Nei suddetti periodi, i posti letto dedicati ai pazienti Covid positivi erano rispettivamente 88 e 144 (di cui 22 in Terapia Intensiva in entrambi i periodi) sui 361 normalmente presenti nel presidio e quelli dedicati alla chirurgia erano scesi a 40 e 24 sugli 88 previsti. La riduzione ha riguardato soprattutto le classi di priorità da B a D, a seguito dell'ordinanza della Regione Toscana di blocco della chirurgia programmata non urgente del 6/3/2020, allo scopo di preservare gli interventi oncologici e di classe A.

In fig.2 vediamo, ad esempio, che gli interventi chirurgici del tumore della mammella sono rimasti sostanzialmente gli stessi del periodo pre Covid, questo anche grazie all'attivazione di service nelle Case di Cura convenzionate in cui è stata trasferita parte dell'attività chirurgica normalmente erogata in ospedale. Lo stesso vale per i tumori in altre sedi. Le urgenze sono state garantite, ma nel caso delle urgenze differibili, come ad esempio gli interventi di frattura del collo del femore, è diminuita la percentuale di interventi effettuati entro 2 giorni dal ricovero, per la ridotta disponibilità delle sale operatorie. Il periodo pandemico, pur se con dif-

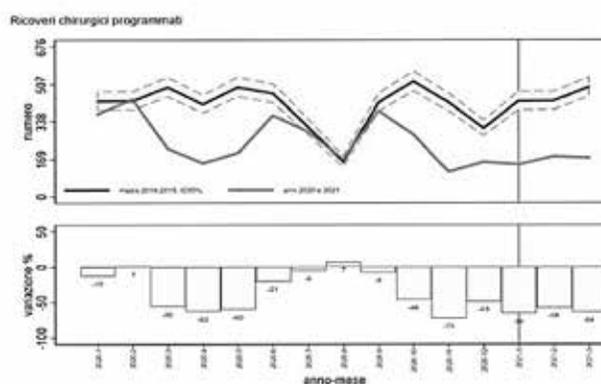


Fig. 1 : Ricoveri chirurgici programmati - andamento mensile, anni 2020 e 2021 vs. media 2018-2019

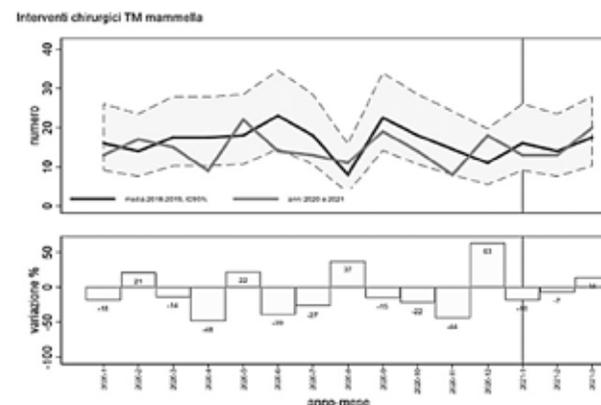


Fig. 2 : Interventi chirurgici tumore della mammella - andamento mensile, anni 2020 e 2021 vs. media 2018-2019

ficoltà, ha stimolato la flessibilità dell'organizzazione che ha reagito limitando l'offerta ordinaria e rinviando gli interventi di chirurgia elettiva non urgente, pur preservando l'offerta di interventi non differibili in ambito oncologico e ortopedico. A questo si aggiunga che la domanda si è autolimitata per il timore del contagio. Inoltre, si è resa manifesta l'importanza di fare rete non solo tra presidi della stessa ASL, ma anche con i privati per poter rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

# Gestione flessibile dell'organizzazione ospedaliera, durante l'emergenza COVID, Ospedale Santorso

Marchiori M. \*, Veronese S. \*\*, Pigato M. °, Basso M.E. \*\*\*

Direzione Medica Ospedale Santorso, Azienda ULSS 7 Pedemontana: \* Direttore Medico Direzione Medica, \*\* Dirigente Medico di Direzione Medica, \*\*\* Coll.Prof. Tecnico Esperto; Controllo di Gestione: ° Coll.Prof. Tecnico Esperto.

## INTRODUZIONE

L'Ospedale spoke di Santorso, Azienda ULSS 7 Pedemontana, individuato dalla Regione del Veneto come COVID Hospital, è stato impegnato da Febbraio -Marzo 2020, come altre strutture ospedaliere del Veneto e d'Italia, nell'assistenza di casi COVID 19. Nel periodo marzo aprile-, il personale medico ed infermieristico e le attività ospedaliere sono state dedicate prevalentemente ai ricoveri COVID, la positività al COVID di un numero elevato di personale ha ridotto la capacità assistenziale della struttura, l'attività chirurgica era sospesa. A Giugno è ripresa la normale attività di ricovero ed ambulatoriale; pur nella recrudescenza epidemica autunnale iniziata ad ottobre e, con l'attivazione del Piano emergenziale aziendale e' stata assicurata l'attività chirurgica in urgenza per le discipline presenti nell'ospedale, con 3 sedute/die e l'accoglienza di urgenze internistiche, cardiologiche e neurologiche, con i posti letto assistibili, circa 60, assicurati i ricoveri COVID.

## MATERIALI E METODI

Sono state analizzate le SDO dei ricoveri Covid del periodo marzo 2020-maggio 2021 e i dati di attività operatoria pari periodo erogati c/o Blocco operatorio di Santorso. Si osservano tre picchi di ricoveri COVID, aprile 2020, dicembre 2020, marzo 2021, corrispondenti ai periodi di massima diffusione della positività Covid tra la popolazione. In corrispondenza di queste punte l'ospedale assicurava prevalentemente assistenza ai casi COVID, in particolare nella prima. Nelle fasi di

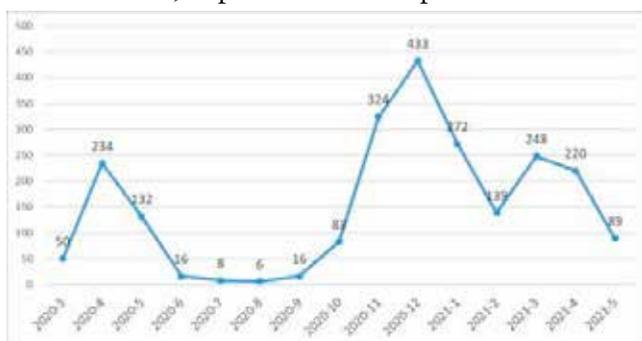


Fig.1 numerosità ricoveri Covid marzo2020-maggio2021

acuzie successive, oltre alla attività Covid correlata, ricoveri, sorveglianza sanitaria, è stato possibile assicurare anche una certa attività in urgenza per casistica non COVID di cui l'attività chirurgica è l'indicatore di lettura più immediata. A differenza del primo periodo in cui l'attività chirurgica è stata sospesa, Santorso era stato infatti individuato come ospedale COVID, nei periodi di emergenza successivi la struttura ospedaliera ha erogato attività chirurgiche in urgenza/emergenza, con numerosità inferiore rispetto ai corrispondenti mesi 2019 e 2020 in cui non era in corso l'epidemia, ma superiore ai valori di marzo aprile 2020 in cui era iniziata la fase epidemica.

## RISULTATI

Il confronto tra il numero dei ricoveri e attività chirurgica dimostra come l'organizzazione ospedaliera, abbia "imparato", acquisito, la necessaria esperienza nell'assistenza ai casi COVID e sia riuscita nel contempo a dare risposta, dopo la prima fase almeno alle urgenze non COVID. L'applicazione delle indicazioni per la prevenzione della diffusione della infezione da Coronavirus e, successivamente, la vaccinazione, hanno abbattuto già da maggio 2020 il rischio di cluster infettivi ospedalieri, queste, unitamente all'acquisizione di personale sanitario, a seguito del DL 44, si sono rivelate i punti di forza di questo periodo pandemico, poichè hanno dato all'ospedale le risorse per la flessibilità organizzativa necessaria a gestire con efficacia la domanda sanitaria del bacino d'utenza.



Fig.2 andamento mensile interventi BO-DS

# La cartella clinica infermieristica e la telemedicina nella gestione del paziente stomizzato

**Montemurro D.<sup>1</sup>, Zago D.<sup>2</sup>, Contin L.<sup>1</sup>, Bergamasco S.<sup>3</sup>, Sturaro A.<sup>3</sup>, Giordani C.<sup>4</sup>, Marin I.<sup>5</sup>, Arseni A.<sup>2</sup>, Fortuna P.<sup>6</sup>**

*1 Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Piove di Sacco, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova, Italia. 2 UOS Rischio Clinico, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova, Italia. 3 UOSD Sistemi Informativi, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova, Italia 4 UOS Innovazione e Sviluppo Organizzativo, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova, Italia 5 UOC Direzione delle professioni sanitarie, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova, Italia 6 Direttore Generale, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova, Italia.*

**Parole chiave:** stomia, referto, telemedicina

## INTRODUZIONE

La cura del paziente portatore di stomia prevede la complessa collaborazione di un team multidisciplinare che assicuri una presa in carico globale non solo del paziente stesso ma anche della sua famiglia. L'obiettivo di questo progetto è di migliorare la tempestività della gestione del paziente da parte dell'ambulatorio, riducendo le complicanze e il rischio di lasciare l'utente in mani non esperte, tramite l'uso di due strumenti innovativi: la cartella clinica infermieristica informatizzata e la telemedicina. La cartella clinica è il documento principale in un processo d'assistenza e presa in carico di un paziente, accompagnando sempre l'utente in tutte le fasi che lo coinvolgono. Tale strumento diventa ancor più importante nell'ambito della refertazione stomaterapica, sia a livello ambulatoriale, che di ricovero e territoriale, dove risulta indispensabile per organizzare, condividere e tracciare il percorso assistenziale. D'altra parte, la telemedicina consente all'utente un confronto immediato con lo specialista eliminando le distanze e le difficoltà di trasporto che alcuni pazienti possono avere e abbatte le nuove barriere create dalla pandemia.

## MATERIALI E METODI

L'implementazione di un percorso informatico a supporto del professionista sanitario nella gestione quotidiana dell'ambulatorio stomie si è avvalsa dei seguenti strumenti:

- implementazione, nel linguaggio di programmazione Java, di una scheda di refertazione infermieristica dedicata ed altamente specifica nel programma di cartella clinica ambulatoriale in uso presso ULSS 6;
- definizione e creazione, nei sistemi CUP e Richiesta Esami da reparto e Pronto Soccorso (Order Entry) di ULSS 6, di codici prestazioni dedicati per la visita di controllo dei diversi tipi di stomia;

- implementazione di una piattaforma informatica di teleconsulto tramite cui lo stomaterapista può arruolare un paziente portatore di stomia ai fini del monitoraggio/controllo periodico del suo stato di salute, anche mediante somministrazione di un questionario anamnestico ed eventuale video-collegamento da remoto.

## RISULTATI

Con la collaborazione del team informatico dell'Azienda ULSS6 è stata creata una cartella clinica infermieristica con campi da compilare per rendere più semplice la refertazione della prestazione sia per lo stomaterapista così come per l'utente, che ottiene un referto facile da leggere e interpretare e che può far vedere, se necessario, anche ad altri specialisti. A livello organizzativo per il team di stomaterapisti che segue l'ambulatorio è comodo poter rileggere i referti rilasciati dai colleghi negli appuntamenti precedenti per avere un quadro completo di complicanze, miglioramenti e peggioramenti dello stato della stomia e dello stomacare eseguito dal paziente/caregiver. All'interno del referto rilasciato sono contenuti infatti i dati del paziente e tutto ciò che concerne la stomia: stato dello stoma, della cute, livello di educazione e autonomia, tipo di presidio, eventuali complicanze. La telemedicina ci consente di abbattere i tempi d'attesa dell'ambulatorio e di poter dare una consulenza celere all'utente che si ritrova con una complicanza grave o con l'impossibilità di recarsi presso l'ambulatorio. Inoltre può essere anche utilizzato come filtro per quei pazienti che magari hanno solo bisogno di una rassicurazione e non necessitano di essere visti di persona, lasciando così la priorità in ambulatorio a pazienti più critici o con un confezionamento di stomia recente, che hanno bisogno di un'assistenza più frequente per l'educazione allo stomacare.

# Modello organizzativo per la prevenzione e il trattamento integrato del disagio psichico perinatale

**Nasi G.<sup>1</sup>; Ducci G.<sup>2</sup>; Fusco C.<sup>3</sup>; Alecci M.C.<sup>4</sup>; Benedetti P.<sup>5</sup>; D'Avino A.<sup>6</sup>; Di Franco L.<sup>7</sup>; Distefano F.A.<sup>8</sup>; Gavril R.R.<sup>9</sup>; Malorgio R.<sup>10</sup>; Miraglia B.A.<sup>11</sup>; Piscicelli C.<sup>12</sup>; Triggiani A.<sup>8</sup>; Toppi V.<sup>8</sup>; Volpe M.A.<sup>13</sup>; Chiarelli D.<sup>8</sup>**

*1 Direttore Sanitario Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 2 Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL Roma 1; 3 Dirigente Medico Psichiatra ASL Roma 1; 4 Responsabile UOC Neonatologia Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 5 Risk Manager Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 6 Dirigente Medico Infettivologo UOC Medicina Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 7 Coordinatore Infermieristico Sala Parto Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 8 Psicologa Servizio di Psicologia Perinatale Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 9 Assistente Sociale Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 10 Coordinatore Infermieristico Neonatologia e Ostetricia Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 11 Dirigente Amministrativo Direzione Sanitaria Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 12 Responsabile UOC Ostetricia e Ginecologia Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 13 Responsabile Ufficio Affari Legali e Generali Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi*

**Parole chiave:** Perinatalità, Disagio psichico, Percorso Diagnostico Terapeutico

## INTRODUZIONE

La depressione perinatale è una condizione prevedibile che colpisce fino al 15% delle donne che partoriscono. Anche durante la gravidanza si riscontrano disturbi di ansia e depressivi rispettivamente nel 13% e 12% delle gestanti. La psicosi post partum è un'evenienza rara (1-2/1000) nella popolazione generale, ma rappresenta un'emergenza psichiatrica; inoltre l'incidenza aumenta nella popolazione psichiatrica. Ecco perché risulta fondamentale prendersi cura di questa patologia in termini di prevenzione, riducendone l'incidenza e soprattutto le condizioni gravi. A tal fine il Servizio di Psicologia Perinatale (S.P.P.) dell'Ospedale Cristo Re e il Gruppo di Lavoro per la Salute Mentale Perinatale (Sa. Me. P.) del DSM della ASL Roma 1 hanno integrato le due realtà con l'obiettivo di strutturare un Percorso Diagnostico Terapeutico, attuato come intervento immediato di presa in carico della donna a rischio, occupandosi in maniera completa della prevenzione di tutte le problematiche di salute mentale perinatale.

## MATERIALI E METODI

Il progetto prevede di individuare tempestivamente le donne a rischio di disagio psichico perinatale con un percorso di assistenza integrato ospedale-territorio e di collaborazione tra attività medica, ostetrica, infermieristica, neonatale e di assistenza sociale, grazie anche al contatto di rete tra i diversi servizi implicati nell'assistenza delle donne che hanno problemi di salute mentale nel peri-parto (dal pre-concepimento al 12esimo mese dalla nascita del bambino) fino al monitoraggio delle donne considerate a rischio.

Il protocollo operativo si basa sulla prevenzione precoce, attraverso uno screening prenatale delle pazienti

durante l'accesso all'ambulatorio di sorveglianza ostetrica tramite la somministrazione del test di Wooley e di un'intervista semi strutturata volta a indagare possibili fattori di rischio per lo sviluppo di patologie psichiatriche. A seguire è stata perfezionata anche l'attività di reparto già in essere, aggiungendo al colloquio di approfondimento la somministrazione della SCL-90 (Symptom Checklist- 90), nel caso in cui la paziente raggiunga un punteggio >9 all'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale di Cox et al.). In caso di necessità il S.P.P., secondo il percorso già delineato, può richiedere una consulenza specialistica psichiatrica presso la ASL Roma1 o attraverso la rete di emergenza al Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura dell'Ospedale S.F. Neri. In via preventiva, il Sa. Me. P. avrà cura di segnalare le pazienti già seguite presso i CSM di riferimento della ASL Roma1 che decideranno di partorire presso il Cristo Re. In caso di paziente grave il referente Sa. Me. P. invierà una relazione sullo stato di salute mentale e sul progetto terapeutico dell'assistita, garantendo un appuntamento post dimissione con l'equipe territoriale di riferimento e dove necessario organizzerà una riunione multidisciplinare con il S.P.P.

## RISULTATI

L'attivazione di questo servizio pianificato è la realizzazione della presa in carico della donna in gravidanza con disagio psichico attraverso uno specifico Percorso Diagnostico Terapeutico. La multidisciplinarietà e la pluri-professionalità ha arricchito profondamente il valore dell'assistenza e dell'umanizzazione delle cure, rafforzando la collaborazione tra l'Ospedale e i Servizi della ASL Roma1, implementando anche ulteriori contatti e cooperazioni con tutti i consultori territoriali.

# Attività di monitoraggio e contenimento delle ICA sottese da microrganismi multiresistenti

**D'Avino A.<sup>1</sup>; Benedetti P.<sup>2</sup>; Brandimarte G.<sup>1</sup>; Distefano F.A.<sup>3</sup>; Grande D.<sup>4</sup>; Mazzocchetti S.<sup>5</sup>; Paciacconi E.<sup>5</sup>; Schiattarella A.<sup>6</sup>; Theriault M.C.<sup>5</sup>; Dionisi P.<sup>5</sup>; Nasi G.<sup>2</sup>**

*1 UOC Medicina Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 2 Direzione Sanitaria Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 3 Servizio di Psicologia Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 4 Servizio di Farmacia Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 5 UOC Rianimazione e Terapia Intensiva Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi; 6 UOC di Laboratorio Analisi e Patologia Clinica Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi*

**Parole chiave:** Infection Control, Microrganismi Alert, Stewardship

## INTRODUZIONE

In considerazione dell'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2 è stato effettuato uno stretto monitoraggio sui pazienti e sugli operatori sanitari implementando le buone pratiche e i protocolli di gestione per la prevenzione delle malattie infettive trasmissibili, introducendo a questo scopo norme più restrittive ed efficaci.

Invero i dati di letteratura hanno rilevato un aumento della prevalenza delle infezioni sottese da germi MDR nei reparti di degenza COVID-19 pertanto presso l'Ospedale Cristo Re, si è mantenuto lo screening di sorveglianza per le colonizzazioni con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo.

## MATERIALI E METODI

La nostra analisi è volta a confrontare le prevalenze dei germi MDR isolati nei reparti nel corso del 2020 con le stesse registrate prima della pandemia in un Ospedale di supporto, che ha accolto pazienti affetti da Sars-Cov-2 solo da novembre 2020 ad Aprile 2021, e che ha implementato i protocolli di sorveglianza attraverso i seguenti interventi:

- Revisione del PAICA con inserimento di obiettivi specifici
- Costituzione di una task force multidisciplinare per la Stewardship e per l'infection control
- Potenziamento delle misure di sicurezza in termini di utilizzo di DPI e di corretta igiene delle mani
- Campagna di sensibilizzazione ed implemento delle procedure per la gestione degli accessi venosi centrali con l'introduzione di bundle
- Incontri formativi per il personale
- Estensione dello screening universale per la colonizzazione da MDR all'ingresso a tutti i pazienti ricoverati in degenza medica.

## RISULTATI

Nel 2020 abbiamo registrato una riduzione del 28% della prevalenza degli MDR: 5.45 casi/1000 giornate di degenza (dg) vs 7.61 del 2019.

Gli stafilococchi coagulasi negativi si confermano i microrganismi più isolati (15.2 casi/1000gd), tuttavia in flessione del 22% rispetto all'anno precedente. Registra un -14% anche l'Acinetobacter MDR con una prevalenza di 6.1 casi/1000gd. Ridotti del 50% invece, gli isolamenti da Enterococco VRE, con una prevalenza residua di 2.6 casi/1000gd. Seguono la stessa direzione la KPC (-19,7%, 6.1 casi/1000gd) e Staphylococcus aureus MRSA (-49.1%, 6 casi/1000gd). Stabile invece l'Escherichia coli ESBL+ (-7.4%, 8.4 casi/1000gd), la Klebsiella KPC (-5%, 3.8 casi/1000gd) ed il Clostridium difficile (1.7 casi/1000 gd come nel 2019).

Infine non abbiamo registrato casi nel 2020 di E.coli, Proteus ed Enterobacter resistenti ai carbapenemici, oltre a ceppi di Stafilococco resistenti alla vancomicina (VISA o H-VISA), presenti nei report del 2019. Questi risultati hanno determinato inoltre una riduzione dell'utilizzo di alcune classi di antibiotici in termini di DDD/1000 giornate di degenza, come i chinolonici, (12.01 DDD/1000 gd per la ciprofloxacina e 9.67 DDD/1000 gd per la levofloxacina, -50,7% rispetto al 2019), e i carbapenemici (46.7 DDD/1000 gd, vs 60.5 DDD/1000 gd). Più che raddoppiato risulta invece il consumo di gel idroalcolico (11.75 lt/1000 gd nel 2019, 23.1 lt/1000 gd nel 2020).

La significativa riduzione degli isolamenti alert che abbiamo osservato nel 2020 rappresenta il successo dell'implementazione delle misure di sicurezza in termini di utilizzo di DPI e di corretta igiene delle mani; tali misure, necessarie per l'emergenza pandemica, hanno determinato, la riduzione della prevalenza delle infezioni ospedaliere soprattutto nei reparti non coinvolti nella gestione di pazienti Covid positivi.



**OSPEDALE  
EVANGELICO  
INTERNAZIONALE**  
Ente ecclesiastico civilmente riconosciuto



**ANMDO**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
L'INTEGRAZIONE SANITARIA MULTIDISCIPLINARE  
E L'ATTIVITA' INFORMATICA IN SANITA'  
PROGRAMMA INNOVATIVO

**Ospedale Evangelico Internazionale Finestra Rosa: continuità a vittima violenza in periodo pandemico**

*Marinella Faijgheri\* Alessio Parodi\*\* Barbara Oliveri Cavaglia\*\*\**  
\*DMO - Responsabile S.S. Direzione Medica Ospedaliera (D.S.) \*\* Direttore Generale \*\*\* Presidente

**Introduzione**

*L'approccio con differenti modalità di relazione di supporto alla vittima, con l'utilizzo di metodi resisi ancora più utili in attuale periodo di emergenza sanitaria, hanno indirizzato anche ad alimentare una maggiore evidenza delle notizie di utilità, di informazione sulle possibilità alla via d'uscita dal triste fenomeno violenza, sul sito web OEI, come base per efficace comunicazione con l'Utenza interessata. È di sempre maggiore interesse l'implementazione dell'informatizzazione dei canali di comunicazione rivolti al Cittadino, come nuovo metodo di colloquio e di veicolazione informazioni, stante il sempre maggiore utilizzo per facilità d'uso, nella popolazione di tutte le fasce d'età, di dispositivi ed apparecchi ad alta tecnologia e di piccole dimensioni (smartphone, e-book reader, tablet PC et al.).*

*La modalità a distanza, anche come possibilità di fruizione, alternata con il tradizionale colloquio in presenza, nei casi ove sia possibile, rappresenta forma di facilitazione per le esigenze di contatto con e della vittima, con maggiore adesione, bilanciandosi con la necessità di privacy non ultimo di minori spostamenti in caso di lockdown per raggiungimento di sede fisica, per l'effettuazione dei colloqui di ascolto psicologico.*

**Si inserisce altresì come elemento base, del progetto Finestra Rosa, la vigile attenzione al fenomeno come attività divulgativa, formativa ed in-formativa, come passa parola e condivisione alle azioni di contrasto tra gli "attori" di diversa estrazione, sanitari e non, che partecipano all'indirizzo di prevenzione e pertanto al contrasto alla violenza, maltrattamento ed abuso**

**Conclusioni**

*La modalità a distanza, pertanto, è in implementazione anche per l'organizzazione di momenti di confronto, come Eventi rivolti ad Istituzioni sanitarie, come anche Forze dell'Ordine, Procura, Centro antiviolenza, Consolati maggiormente rappresentativi per popolazione residente, coinvolgendo anche l'Istruzione (Università e scuola secondaria di secondo grado). Associazioni con indirizzo al sociale, al fine di cogliere e raccogliere le opportunità per aggiornamento concreto, divulgazione e mantenere alta l'attenzione.*

**Dal 2013 vengono effettuati eventi nel corso dell'anno, compreso lo scorso 2020, con WEB Conference o meeting a distanza.**



Sede Castelletto



GENOVA



Presidio Voltri











# VACCINO ANTI-COVID19 E OSPEDALIZZAZIONE COVID19 CORRELATA: *analisi degli outcome al P.O. di Vittoria*

Dimarco S.<sup>oo</sup>; Barbarossa C.<sup>oo</sup>; Midolo A.<sup>oo</sup>; Giarratana A.\*; Drago G.\*

<sup>oo</sup>DIREZIONE MEDICA - SERVIZIO INFERMIERISTICO P.O. VITTORIA; \*DIREZIONE MEDICA P.O. VITTORIA

**PAROLE CHIAVE:** Efficacia vaccino Covid19; Ricoveri Covid19; Mortalità Covid19.

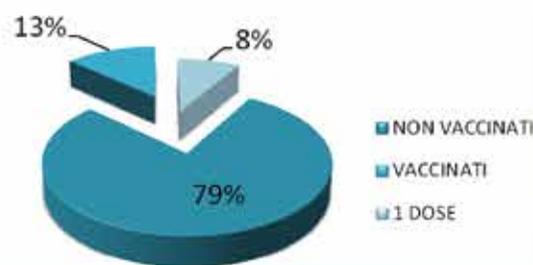
## INTRODUZIONE

Alla luce dell'attuale pandemia da SARS CoV-2, considerato che le evidenze disponibili in Italia indicano un'efficacia dei vaccini nella popolazione generale italiana nel ridurre il rischio di infezione, di ricovero e decesso COVID-19 correlato, è stato avviato uno studio osservazionale retrospettivo al fine di stimare l'impatto della vaccinazione antiCovid-19 sull'outcome dei soggetti positivi a SARS-Cov2 ricoverati nell'U.O. di Medicina Covid del P.O. di Vittoria dell'ASP di Ragusa

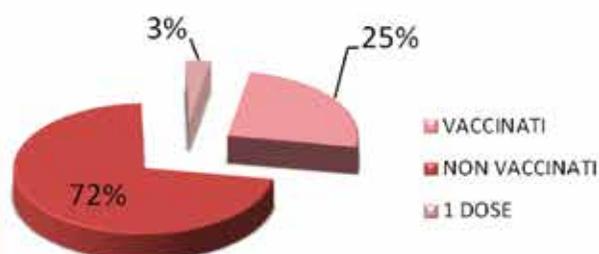
## CONTENUTI

Lo studio è stato condotto dal 26 luglio 2021 al 15 settembre 2021. Dei 117 pazienti ricoverati per Covid-19 presso l'U.O. di Medicina Covid dell'Ospedale "Guzzardi" di Vittoria, il 79% non era vaccinato (92), l'8% aveva ricevuto solo la 1° dose di vaccino (10) e il 13% con ciclo vaccinale concluso (15). Fonti dei dati sono state la piattaforma GECoS e il software Modulab. Dei 117 pazienti ricoverati, il 17% (20) è guarito con tampone molecolare negativo e di questi il 75% (15) non era vaccinato, il 5% (1) aveva ricevuto solo la 1° dose e il 20% (4) vaccinato con doppia dose. Il 57% (67) dei pazienti è stato dimesso a domicilio con tampone ancora positivo: di questi, l'85% (57) non era vaccinato, il 7% (5) aveva ricevuto la 1° dose e il restante 7% con ciclo vaccinale concluso. La degenza media è stata pari a 8 giorni (1-30gg). È stato stimato un tasso di mortalità pari al 27% (32), di cui il 72% (23) non era vaccinato, il 3% (1) aveva ricevuto solo la 1° dose di vaccino e il 25% (8) dei pazienti con ciclo vaccinale concluso. È emerso, inoltre, che il 53% dei pazienti deceduti era affetto da **patologie croniche** (cardiovascolari, neurologiche, polmonari, renali, diabete, BMI >30-40), e di questi il 59% (10) non era vaccinato, il 6% (1) aveva ricevuto solo la 1° dose di vaccino e il 35% (6) era vaccinato.

## Ricoveri Covid Totali al P.O. di Vittoria (Dal 27/07/2021 al 15/09/2021)



## % Copertura vaccinale nei soggetti deceduti



## CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati sull'ospedalizzazione e sui decessi Covid-19 correlati, messi in relazione con età media e patologie concomitanti, emerge l'effetto protettivo del vaccino antiCovid-19 con percentuali di ospedalizzazione e decessi per i soggetti non vaccinati rispettivamente del 79% e del 72%, con un'età media di 72 anni e incidenza di patologie croniche del 43%, e con un'età media di 86 anni e incidenza di patologie croniche pari al 75% per i soggetti deceduti vaccinati.

## BIBLIOGRAFIA

- <https://gecos.drpsicilia.it/users/login> - Piattaforma GECoS
- <https://w12.websanitary.it/App/jbSSO/Login.jsp> - Software WEBSANITARY - ASP Ragusa
- Software MODULAB - ASP Ragusa





## Programma di screening mammografico nell'ASP di Caltanissetta:

### La prevenzione su quattro ruote

A.Cirroni-Ciotta, M.Pizzicini, V.Cicchione, C. Debiti, R. Debiti  
 1 Reparto Diagnostica Medica di Pronto Soccorso, San'Onofrio - Caltanissetta  
 2 Dipartimento Diagnostica ASP - Caltanissetta  
 3 Dipartimento Malattie PO San'Onofrio - Caltanissetta  
 4 Dipartimento Farmacia UOC Farmacia PO San'Onofrio - Caltanissetta  
 5 Divisione Medica di Pronto Soccorso, San'Onofrio - Caltanissetta

#### PAROLE CHIAVE

Screening, mammografia, unità mobile

**INTRODUZIONE** Il concetto di salute non comprende soltanto gli aspetti medico-sanitari, ma include anche i fattori sociali e ambientali che lo condizionano. La nostra Mission Aziendale è di potenziare la capacità d'intercettare, prendere in carico e dare risposta alle necessità assistenziali dei cittadini, attraverso una continua analisi dei bisogni sul territorio provinciale. Le azioni poste in essere si propongono di implementare la partecipazione di quelle fasce di popolazione che, per condizioni di fragilità sociale o di salute, hanno una scarsa percezione dell'importanza della prevenzione. I programmi di screening attivi dal 2010 nel territorio dell'ASP di Caltanissetta sono tre: lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto, del collo dell'utero e della mammella. Dal 2012 gli screening rientrano tra i LEA.

• **CONTENUTI** Lo screening è un intervento pianificato di Sanità Pubblica che consiste nell'offerta attiva ad una popolazione definita, di un test diagnostico che sia affidabile, sicuro, economico e con garanzia dell'eventuale iter diagnostico terapeutico secondo protocolli definiti.

• Vista la diversità morfologica del territorio che vede comuni dislocati in aree più periferiche rispetto ai Presidi Ospedalieri maggiori, L'Azienda Sanitaria prevede l'utilizzo di un mezzo mobile di mammografia, per le donne tra i 50 e 69 anni, residenti in tali zone.

• Il centro gestionale screening aziendale in collaborazione con i Presidi Territoriali e con le Istituzioni locali pianifica questa attività, individuando un sito per allocare il mezzo mobile che sia di facile accesso alla popolazione target; elaborando degli inviti a tutte le donne residenti e rientranti nell'età target; provvedendo ad una massiccia campagna pubblicitaria al fine di dare massima diffusione dell'evento; assicurando un calendario flessibile che vada incontro alle necessità delle donne.



**CONCLUSIONI** Le mammografie eseguite sul mezzo mobile tramite mammografo digitale, vengono refertate in doppio cieco da due lettori certificati, ed il risultato negativo viene spedito alla residenza della donna in 30 giorni, così come previsto dalle linee guida delle società scientifiche.

Le donne invece che necessitano di un esame di secondo livello verranno invitate ad eseguire tale test sul mezzo mobile previo appuntamento telefonico.

Per il biennio 2018/2019 sono stati eseguiti 5.318 esami di primo livello



Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta  
 Screening Oncologici

Se hai tra i 50 ed i 69 anni  
 e sei residente nella Provincia di Caltanissetta,  
 puoi presentarti con la lettera di invito  
 oppure spontaneamente presso  
 l'Unità Mobile nel tuo Comune  
 per fare la mammografia.  
 Un esame veloce e gratuito che può salvarti la vita.



Per informazioni rivolgiti al tuo Medico Curante  
 oppure al Centro Gestionale Screening  
 tel. 0934-506056

Servizio attivo presso  
 Nel seguenti giorni \_\_\_\_\_  
 Orai \_\_\_\_\_

Centro Gestionale Screening  
 screening@aspc.it



### ATTIVITÀ LUDICA GUIDATA FAMILY CENTERED IN PEDIATRIA POSTCOVID INTEGRANDO IN PRESENZA E DA REMOTO

Callegaro A.<sup>1</sup>, Incasa L.<sup>2</sup>, Colelli A.<sup>3</sup>, Garzia A. R.<sup>4</sup>, Spezia E.<sup>5</sup>, Bergonzini P.<sup>5</sup>, Iughetti L.<sup>6</sup>, Sircana L.<sup>7</sup>

1. Direzione Sanitaria AOU Modena; 2. Titolare Borsa di Studio, Terapista Occupazionale AOU Modena;  
3. Direzione Professioni Sanitarie AOU Modena; 4. Direttore Professioni Sanitarie AOU Modena;  
5. Struttura di Pediatria AOU Modena; 6. Direttore Struttura di Pediatria e Dipartimento Materno Infantile AOU Modena;  
7. Direttore Sanitario AOU Modena;

**Parole-chiave:** Pediatria, Remoto, Tablet

#### Introduzione

Per il significativo feedback espresso da trenta bambini di età 4-12 anni con problemi neuromotori e/o epilessia e le loro famiglie, afferenti all'Ambulatorio di Neuropediatria del Policlinico, rispetto ad una Attività ludico abilitativa di Terapia Occupazionale proposta durante il tempo della pandemia, si è passati a considerare questa Attività da *reazione di adattamento necessaria* all'Emergenza COVID ad una *possibile proposta abilitativa POSTCOVID*, caratterizzata dall'uso del tablet e dalla modalità da remoto come aspetti tra loro integrati e integrabili con la modalità in presenza.

#### Contenuti

Abbiamo verificato la fattibilità di un'integrazione della modalità da remoto con lo strumento tablet, utilizzato già prima dell'Emergenza sanitaria come strumento ludico digitale entro un'Attività di gioco di Terapia Occupazionale attuata interamente in presenza nel periodo PRECOVID. La modalità da remoto è stata considerata per poter continuare a svolgere in sicurezza l'attività, mantenendone a distanza le caratteristiche di reciprocità e azione comune coordinata Terapista Occupazionale-Bambino in un'ottica *Family Centered Care*.

Nell'impiego del tablet come strumento di gioco e di attivazione del bambino, la Terapista Occupazionale ha fatto riferimento alle diverse possibilità di utilizzo del tablet già precedentemente sperimentate, coordinandosi con il bambino stesso durante l'attività oppure coinvolgendolo attraverso la sua guida.

La modalità da remoto è stata attuata, in continuità con la visita di controllo ambulatoriale e dopo una necessaria interazione in presenza, come interazione a distanza *sincrona e su base imitativa bambino - figura guida* (Bandura), anche per la costruzione di un'Azione abilitativa condivisa Terapista Occupazionale - Bambino e Famiglia. Rispettando le tre categorie operative di *Reciprocità, Stabilità ed Equilibrio*, assieme agli aspetti emergenti ricercati di *Sintonia* con il bambino, di *Sincronia* come *coordinazione temporale* e di *Sinergia* come *ricerca di un obiettivo comune*. Inoltre, sia l'uso del tablet che la modalità da remoto, sono state proposte considerando "la storia naturale" (Ferrari) assieme agli interessi ludici e le possibilità di performance del bambino secondo il modello della "Sintesi Afferente" (Anochin): per una *personalizzazione* dell'attività e la *sostenibilità* della stessa da parte della famiglia (*essenzialità utile* della proposta).

#### Conclusioni

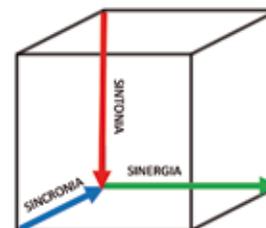
La Qualità dell'Azione ludica così attuata con trenta bambini e famiglie e la "percezione di autoefficacia" mostrata da quasi la totalità dei bambini durante l'attività di gioco attraverso la loro iniziativa motoria e la performance coordinata e cooperativa con la Terapista Occupazionale, ci ha orientati sulla possibilità di considerare il *Remoto* e l'*uso del Tablet* come una valida modalità, adeguatamente integrata con la modalità *in Presenza*, per non arrestarsi di fronte alla pandemia ma continuare a sostenere la partecipazione del bambino con disabilità nel suo agire in un'Azione condivisa cooperativa (Tomasello).

#### Riferimenti Bibliografici

- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, *I Valori, Atto Aziendale* (2018);
- Tomasello M., *Diventare Umani* (2019);
- Ferrari A., Cioni G., *Le forme spastiche della Paralisi Cerebrale infantile* (2005);
- Anochin P. K. et al., *Neurofisiologia e Cibernetica* (1973);
- Bandura A., *The role of imitation in personality development* (1963);



ASPETTI EMERGENTI NELL'ATTIVITÀ LUDICA GUIDATA DA REMOTO:





## RICONDIZIONAMENTO DEI DMR: BUONE PRATICHE E RIDUZIONE SPRECHI AL DISTRETTO GIOVANNINI, ZD PRATESE

Enrica Stancanelli (1), Irene Bellini (2), Antonietta Ferracane (3), Laura Tattini (2)

1. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Firenze
2. SOSD Coordinamento Sanitario Servizi di Zona Prato
3. UOSD Ecomanagement Prato Pistoia

**Parole chiave:** STERILIZZAZIONE, DMR, ICPA

### Introduzione

Il processo di sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili (DMR) rappresenta un momento essenziale nella prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICPA).

La sterilizzazione deve garantire lo Steril Assurance Level (probabilità  $< 10^6$  di trovare un microrganismo vivente). Essendo un processo speciale, l'esito può essere assicurato solo tramite la garanzia e la tracciabilità dei processi, la formazione del personale addetto e le competenze gestionali.

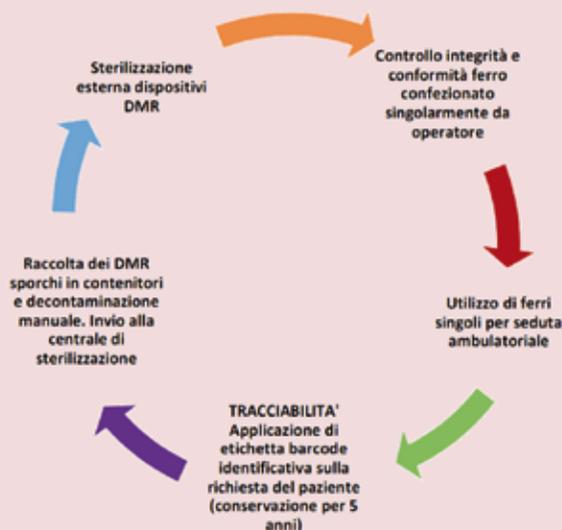


Figura 1 Nuova procedura di ricondizionamento DMR

I costi attesi sulla base del costo/visita pre-procedura per il n° visite del 2° trimestre sono 11.003€, con costi evitati sui 3 mesi di 469€ e un risparmio annuo previsto di 1.876€.

Si è calcolato il numero dei ferri inviati alla centrale di sterilizzazione pre e post-procedura, con un risultato di 6094 contro 4851 ottenendo, dopo aggiustamento per n° visite, un surplus di 1542 ferri non utilizzati ma sottoposti a sterilizzazione nel periodo pre.



Figura 2 Analisi dei costi prima-dopo

### Contenuti

Da aprile 2021 al CSS Giovannini- poliambulatorio di 5100mq- si è attuata una nuova procedura per il ricondizionamento dei DMR, poiché la precedente comportava spreco di risorse (kit da 60 ferri per seduta ambulatoriale) e scarsa tracciabilità (etichetta non univoca per ferro e paziente). L'attuale iter prevede ferri in confezione singola, l'applicazione dell'etichetta sulla richiesta del paziente, con un miglior controllo ed uniformità nelle varie fasi del processo.

Si è condotta un'analisi dei costi prima-dopo considerando rispettivamente i mesi di ottobre, novembre 2020 e gennaio 2021 (dicembre escluso per ferie) contro maggio, giugno e luglio 2021. Nei mesi precedenti le spese totali sono state 10.489€ per 10.985 visite di ORL, oculistica, chirurgia, dermatologia e ginecologia in regime istituzionale e LP (costo/visita 0,95€) vs 10.543€ per 11.524 visite con un rapporto costo/visita di 0,91€ nel 2° trimestre.

### Conclusioni

L'attuale procedura ha consentito una riduzione dei costi e del consumo superfluo dei ferri, con miglioramento della tracciabilità, qualità dell'assistenza, sicurezza degli utenti e dei professionisti, ed appropriatezza delle prestazioni erogate.



## SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO: ANALISI DEL PS SANT'ELIA DI CALTANISSETTA ED ELABORAZIONE DI INTERVENTI O AZIONI DI CONTRASTO AL SOVRAFFOLLAMENTO

B. Trobiai, M.P. Santino<sup>2</sup>, V. Carochiera<sup>3</sup>, C. Trobiai, G. Roccia<sup>4</sup>, A. Citrone Cipolletti<sup>5</sup>, C. Liotta<sup>7</sup>, I. Mastrolimone<sup>8</sup>

1 Direttore Medico di Presidio P.O. Sant'Elia - Caltanissetta

2 Direttore Sanitario ASP Caltanissetta

3 Dirigente Biologo P.O. Sant'Elia Caltanissetta

4 Dirigente Farmacista UOC Farmacia P.O. Sant'Elia - Caltanissetta

5 Direttore UOC Cure Primarie - Caltanissetta

6 Responsabile Direzione Medica di Presidio P.O. Sore Cecilia Busarocco - Niscemi

7 Responsabile Hub Vaccinale Area Nord - Caltanissetta

8 CPS Infermiere - Direzione Medica di Presidio P.O. Sant'Elia - Caltanissetta

**PAROLE CHIAVE:** prevenzione, pronto soccorso, sovrappollamento

### INTRODUZIONE:

I servizi di Pronto Soccorso (PS) rappresentano il principale punto di riferimento per i bisogni sanitari urgenti e non programmati dei cittadini che vi ricorrono, in modo non preordinato, con esigenze e priorità differenti. Attualmente la principale criticità dei servizi di PS è rappresentata dal Sovraffollamento, ovvero quel fenomeno che periodicamente compromette il normale funzionamento del PS, determinato dallo squilibrio tra domanda sanitaria e la capacità di offerta della struttura. Il sovraffollamento incide negativamente sulla qualità del servizio offerto e sugli esiti delle prestazioni in termini di mortalità o morbilità ospedaliera, aumenta il rischio di eventi avversi, peggiora la qualità percepita da parte dei pazienti e familiari/accompagnatori, peggiora il benessere psico-fisico degli operatori (burn out), riduce il rendimento lavorativo, compromette la privacy dei pazienti, aumenta il rischio di aggressioni ed episodi di violenza a danno degli operatori e compromette la fiducia dei cittadini verso i servizi di emergenza.

La misurazione e il monitoraggio degli indicatori di sovraffollamento costituisce il presupposto fondamentale per consentire alle Direzioni aziendali, ai Bed Manager, ai Responsabili dei PS e a tutte le figure coinvolte nei processi governance di intervenire tempestivamente per contrastare il sovraffollamento e/o il suo peggioramento.

### MATERIALI E METODI:

Sono stati monitorati i valori medi di K1, K2 e K3 nella 1° settimana dei mesi di febbraio, maggio, agosto e novembre 2017 con quattro misurazioni giornaliere, prendendo in esame:

K1 (t) = n. pazienti presenti al tempo t al PS con una permanenza <24h

K2 (t) = n. pazienti presenti al tempo t al PS con una permanenza compresa tra 24h e 48h

K3 (t) = n. pazienti presenti al tempo t al PS con una permanenza >48h

### RISULTATI:

Nel 2017 il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero Sant'Elia di Caltanissetta ha registrato 32.495 accessi con tempi di permanenza standard ( p10=0,29; p25=1,09; p50=2,50; p75=6,24; p90=18,19).

Di seguito si riportano i Valori Medi di K1, K2 e K3 nella prima settimana dei mesi di febbraio, maggio, agosto e novembre dell'anno 2017 presso il Pronto Soccorso del P. O. Sant'Elia di Caltanissetta.

Pronto Soccorso	K1 <24h	K2 24-48h	K3 >48h	K1 <24h	K2 24-48h	K3 >48h	K1 <24h	K2 24-48h	K3 >48h	K1 <24h	K2 24-48h	K3 >48h
	16,8	3,5	1,8	16,4	2,7	0,8	20,8	4,4	1,9	16,9	2,9	2,2

Il problema del sovraffollamento è complesso e la soluzione implica una pluralità di interventi con significativo impegno di risorse e osservanza dei Piani Aziendali per la Gestione del Sovraffollamento (PAGS).





## Colonizzazioni da MDRO nell'Ospedale Alta Val d'Elsa di Poggibonsi: focus su *Enterococcus faecium* VRE



Giancarlo Santoriello<sup>1</sup>, Annunziata Rebuffat<sup>2</sup>, Stefania Ciulli<sup>3</sup>, Stefano Trapassi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Direzione ospedaliera di Presidio Ospedaliero Alta Val D'Elsa, Usl TSE della Toscana

<sup>2</sup> Direttore U.O.S.D. Analisi chimico cliniche Presidio Ospedaliero Alta Val D'Elsa, Usl TSE della Toscana

<sup>3</sup> Infermiere addetto al controllo delle Infezioni Presidio Ospedaliero - Zona Alta Val d'elsa Usl TSE della Toscana

**Parole Chiave**  
Sorveglianza Infezioni,  
ICA, VRE

### Introduzione

*Enterococcus faecium* resistente alla vancomicina (VREF) è un agente patogeno emergente che causa un numero significativo di infezioni associate all'assistenza sanitaria (ICA)<sup>1</sup>. Questo non solo per la difficoltà di trattare una eventuale l'infezione, per via del profilo di resistenza, ma anche per la possibilità che il gene di antibiotico-resistenza sia trasmesso ad altri patogeni, ed alla capacità del microrganismo di sopravvivere nell'ambiente. A causa del suo significato clinico, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) lo ha inserito nella sua lista di priorità globale di batteri resistenti agli antibiotici<sup>2</sup>. In diversi paesi sono già in atto programmi per contenere la diffusione degli enterococchi resistenti alla vancomicina (VRE)<sup>3,4</sup>.

### Contenuti

Dal novembre 2020, a causa dell'epidemia da Sars-Cov 2, lo screening sui pazienti per la ricerca CRE sui tamponi rettali, viene completamente eseguita nel laboratorio di microbiologia all'interno del presidio.

In sei mesi, dal 01/12/2020 al 31/05/2021, sono stati eseguiti n° 3193 tamponi rettali di screening su 1087 pazienti ricoverati. Sono stati isolati 134 MDRO, in 123 pazienti. La prevalenza dei pazienti colonizzati per l'evento ricovero è stata del 11,3%. Il microrganismo isolato con maggior frequenza è risultato essere il VREF (64,2 % dei casi). Sul totale dei pazienti esaminati, la prevalenza dei colonizzati da VREF durante la degenza è stata del 7,5% (n° 86), e del 2,9% (n°30) all'ingresso in struttura. In tutti questi casi è stata testata l'antibiotico resistenza.

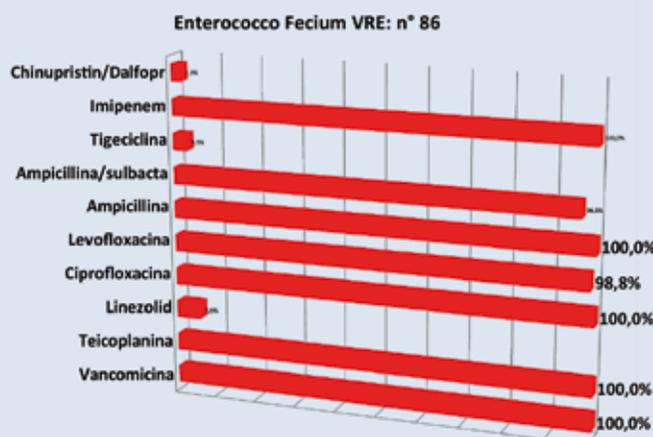
### Conclusioni

Questa inaspettata prevalenza di colonizzati da VREF ha accentuato delle criticità, ad esempio la disponibilità di stanze singole. Questo ha imposto una più grande attenzione degli operatori sanitari nel contrastare la trasmissione da paziente a paziente: dall'adesione all'igiene delle mani, al monitoraggio dell'igiene ambientale e dello strumentario. Una riflessione deve essere fatta sullo screening attivo che, nell'ambito di un più ampio programma di prevenzione delle infezioni, ha la potenzialità di ridurre i tassi di colonizzazione e infezione da VRE<sup>5</sup>.

Tabella 1  
Screening CRE : pazienti colonizzati MDRO

Screening CRE:Periodo 01/12/2020-31/05/2021	Tampone rettale D'ingresso		Tampone rettale Monitoraggio settimanale		Totale	
	n° positivi	%	n° positivi	%	n° positivi	%
<b>Enterococcus faecium (VRE)</b>	27	31,40%	59	68,60%	86	64,20%
<b>Pseudomonas aeruginosa (CRPSa)</b>	11	42,30%	15	57,70%	26	19,40%
<b>Klebsiella pneumoniae (CRE)</b>	8	72,70%	3	27,30%	11	8,20%
<b>Enterococcus faecalis (VRE)</b>	1	16,70%	5	83,30%	6	4,50%
<b>Enterobacter aerogenes (CRE)</b>	0	0,00%	2	100,00%	2	1,50%
<b>Escherichia coli (CRE)</b>	0	0,00%	2	100,00%	2	1,50%
<b>Acinetobacter baumannii (CRAB)</b>	1	100,00%	0	0,00%	1	0,70%
<b>Totale</b>	<b>48</b>	<b>35,80%</b>	<b>86</b>	<b>64,20%</b>	<b>134</b>	<b>100,00%</b>

Grafico 1  
Antibiotico resistenza rilevata in 86 pazienti colonizzati E.Faecium VRE



### Bibliografia

- [1] Morfin-Otero, R., et al. Enterococci as Increasing Bacteria in Hospitals: Why Are Infection Control Measures Challenging for This Bacteria?. *Curr Treat Options Infect Dis* 10, 129–142 (2018). <https://doi.org/10.1007/s40506-018-0186-8>
- [2] Tacconelli E, et al; WHO Pathogens Priority List Working Group. Discovery, research, and development of new antibiotics: the WHO priority list of antibiotic-resistant bacteria and tuberculosis. *Lancet Infect Dis*. 2018 Mar;18(3):318-27. DOI: 10.1016/S1473-3099(17)30758-3
- [3] Swissmedic - Contenimento della diffusione degli enterococchi resistenti alla vancomicina (VRE) in Svizzera: aggiornamento delle raccomandazioni nazionali. Versione 2.0 (dicembre, 2019)
- [4] Weterings V, et al Management of a hospital-wide vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* outbreak in a Dutch general hospital, 2014-2017: successful control using a restrictive screening strategy. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2021 Feb 18;16(1):38. doi: 10.1186/s13756-021-00906-x. PMID: 33602300; PMCID: PMC789727.
- [5] Raven, Kathy E., et al "Complex routes of nosocomial vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* transmission revealed by genome sequencing." *Clinical infectious diseases* 64, no. 7 (2017): 880-803.



## Protocollo di studio del titolo anticorpale post-vaccinazione anti-SARS-CoV-2 presso INIRCA Marche



Daniele Arsego<sup>1,2</sup>, Cristiana Marzocchi<sup>3</sup>, Riccardo Luzzi<sup>2</sup>, Roberta Galeazzi<sup>4</sup>, Letizia Ferrara<sup>5</sup>

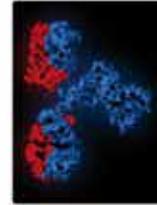
<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica Delle Marche – Ancona; <sup>2</sup> Direzione Medica IRCSS INIRCA Marche; <sup>3</sup> Direzione Infermieristica IRCSS INIRCA Marche; <sup>4</sup> Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Molecolari IRCSS INIRCA Marche; <sup>5</sup> UOS Rischio Clinico - Direzione Medica IRCSS INIRCA Marche

### Introduzione

Nel 2020 l'attività di screening per l'infezione da SARS-CoV-2 tra i dipendenti dell'IRCSS INIRCA Marche è stata eseguita sistematicamente grazie allo sforzo organizzativo congiunto della Direzione Medica, del Laboratorio Analisi e delle Unità Operative.

L'inizio della campagna vaccinale, con l'immediato coinvolgimento delle figure sanitarie, ha reso la metodica sierologica non più efficace per lo screening già all'inizio del 2021.

Mentre l'attività di prevenzione è stata quindi affidata senza soluzione di continuità all'impiego di tamponi antigenici rapidi strumentali, l'uso dei test sierologici è stato riconvertito alla valutazione postvaccinale periodica e volontaria della concentrazione di anticorpi specifici per SARS-CoV-2.



Il protocollo di studio prevede un primo prelievo dopo 14 giorni dal completamento del ciclo vaccinale, successivamente ogni 30 giorni.

La metodica di analisi si basa sulla tecnologia in chemiluminescenza (CLIA) e consente il rilevamento degli anticorpi IgG anti-Spike nella sua forma trimerica.

### Contenuti

Il presente lavoro ha analizzato i dati raccolti dall'inizio della campagna vaccinale (27/12/2020) fino al 08/09/2021.

Tra le 1102 persone sottoposte a prelievi periodici di follow-up, sono state individuate quelle che hanno seguito regolarmente il protocollo almeno fino al sesto mese dopo il completamento del ciclo vaccinale.

Sono state dunque individuate 680 persone sottoposte a una media di 6,2 prelievi nell'arco di 5,7 mesi. Da inizio pandemia, 75 soggetti hanno avuto una positività al tampone per la ricerca di SARS-CoV-2. Per ogni soggetto è stato individuato il titolo anticorpale più elevato (picco) e la data in cui è stato registrato.

Il valore di cut-off diagnostico stabilito è 33,8 BAU/ml.

Ai fini del calcolo dei valori medi, il valore >2080 BAU/ml è stato approssimato a 2081.

I risultati ottenuti sono i seguenti:

- **Tutti i 680 soggetti sono risultati positivi al primo prelievo:**
- **La media dei picchi raggiunti è 1908,1 BAU/ml;**
- **Il picco è stato raggiunto in media nell'arco di 0,3 mesi dal primo prelievo (circa 20 giorni dalla seconda dose di vaccino);**
- **La media dei risultati più bassi registrati è 452,3 BAU/ml;**
- **Per il 5,1% dei soggetti (n=35), il titolo si è mantenuto >2080 BAU/ml. Di questi, il 71,4% (n=26) è stato positivo a COVID-19;**
- **Laddove si è riscontrata una riduzione del titolo al di sotto dei 2080 BAU/ml (n=645, dei quali 49 sono stati positivi al COVID), questa è stata mediamente di 278 BAU/ml al mese dal picco;**
- **Una sola persona si è negativizzata al sierologico dopo il completamento del ciclo vaccinale senza altre apparenti condizioni concorrenti (titolo più alto 660 BAU/ml, titolo più basso 33 BAU/ml, raggiunto nell'arco di sei mesi e mezzo);**
- **La media degli ultimi risultati registrati cronologicamente è 511,7 BAU/ml.**

### Conclusioni

Sulla base di questa analisi preliminare, il 99,8% dei dipendenti INIRCA responsabili al ciclo vaccinale completo e sottoposti a follow-up, è ancora positivo al test sierologico dopo circa sei mesi.

L'organizzazione del follow-up sierologico è un esempio di cooperazione interdisciplinare efficace tra Direzione Medica e Infermieristica, Laboratorio e Unità Operative.

Tale cooperazione sta iniziando a mostrare risultati che possono essere utilizzati nell'ambito dell'epidemiologia e della ricerca, per affrontare in maniera consapevole ed evidence-based le prossime fasi della pandemia e ridurre i rischi dell'assistenza per gli operatori e per i pazienti.

## CAMPAGNA VACCINALE ANTI COVID-19 DEL DISTRETTO PRATESE

Mario Bruschi<sup>1</sup>, Raffaella Bartolini<sup>2</sup>, Alessandro Pecchioli<sup>3</sup>, Annalisa Landi<sup>4</sup>, Guglielmo Bonaccorsi<sup>5</sup>, Laura Tattini<sup>2</sup>

- 1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, UNIFI
- 2 SOSD Coordinamento Sanitario Servizi di Zona Prato
- 3 SOS Cure Primarie Prato
- 4 Referente USCA Prato
- 5 Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, UNIFI



### Parole chiave

Campagna vaccinale

### Introduzione

La campagna vaccinale anti COVID-19 nel territorio pratese, organizzata dal Coordinatore Sanitario della Zona Distretto, è iniziata da una RSA di Prato, il 30.12.2020, con l'attività svolta dal Team USCA (medico, infermiere o assistente sanitario). La vaccinazione ha gradualmente coinvolto gli ospiti di 18 RSA, 7 Comunità Alloggio Protetto, 16 Centri Diurni Disabili, 3 Case Famiglia Disabili, Strutture Residenziali e Semiresidenziali della Salute Mentale, 3 Comunità del SERD e 5 Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS). Inoltre, sono state eseguite vaccinazioni domiciliari, ambulatoriali (nell'ex Presidio Ospedaliero Misericordia e Dolce) e presso le Sedi Distrettuali dei Comuni periferici dell'Area pratese.

### Contenuti

Dal 30.12.2020 al 15.09.2021 i Team USCA hanno somministrato 10.328 dosi (6.281 Comirnaty, 3.972 Vaxzevria e 75 Jansen).

Nel grafico 1 l'andamento di Comirnaty.

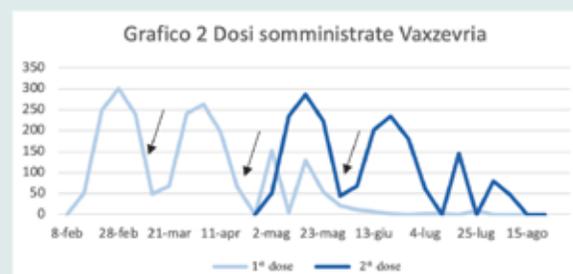
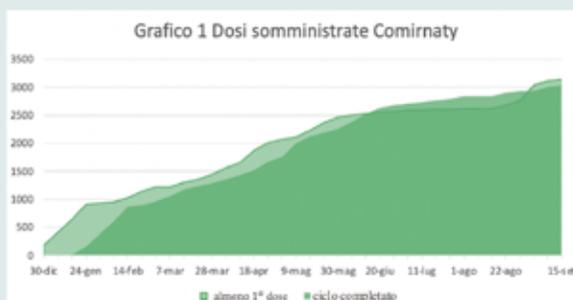
L'organizzazione, flessibile in base a disponibilità di vaccini e target, ha previsto l'impiego costante di almeno un Team USCA dedicato.

La campagna vaccinale è suddivisa in 3 fasi:

La 1ª ha interessato ospiti e operatori di R.S.A e C.D.: al 15.04.2021 le dosi erano 3000 (1508 1ª dose e 1492 ciclo completo).

La 2ª, iniziata il 14.02.2021, era rivolta a lavoratori essenziali, presso gli Hub nei Distretti dei Comuni di Carmignano, Montemurlo, Poggio a Caiano, Vaiano e Casa della Salute di Vernio, con sedute settimanali di Vaxzevria. In un'occasione, per gli over 60, a Vaiano è stato usato Jansen.

Nel grafico 2 l'andamento settimanale di 1ª dosi (2116) e 2ª (1856) con relativi periodi di sospensione, al 15.08.2021.



Dal 28.03.2021, l'offerta, sia domiciliare che ambulatoriale, è estesa ai pazienti fragili. Al 15.09.2021 risultano 1394 dosi domiciliari (668 1ª dose e 726 ciclo completo).

Nella 3ª fase, da metà agosto 2021, è iniziata la vaccinazione di ospiti dei CAS e di altre categorie rimaste escluse (stranieri non iscritti al SSN): in un mese sono state effettuate 635 dosi di Comirnaty (483 1ª dose e 152 ciclo completo).

### Conclusioni

L'impiego del Team USCA, favorendo la vaccinazione di prossimità, ha permesso di ottenere livelli di adesione pressoché totali nelle strutture descritte e di raggiungere con capillarità persone che, per motivi diversi (non autosufficienza, incertezza all'adesione, impossibilità ad accedere ai servizi), avrebbero ricevuto la vaccinazione in ritardo e con aumentato rischio conseguente di incorrere in COVID-19 nell'attesa.

**ANMDO**

**2° WEB CONFERENCE NAZIONALE ANMDO  
46° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO  
COVID E POSTCOVID: A NEW WORLD  
4-5-6-7 ottobre 2021**

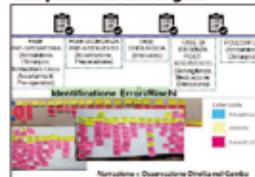
**LEAN4HEALTH - PERCORSO CHIRURGICO:  
"SANIFICAZIONE" IN SALA OPERATORIA"**

(1)P.M. Antonioli, M.C. Manzalini, E.Bruni, M. Maccanti, S. Firenzuola, G. Ferrioli, M. Mistri, P. Simoni, (2)M. Teodorini , P. Caponcelli  
(1) Struttura Semplice Dipartimentale Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara  
(2) Direzione delle Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

**INTRODUZIONE:**

Nel 2018 è stata utilizzata la metodologia del Lean Management per ridurre le infezioni correlate all'assistenza (ICA) nell'Azienda ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Applicare logiche Lean alla sanità significa produrre il massimo valore in termini di outcome di salute per i pazienti, eliminando le possibilità di errore e gli sprechi e migliorando la gestione in un processo continuo.  
Sono state coinvolte nel progetto le Unità Operative di Chirurgia 1 e 2 e Ortopedia, con il seguente percorso: formazione, raccolta dati, mappatura e classificazione dei rischi, definizione e attuazione di strategie migliorative. All'interno del gruppo di lavoro multidisciplinare multiprofessionale sono state valutate, tramite discussioni e visite su campo, il tasso e la tipologia di ICA, classificati i rischi di infezione con matrice FMECA.  
Dal 2° semestre 2018 è stata avviata l'implementato delle azioni di miglioramento utilizzando gli strumenti Lean quali il Visual Management, le 5S ordine e pulizia, la standardizzazione di procedure e check-list.  
Tra le azioni prioritarie dell'area di rischio "Igiene dell'ambiente di cura" è stata individuata la sanificazione e sanitizzazione della sala operatoria tra un intervento e l'altro, attività a carico del personale interno all'equipe (OSS).

**Mappatura del Percorso del paziente chirurgico**



- Categorie di rischio**
1. Trattamento e gestione del paziente
  2. Igiene op./mani/vestiaro
  3. Impiego e gestione materiali/dispositivi/farmaci
  4. Igiene ambienti/arredi/dispositivi
  5. Igiene paziente
  6. Organizzazione, logistica e accessi esterni



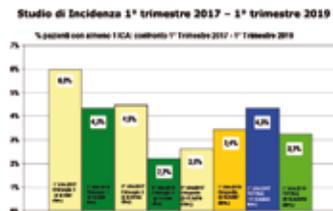
**Obiettivi:**

- Ridurre il tasso delle ICA;
- Individuare strumenti e metodi appropriati per il ripristino della sala operatoria, in conformità agli standard per il controllo delle ISC
- Incrementare la sicurezza dei pazienti;
- Incrementare l'efficienza operativa;
- Migliorare la qualità dell'assistenza;
- Standardizzare i processi;
- Promuovere l'empowerment di operatori.

**ELEMENTI CHIAVE DI SUCCESSO:**

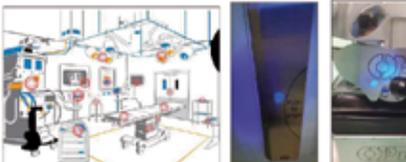
- SMART Goals
- Gemba (The Real Place)
- Visual Management
- PDCA (Plan, Do, Check, Act)

**Esito interventi LEAN:**  
BASELINE: Il tasso di ICA nel primo trimestre 2018 nelle tre aree chirurgiche incluse è stato del 3,7% (16 su 432 interventi).



**FASE 1 febbraio 2020 Baseline:** osservazioni (metodi, tempi e movimenti delle pratiche per il ripristino della sala operatoria tra un intervento e l'altro.

Svolte n. 12 rilevazioni



- Le superfici ad alta frequenza di contatto (LG OMS-AORN) marcate con gel fluorescente, totale di 290 punti. Il personale OSS coinvolto nella pulizia non era a conoscenza dei punti marcati.
- Verifica di esito in base alla rimozione o persistenza dei punti marcati con utilizzo lampada UV.



**FASE 2 marzo-giugno 2020:** analisi dei dati e condivisione dei risultati

**Fase 3:** 2021 definizione del target (pianificazione) per migliorare la performance;  
**FASE 4:** 2021-2022 acquisto del materiale idoneo e formazione del personale per metodo e tempi di pulizia.

**FASE 5 dal 2022:** monitoraggio dei progressi, verifica dei risultati, analisi, interventi correttivi e rivalutazione; revisioni trimestrali del programma, relazione annuale.

- Gli operatori escono dalla sala operatoria molte volte per recuperare materiale;
- Non conoscenza dei movimenti in sala;
- Sala operatoria troppo affollata durante le pulizie;
- Lo sporco sul pavimento viene rimosso nell'ultima fase della pulizia.
- Ogni passaggio del personale rappresenta un elevato rischio di diffusione della contaminazione in sala operatoria;
- Le scialtiche vengono pulite alla fine della pulizia;
- Molto tempo dedicato alla pulizia delle parti basse non sterili (superfici non ad alta frequenza)

**CONCLUSIONI:**

Misurare in modo oggettivo l'efficienza e l'accuratezza della pulizia all'interno di una sala operatoria è fondamentale per raggiungere i risultati e promuovere il miglioramento continuo delle performance di pulizia ambientali, garantendo il rispetto delle raccomandazioni in materia di pulizia della sala operatoria. Tra gli interventi necessari, a garanzia della riduzione delle ISC, oltre all'acquisto di un sistema di pulizia completo di attrezzature e consumabili in microfibra associare l'introduzione delle coperture dei tavoli operatori multistrato assorbenti monouso.  
Il tasso di ISC dell'ultimo trimestre 2022 sarà confrontato con la baseline (tasso ISC dell'ultimo trimestre 2021) per verificare l'efficacia dell'intervento di miglioramento.

## Customer Satisfaction nella campagna vaccinale anti-SARS-COV-2 per soggetti estremamente vulnerabili nella Asl Latina

Sorbara D. <sup>1</sup>, Parrocchia S. <sup>2</sup>, Marrone R. <sup>3</sup>, Carucci R. <sup>4</sup>, Piccaro A. <sup>5</sup>, Battisti G. <sup>6</sup>, Cacciotti A.R. <sup>6</sup>  
P.O. "S.M. Goretti" ASL Latina: <sup>1</sup>Direttore Medico, <sup>2</sup>\*\*Dirigente Medico, <sup>3</sup>Coordinatore Poliambulatori, <sup>4</sup>#CPSI Direzione Medica

Parole chiave: campagna vaccinale, SARS-COV-2, utente

### Introduzione

Il 27 marzo 2021 nell'Ospedale S.M. Goretti di Latina viene attivata la campagna vaccinale per le persone estremamente vulnerabili, con i vaccini Comirnaty (Pfizer-BioNtech) e Vaccine Moderna (Moderna), come previsto dalle Raccomandazioni contenute nel Piano Strategico Nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2. La customer satisfaction è stata utilizzata come strumento per valutare l'efficacia e l'efficienza del servizio offerto ai soggetti estremamente vulnerabili presso il centro vaccinale dell'Ospedale.

### Contenuto

Per lo studio è stato preso in esame il periodo 01/04/2021-01/06/2021. E' stato realizzato un questionario anonimo composto da 4 sezioni: 1)valutazione dell'organizzazione e logistica del centro vaccinale; 2)valutazione professionalità e cortesia del personale sanitario percepita dall' utente; 3)fonte delle informazioni sulla vaccinazione ricevute dall'utente; 4) informazioni sulla patologia (condizione di vulnerabilità) dell'utente. I questionari somministrati sono stati 1.916, il 56,7% è stato analizzato, il 10% è stato ritenuto non valido, mentre il 33,3% non è stato riconsegnato.

### Conclusioni

Nel nostro modello organizzativo gli assistiti sono stati contattati mediante chiamata attiva telefonica che ha favorito l'instaurazione di un rapporto di fiducia ed empatia, utile soprattutto nel dirimere i dubbi sulla vaccinazione. La scelta di un luogo protetto e facilmente raggiungibile come centro vaccinale per i soggetti vulnerabili, quale l'Ospedale, ha contribuito all'adesione alla campagna di vaccinazione. Inoltre, il personale sanitario adeguatamente formato riesce a trasmettere al paziente professionalità e fiducia, elementi indispensabili per il successo di un atto medico, soprattutto in ambito vaccinale. In questo studio sono state individuate le aspettative ed i bisogni dagli assistiti ed è stato possibile capire che gli strumenti adottati durante la campagna vaccinale sono stati idonei e apprezzati dagli utenti che si sono sentiti accolti e rassicurati. In ambito sanitario "la centralità della persona", espressa attraverso l'ascolto attivo e la presa in carico, fa sentire l'assistito tutelato soprattutto in un percorso particolare e sconosciuto come quello della vaccinazione per COVID-19.

Totale N=1087	questionari	ottimo/buono	sufficiente	insuf/scorso	T-Test
Servizio prenotazione		957 (88%)	94 (8,6%)	36 (3,4%)	0.003
Accettazione/accesso		965 (88,8%)	89 (8,2%)	33 (3%)	0.002
Somministrazione		990 (91%)	76 (7%)	21 (2%)	0.001
Sicurezza/igiene		978 (90%)	81(7,5%)	28 (2,5%)	0.004
Segnaletica/Avvisi		914 (84,1%)	107 (9,9%)	66 (6%)	0.005
Informazioni del personale sanitario		984 (90,5%)	78 (7%)	25 (2,5%)	0.005
Cortesia e professionalità del personale		995 (91,6%)	69 (6,3%)	23 (2,1%)	0.004

**PROPOSTA DI ISTRUTTORIA FINALIZZATA ALL'APPROVAZIONE DELL'ESECUZIONE DI LAVORI DI COSTRUZIONE, AMPLIAMENTO, TRASFORMAZIONE, TRASFERIMENTO DELLE STRUTTURE AFFERENTI AGLI OSPEDALI DELL'ULSS 2**

Milana M<sup>1</sup>, Carobolante B<sup>1</sup>, Venturato G<sup>2</sup>, De Polo A<sup>2</sup>, Drusian M<sup>1</sup>, Trevisan M<sup>1</sup>, Simeoni M<sup>1</sup>, Tocchi F<sup>1</sup>, Menoncello S<sup>1</sup>, Salemi M<sup>3</sup>

- 1) Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Ospedale Cà Foncello – Treviso – AULSS2
- 2) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Padova
- 3) Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, Ospedale Cà Foncello – Treviso – AULSS2



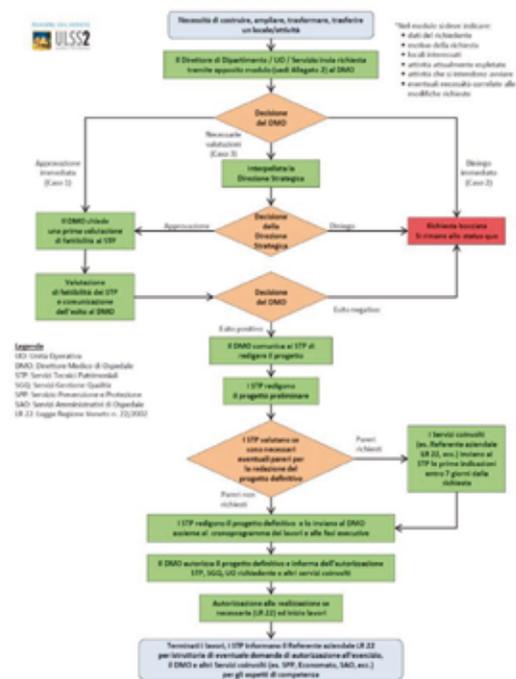
**Introduzione**

La Regione del Veneto con Legge Regionale n. 22/2002 (e ss.mm.ii.) ha regolamentato il processo di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Tuttavia, ad oggi, le azioni che portano all'attivazione di questo processo avvengono in maniera disomogenea tra UU.OO. dello stesso Presidio Ospedaliero e tra i diversi Presidi Ospedalieri, sia *hub* che *spoke* (DM 70/2015), dell'Azienda ULSS 2, talvolta con un allungamento delle tempistiche richieste. Pertanto, è stato costituito un Gruppo di Lavoro multidisciplinare, coinvolgendo tutte le strutture aziendali interessate, con l'intento di predisporre una procedura che definisca le modalità operative, le responsabilità ed i processi per la richiesta e formulazione di parere di conformità in fase progettuale rispetto ai requisiti descritti dalla normativa, al fine di evitare comportamenti disomogenei nelle richieste e nei processi.

**Contenuti**

Il Gruppo di Lavoro multidisciplinare ha elaborato questa procedura partendo dalla revisione di quanto storicamente effettuato nelle diverse strutture Ospedaliere Aziendali. Nello specifico sono stati applicati i principi del *Lean Thinking* e quindi sono stati definiti i ruoli e le responsabilità per le singole figure coinvolte, è stata migliorata l'appropriatezza delle richieste che giungono presso la DMO attraverso la creazione di un modulo ad hoc, sono state ridotte le tempistiche di valutazione e autorizzazione attraverso l'eliminazione di passaggi non necessari e talune volte ridondanti, è stata quindi migliorata nel complesso l'efficienza. In una seconda fase si prevede di estendere e di standardizzare l'intero iter procedurale così definito a tutte le strutture dell'Azienda in conformità con la normativa vigente.

**Parole chiave: Lean Thinking, Qualità, Clinical Governance**



**Conclusioni**

L'adozione di questa procedura potrà essere un utile strumento di *clinical governance* perché responsabilizza tutte le figure coinvolte e semplifica l'intero processo, uniformando per quanto possibile le diverse realtà ed esigenze a livello aziendale.

La presente procedura, inoltre, rappresenta un ottimo esempio di collaborazione interdisciplinare efficace fra le Direzioni Mediche Ospedaliere, le Unità Operative, il Servizio Tecnico e il Sistema di Gestione della Qualità.

## STRUMENTI PER LA GESTIONE DELL'OVERCROWDING DI PRONTO SOCCORSO: MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE PROCTOLOGICO

Carobolante B<sup>1</sup>, Milana M<sup>1</sup>, Venturato G<sup>2</sup>, De Polo A<sup>2</sup>, Drusian M<sup>1</sup>, Trevisan M<sup>1</sup>, Simeoni M<sup>1</sup>, Menoncello S<sup>1</sup>, Tocchi F<sup>1</sup>, Salemi M<sup>3</sup>

1) Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Ospedale Cà Foncello – Treviso – AULSS2

2) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Padova

3) Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, Ospedale Cà Foncello – Treviso – AULSS2



### Introduzione

L'affollamento (*overcrowding*) del Pronto Soccorso è uno dei problemi più gravi per le strutture ospedaliere: tra i suoi determinanti principali l'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento della domanda assistenziale. Tuttavia, non sempre l'uso del PS risulta appropriato e il fenomeno dell'affollamento può correlare con una inefficiente e/o inadeguata offerta assistenziale specialistica ospedaliera e territoriale.

Ai fini di contenere l'*overcrowding*, il PS dell'Ospedale di Treviso ha avviato una ricognizione degli accessi evitabili in quanto "condizioni suscettibili di trattamento ambulatoriale". Tra questi, gli accessi per patologia proctologica spesso non mostrano carattere di urgenza e rendono necessarie numerose richieste di consulenze da parte del medico di PS al chirurgo generale con conseguente allungamento dei tempi di attesa e di cura del paziente e con aumento del *burden* assistenziale complessivo per il PS. Per tal motivo si è resa necessaria una analisi dettagliata di tali accessi e una riflessione sull'appropriatezza prescrittiva e assistenziale della gestione di questa tipologia di pazienti.

### Contenuti

Un gruppo di lavoro ad hoc della Direzione Medica ha effettuato una ricognizione dell'offerta assistenziale in essere nel P.O. di Treviso per i pazienti con problemi di salute di ambito proctologico.

I risultati hanno evidenziato che il bisogno di salute di tali pazienti può essere soddisfatto attraverso due differenti percorsi: 1) percorso ambulatoriale, con presa in carico del paziente con impegnativa per prima visita proctologica o controllo prescritta dal MMG/MCA/specialista presso l'ambulatorio di reparto delle UU.OO. Chirurgia Generale 1 e 2; 2) percorso in emergenza/urgenza, con l'accesso al Pronto Soccorso su iniziativa dell'utente.

Successivamente, il GdL ha quantificato i volumi di attività relativi alle prestazioni erogate per patologia di competenza proctologica nei due setting di cura individuati, relativi all'anno 2019 in quanto non influenzato dall'effetto dell'emergenza da COVID-19.

Le visite proctologiche erogate nel 2019 dalle due UU.OO. di Chirurgia generale del P.O. di Treviso sono 1607, con le seguenti classi di priorità: 2 U, 513 B, 654 D, 145 P e 293 controlli.

Nello stesso anno, gli accessi in PS con Codice ICD9-CM di diagnosi principale di ambito proctologico sono stati 522, pari allo 0,5% degli accessi totali. La maggior parte degli stessi non presenta caratteri di urgenza e/o complessità.

**Parole chiave:** *Overcrowding*, Appropriatezza, Integrazione Ospedale – Territorio

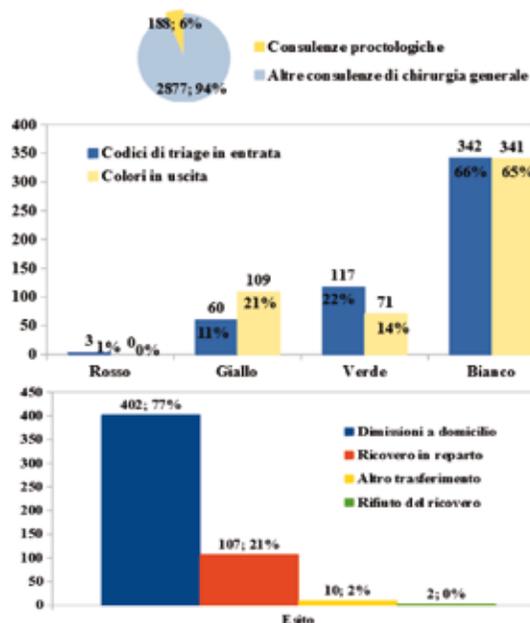


Figura. In alto, grafico a torta delle consulenze richieste dal PS alla UOOC Chirurgia Generale 1 e 2 nel 2019, ripartite fra area proctologica e altro ambito di afferenza (%). Al centro, istogramma relativo ai codici di triage in entrata e uscita da PS per accessi di ambito proctologico. In basso, istogramma riportante gli esiti degli accessi in PS di ambito proctologico.

### Conclusioni

Presso il P.O. di Treviso il percorso ambulatoriale per la presa in carico del paziente proctologico in urgenza necessita di essere migliorato, così da eliminare l'utilizzo improprio del PS da parte dello stesso. Gli accessi in PS per causa proctologica costituiscono un *burden* non indifferente con ripercussioni sulla fluidità del funzionamento della U.O., e contribuiscono al fenomeno dell'*overcrowding*.

Il GdL ha individuato 3 strategie future per la soluzione della quota di accessi impropri di tipo proctologico: 1) la creazione di un ambulatorio centralizzato per la gestione del paziente proctologico con qualsiasi priorità clinica; 2) l'avvio di un dialogo con i professionisti del territorio attraverso la stesura di un protocollo condiviso al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e l'attribuzione della classe di priorità per prima visita proctologica, nonché di promuovere l'utilizzo del nuovo percorso ambulatoriale dedicato; 3) informare/educare la popolazione sulla nuova offerta assistenziale attraverso i canali comunicativi aziendali

# Emergenza COVID-19: azioni a supporto delle strutture extraospedaliere nell'ASUR Marche

Di Tondo E.<sup>1</sup>, Draghi E.<sup>1</sup>, Firmani N.<sup>2</sup>, Mazzocconi MR.<sup>1</sup>, Mosca N.<sup>1</sup>, Appignanesi R.<sup>3</sup>, Storti N.<sup>4</sup>  
 1 Dirigente Medico Direzione Sanitaria ASUR Marche, 2 Dirigente Area Sanitaria e Socio Sanitaria ASUR Marche, 3 Direttore Sanitario ASUR Marche, 4 Direttore Generale ASUR Marche

## PAROLE CHIAVE



## CONTENUTI

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche, prima con una circolare e quindi in una Determina, ha codificato le modalità operative per la prevenzione dell'infezione tra ospiti e operatori e il contenimento di eventuali focolai epidemici presso le strutture extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie. Tali linee d'indirizzo, dapprima rivolte al LEA Anziani e successivamente estese a tutti i livelli e a tutte le aree LEA di assistenza territoriale, hanno previsto un percorso organizzativo che vede impegnati i servizi delle Aree Vaste aziendali in modo multidisciplinare (Distretti sanitari, Ambito sociale e Dipartimenti di Prevenzione e) con i responsabili legali delle strutture e hanno stabilito che in caso di presenza di ospiti positivi si proceda alla classificazione della struttura con codice colore:

## INTRODUZIONE

Le strutture sanitarie e socio-sanitarie extraospedaliere per anziani rappresentano un livello assistenziale di particolare attenzione nella prevenzione della diffusione del virus SarsCov2 in quanto accolgono i soggetti a maggior rischio di sviluppo di forme gravi e di mortalità. Tra le misure necessarie alla gestione della pandemia particolarmente importate è definire le azioni necessarie nelle strutture residenziali in caso di focolaio.

E' stato quindi implementato dall'Azienda un sistema di monitoraggio che ha raccolto le segnalazioni da parte delle strutture sui casi sospetti e sui casi confermati per sintomatologia tra operatori e ospiti, anche tramite un monitoraggio attuato sul flusso del laboratorio analisi. Inoltre, successivamente, è stato attivato un sistema di sorveglianza delle strutture che ospitano pazienti positivi al SarsCov2.

La sorveglianza si è basata sulla verifica quotidiana dei seguenti dati:

- informazioni sulla struttura: sede distrettuale, livello assistenziale, pazienti totali presenti nel giorno della rilevazione, presenza di ospiti positivi;
- informazioni sui casi covid: numero degli ospiti positivi, presenza di pazienti con forme sintomatiche, data del riscontro della prima positività;
- informazioni sulla applicazione delle linee di indirizzo aziendali: data del sopralluogo congiunto ISP/Distretto, codice colore attribuito alla struttura, data di trasmissione del verbale del sopralluogo all'Ente Gestore;
- misure correttive applicate: isolamento dei casi o coorting, organizzazione dell'assistenza medica (compreso accesso USCA), organizzazione dell'assistenza infermieristica, effettuazione di consulenze specialistiche;
- ulteriori informazioni relative all'assistenza: disponibilità nella struttura di ossigeno gassoso (per presenza di impianto o di bombole), disponibilità di ossigeno liquido, modalità di approvvigionamento dei farmaci, disponibilità di DPI per il personale.

## CONCLUSIONI

L'insieme delle azioni messe in campo ha consentito di definire una modalità uniforme di approccio ai focolai nel sistema della residenzialità codificando le disposizioni da impartire e le attività richieste dai diversi soggetti coinvolti, nonché una sorveglianza costante del fenomeno al fine di garantire tempestivamente le necessarie misure per la gestione dei casi complessi e per il contenimento dei focolai.



# Prevenzione del COVID19 nelle strutture per anziani delle Marche tramite l'uso d'una check list informatizzata.

Appignanesi R.<sup>1</sup>, Di Tondo E.<sup>2</sup>, Draghi E.<sup>2</sup>, Mazzocconi MR.<sup>2</sup>, Mosca N.2., Storti N.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Direttore Sanitario ASUR Marche, <sup>2</sup> Dirigente Medico Direzione Sanitaria ASUR Marche, <sup>3</sup> Direttore Generale ASUR Marche.

## PAROLE CHIAVE

CHECK LIST

MONITORAGGIO

PREVENZIONE DEL CONTAGIO

## CONTENUTI

Sul Sistema Informativo della Rete Territoriale (SIRTE) della Regione Marche è stata sviluppata un'apposita funzione di registrazione di una check list di monitoraggio dell'applicazione delle misure di prevenzione del contagio predisposta considerando le indicazioni nazionali specifiche (Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev 2 – Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socioassistenziali e socio assistenziali. Versione del 24 agosto 2020) e degli indirizzi regionali e aziendali. La check list è composta da domande a risposta chiusa suddivise in otto sezioni, di seguito elencate:

## INTRODUZIONE

La residenzialità sanitaria e socioassistenziale per anziani rappresenta un sistema articolato di servizi che ospita pazienti particolarmente fragili e a rischio di forme gravi o ad elevata mortalità in caso di infezione da virus Sars-CoV-2. Al fine di monitorare la corretta applicazione delle misure per la prevenzione del contagio in questo setting assistenziale, l'ASUR Marche ha implementato l'utilizzo di una check list informatizzata di monitoraggio della corretta applicazione delle misure di prevenzione previste dalla normativa nazionale e regionale da parte delle strutture extraospedaliere sanitarie e socioassistenziali a gestione diretta e del privato convenzionato del LEA Anziani, ad integrazione della rilevazione cartacea.



## CONCLUSIONI

L'attività di sorveglianza e controllo della corretta applicazione delle misure di prevenzione della diffusione del contagio del virus Sars-CoV-2, soprattutto nei setting assistenziali dove sono presenti soggetti particolarmente fragili, rappresenta un'attività indispensabile da parte delle Direzioni Aziendali e delle Direzioni di Distretto nella gestione dell'emergenza pandemica. L'utilizzo di una check list informatizzata ha consentito di rendere sistematica questa attività e di poter disporre di una reportistica in tempo reale della compilazione delle schede e delle non conformità al fine di analizzarle e di definire un programma di risoluzione delle criticità rilevate.

È stato predisposto quindi per i Direttori di Distretto un cruscotto di verifica della compilazione della check list da parte delle strutture e della loro conformità. È stata definita come "non conforme" una check list che presenta anche solo una risposta uguale a "no" alle domande presenti. Attualmente hanno compilato la check list 131 strutture (32 a gestione diretta e 99 del privato convenzionato), pari al 74% del totale delle strutture che utilizza il sistema informativo. Complessivamente è risultato conforme il 34% delle schede compilate. Per tutte le strutture che hanno registrato una check list risultata "non conforme" è stato avviato un percorso di verifica da parte delle Direzioni di Distretto territorialmente competenti con richiesta di predisposizione di un piano di adeguamento da parte della struttura per provvedere all'adeguamento delle non conformità.



## COVID-19: attività del team di supporto del Comitato aziendale per la prevenzione delle ICA alle strutture territoriali.

Mazzocconi MR.<sup>1</sup>, Appignanesi R.<sup>2</sup>, Di Tondo E.<sup>1</sup>, Draghi E.<sup>1</sup>, Mosca N.<sup>1</sup>, Team CICA ASUR\*, Storti N.<sup>4</sup>

\*Team A. Abodi G, Fioridomizio L, Grasselli P, Lamura L, Gentiletti BM, Tassi S, Olivi B, Cecchi B.

<sup>1</sup> Dirigente Medico Direzione Sanitaria ASUR Marche, <sup>2</sup> Direttore Sanitaria ASUR Marche, <sup>3</sup> Direttore Generale ASUR Marche,

### PAROLE CHIAVE

COMITATO PREVENZIONE  
DELLE INFEZIONI  
CORRELATE ALL'ASSISTENZA

RESIDENZIALITA'

TERRITORIO

### INTRODUZIONE

Il rapporto ISSCOVID-19 n. 4 del 24 agosto 2020 "indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie e socioassistenziali" ribadisce l'importanza della prevenzione e preparazione delle strutture residenziali del territorio sulla gestione di eventuali casi sospetti/probabili/confirmati di COVID-19, prevedendo un rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Tale attività prevede la formazione del personale sul corretto utilizzo dei DPI, sulla corretta adozione delle precauzioni specifiche e sulle procedure di isolamento e quarantena degli ospiti ove necessario. Nell'Azienda Sanitaria Unica delle Marche, al fine di dare attuazione a quanto previsto dalle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, il Comitato Aziendale per la Prevenzione delle Infezioni Associate all'Assistenza (CICA ASUR) ha attivamente supportato le strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie del territorio regionale per la gestione del rischio di diffusione del SARS-CoV-2, attraverso la costituzione di uno specifico team di professionisti (Team CICA ASUR) che ha espletato la sua attività attraverso sopralluoghi e attività formative nelle strutture in piccoli gruppi nelle cinque Aree Vaste aziendali.

### CONTENUTI

L'elevato rischio nelle strutture residenziali ha portato alla definizione di una serie di interventi volti a garantire la sicurezza delle cure e degli operatori; ad integrazione dell'attività svolta dai Distretti sanitari, con il supporto dei Dipartimenti di prevenzione, si è rilevata l'utilità di disporre di professionisti esperti in materia di prevenzione della trasmissione delle infezioni correlate all'assistenza da mettere a disposizione delle strutture residenziali per una attività di visita e tutoraggio nella gestione delle misure di prevenzione.

Per svolgere questa attività è stato individuato un gruppo di operatori, nel personale dipendente o nel personale assunto nell'ambito dei percorsi straordinari consentiti in emergenza per costituire un team. Il team CICA ha effettuato degli incontri in plenaria per la condivisione della metodologia di lavoro e per la calendarizzazione delle visite alle strutture e ha adottato e condiviso una check list di verifica da utilizzare durante la visita presso le strutture.

Sono state eseguite nel periodo novembre-dicembre 2020 complessivamente 106 visite presso case di riposo e residenze protette covid-free per attività proattiva di supporto e assistenza, in tutte le strutture è stata verificata l'esecuzione regolare dello screening di ospiti e operatori con tamponi rapidi ogni 15 giorni e non sono state rilevate carenze nella disponibilità di DPI. Le principali criticità riscontrate sono state relative alla dotazione di personale, alla definizione dei percorsi e degli spazi per isolamento, alla possibilità di mantenere costantemente il distanziamento tra gli ospiti nonché alla formazione del personale e alla disponibilità di materiale informativo nella struttura.

Il team CICA ha fornito supporto alle strutture per la risoluzione delle principali criticità e ha svolto incontri formativi sia in presenza che a distanza rivolti agli operatori delle strutture. È stato inoltre lasciato alle strutture che ne avessero bisogno anche del materiale didattico relativo al corretto uso dei DPI e al lavaggio delle mani secondo le linee guida OMS.

### CONCLUSIONI

L'attività proattiva di verifica, consulenza e formazione svolta dal team CICA nelle strutture extraospedaliere socio-sanitarie per anziani ha consentito il potenziamento dell'attività di prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2 e una reazione efficace nel momento dell'eventuale gestione di casi di COVID-19 tra gli operatori o tra gli ospiti, integrando l'attività posta in essere dal Distretto e dal Dipartimento di Prevenzione al fine di rafforzare le misure di prevenzione nelle strutture.



## LA HFMEA COME STRUMENTO DI GOVERNANCE PER L'EMERGENZA COVID-19 IN ASST SETTE LAGHI

Federica Pagliarin (1), Alberto Banfi (2), Alessandra Tropa (3), Roberta Giussani (4), Lorenzo Maffioli (5), Gianni Bonelli (6), Giovanna Martinelli (7)

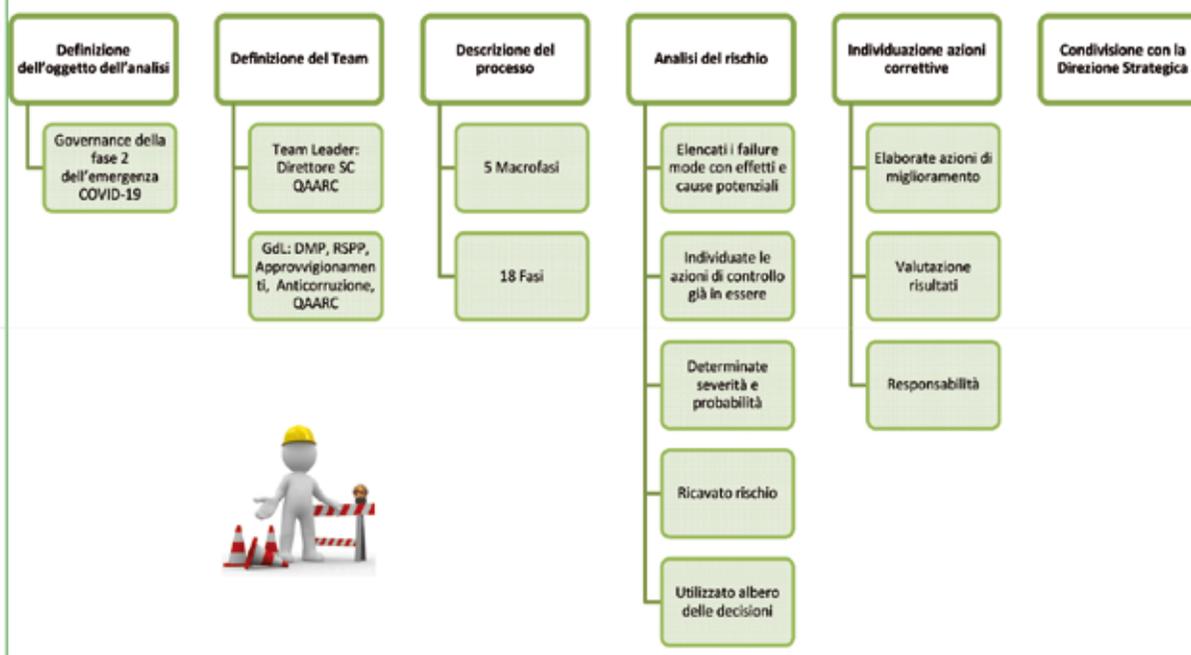
(1) Dirigente Medico SC Qualità, Appropriatelyzza, Accredimento e Rischio clinico, ASST Sette Laghi (2) Coord.Infermieristico SC Qualità, Appropriatelyzza, Accredimento e Rischio clinico, ASST Sette Laghi (3) Infermiera SC Qualità, Appropriatelyzza, Accredimento e Rischio clinico, ASST Sette Laghi (4) Assit.Amministrativo SC Qualità, Appropriatelyzza, Accredimento e Rischio clinico, ASST Sette Laghi (5) Direttore Sanitario ASST Sette Laghi (6) Direttore Generale ASST Sette Laghi (7) Responsabile SC Qualità, Appropriatelyzza, Accredimento e Rischio clinico, ASST Sette Laghi

### INTRODUZIONE

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure ed è uno degli obiettivi prioritari dei moderni sistemi sanitari e della ASST Sette Laghi. L'emergenza COVID-19 ha profondamente mutato gli assetti organizzativi e strutturali aziendali, ed ha reso necessario rivalutare i processi per garantire un'efficace gestione del rischio clinico.

### MATERIALI E METODI

L'organizzazione ha sviluppato la HFMEA con i seguenti passaggi.



### RISULTATI

Sono stati individuati in totale 45 possibili failure mode e 74 cause potenziali. Sono state mappate 94 azioni di controllo già in essere e suggerite 41 azioni di miglioramento. Le macrofasì tutela dei pazienti e del personale, il cui governo era totalmente a carico dell'organizzazione, erano presidiate.

### CONCLUSIONI

L'applicazione del metodo HFMEA ha migliorato la conoscenza dei processi ed aiutato chi opera in essi a riflettere e valutare quello che viene realizzato quotidianamente. Lo strumento ha permesso di quantificare gli indici di rischio, stabilire le priorità di intervento per eliminare le cause dei failure mode individuati e migliorare i sistemi di controllo. È fondamentale valutare nel tempo l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese e verificare la pesatura del rischio alla luce delle modifiche organizzative introdotte, utilizzando la HFMEA come strumento dinamico, in continuo aggiornamento relativamente alle modifiche di contesto.



Sistema Socio Sanitario  
Regione Lombardia  
ASST Sette Laghi  
Polo Universitario

### CONTATTI

Federica Pagliarin  
ASST Sette Laghi, Viale Luigi Borri 57, Varese  
[federica.pagliarin@asst-settelaghi.it](mailto:federica.pagliarin@asst-settelaghi.it)



# STUDIO DI PREVALENZA SUL CONTRASTO ALLA DIFFUSIONE DI COVID-19 NEGLI AMBIENTI DI LAVORO – CONFRONTO 2020 vs 2021

Ludovico Blandini<sup>1,2</sup>, Daniele Arzago<sup>1,2</sup>, Francesca Vichi<sup>3</sup>, Ravvan Allin Simioni<sup>2</sup>, Susanna Vitali<sup>4</sup>, Mariachiara Marcozzi<sup>5</sup>, Diletta Loccioni<sup>1</sup>, Anna Cibelli<sup>6</sup>, Riccardo Luti<sup>7</sup>, Letizia Ferrara<sup>8</sup>  
 1) Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche  
 2) Direzione Medica P.O.R. IRCCS Istituto IRCA  
 3) Dipartimento di Scienze Biomediche, Università Politecnica delle Marche  
 4) Centro di lavoro in Assistenza Sanitaria, Università Politecnica delle Marche  
 5) UO1, Ospedale Civile IRCCS IRCA Marche



## PAROLE CHIAVE

- SICUREZZA
- PREVENZIONE
- COVID19

## INTRODUZIONE

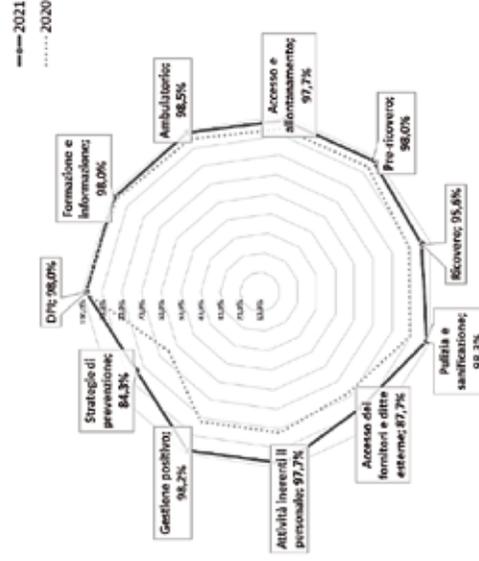
A distanza di un anno dalla prima rilevazione, è stato condotto uno studio di prevalenza sull'applicazione delle procedure aziendali sul contrasto del contagio da COVID-19 negli ambienti di lavoro.  
 L'obiettivo è valutare la percentuale di applicazione delle procedure, appositamente predisposte, confrontando il grado di aderenza alle direttive aziendali dei due anni presi in esame.

## CONTENUTI

È stata utilizzata una check-list di 72 item afferenti a 11 macroaree ed è stata somministrata alle 33 U.O. dei 4 Presidi marchigiani INRCA nel periodo Luglio-Agosto 2021. L'applicazione delle procedure è stata valutata visivamente e/o intervistando il personale, prevedendo la risposta «Sì» nel caso in cui venissero rispettate e «No» in caso contrario.

- Nel 2021 le procedure sono rispettate nel 95,3% dei casi contro l'87,8% registrato l'anno precedente.
- Nel confrontare le risposte a distanza di un anno, si nota un generale miglioramento (+7,5%) dell'applicazione delle misure di sicurezza e prevenzione che aumenta trasversalmente ad ogni macroarea considerata.
- L'incremento maggiore (+19,3%) si registra proprio nell'area delle "strategie di prevenzione" (che risultava la più critica l'anno passato) e nella "gestione del positivo" (+16,2%) che riveste ovviamente un'importanza primaria nel contenimento dell'infezione.
- L'unico decremento, seppur lieve (-0,9%), riguarda singolarmente il dato relativo alla gestione dei DPI che nel 2020 risultava la macroarea con l'aderenza maggiore (98,9% vs 98%).

FIGURA 1: Percentuale di risposte affermative su risposte date (S/NO) per Macroarea (2021 vs 2020)



## CONCLUSIONI

Il grado di applicazione delle misure di sicurezza e prevenzione rilevato nel periodo Luglio-Agosto 2021 nei presidi INRCA marchigiani raggiunge un ragguardevole valore complessivo (95,3%), in deciso miglioramento rispetto alla rilevazione dell'anno 2020. Pur restando margini di miglioramento in alcune macroaree, l'avanzamento rilevato può riflettere l'efficacia dell'imponente lavoro di Risk Management svolto dall'IRCCS INRCA in questa epoca di pandemia.

Macroarea	2020	2021	Δ
DPI	98,9%	98,0%	-0,9%
Formazione e informazione	96,6%	98,0%	1,4%
Ambulatorio	94,9%	98,5%	3,6%
Accesso e allontanamento	93,4%	97,7%	4,3%
Pre-ricovero	93,7%	98,0%	4,3%
Ricovero	88,8%	95,6%	6,8%
Pulizia e sanificazione	89,6%	98,3%	8,7%
Accesso dei fornitori e ditte esterne	77,8%	87,7%	9,9%
Attività inerenti il personale	81,8%	97,7%	15,9%
Gestione positivo	82,0%	98,2%	16,2%
Strategie di prevenzione	65,0%	84,3%	19,3%
<b>Totale</b>	<b>87,8%</b>	<b>95,3%</b>	<b>7,5%</b>



## PERCORSO DI PRESA IN CARICO TERRITORIALE PAZIENTE COVID 19

Mosca N.<sup>2</sup>, Di Tondo E.<sup>1</sup>, Draghi E.<sup>2</sup>, Mazzocanti MR.<sup>1</sup>, Appignanesi R.<sup>2</sup>, Storti N.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Dirigente Medico Direzione Sanitaria ASUR; <sup>2</sup> Direttore Sanitaria ASUR; <sup>3</sup> Direttore Generale ASUR

### PAROLE CHIAVE

COVID-19, COORDINAMENTO, FRAGILITA'

### INTRODUZIONE

Sin dalla prima fase emergenziale si è resa necessaria l'attivazione e riconversione di strutture territoriali da dedicare alla presa in carico dei pazienti affetti da Sars Cov2 in fase post acuta. Nella prima ondata epidemica sono state individuate le strutture da dedicare all'emergenza, formalizzate con Delibera Regionale, e successivamente, sulla base delle necessità, si è proceduto gradualmente ad identificare e riconvertire ulteriori strutture per far fronte alle esigenze emergenti.

### CONTENUTI

Il percorso post acuto covid ha previsto sia una presa in carico del paziente affetto da Sars-Cov2 di prosecuzione delle cure ospedaliere che un accesso diretto dal territorio. Quest'ultimo si è potuto realizzare solo a seguito di presenza di pazienti asintomatici o paucisintomatici non autonomi a cui, tramite esame diagnostico erogato da parte del personale USCA, si è proceduto ad escludere un impegno polmonare. Qualora la struttura fosse stata impossibilitata ad eseguire un approfondimento diagnostico si è agevolato un passaggio breve al pronto soccorso per l'erogazione degli accertamenti finalizzati ad escludere il rischio di evoluzione clinica. Il percorso definito già a marzo 2020 è stato mantenuto nel tempo omogeneizzando nella seconda fase epidemica il format delle richieste di ricovero presso tali strutture con indicazione dei criteri clinici di ammissibilità per i diversi setting assistenziali.

Per procedere al trasferimento, il medico che aveva in carico il paziente, ha compilato e trasmesso la scheda di richiesta al referente della struttura ed al coordinatore regionale dei posti letto post acuti COVID-19.

Alla richiesta è seguito un contatto telefonico con il medico referente della struttura di destinazione e, dopo confronto tra clinici e valutazione positiva da parte del medico accettante, si è potuto procedere ad organizzare, secondo accordi, e previa autorizzazione del coordinatore regionale dei posti letto post acuti, al trasferimento. Tale organizzazione ha consentito un costante monitoraggio dell'occupazione dei posti letto al fine sia di poter prendere in carico e dare riscontro alle richieste entro 48 ore dalla domanda che segnalare a livello regionale eventuale necessità di attivazione di altre strutture dedicate.

Tabella con strutture territoriali dedicate ai pazienti Covid (posti letto e pazienti gestiti)

Area Vasta	Struttura	Tipologia	maggio - giugno 2020		15 settembre 2020 - giugno 2021	
			Posti letto	Pazienti gestiti	Posti letto	Pazienti gestiti
1	Villa Fontegg	Rob Estensiva	28	34		
	Villa Fontegg Comarzio	RSA/REP	50+20	45		
	RSA Macerata Feltria	RSA			20	149
	S. Stefano Macerata Feltria	Zabulazione Estensiva			30	182
	Ospedale di Comitoli di Pesembone	CT	26	63	31	323
	Galassica	RSA+ Rob Estensiv	56+8	139	67+8	521
2	Ospedale di Comitoli di Chianivalle	LD-RSA CT+ Hospice	34+7	97 LD+10 RSA	39+4	229+10
	Riservato Dorsico (INRCA Ancona)	CT			38	164
	Villa Sereza Jesi	Lungodegna			40	203
3	Villa Pini	Cod. 00 + cod. 36	70	152		
	S. Stefano Porto Potenza Picena	Zabulazione Estensiva			30	77
4	Compostone	RSA	60	182	30	461
	INRCA Fermo	CT			20	118
5	Rapagnano	RSA			28	172
	Casa di Cura «Sella Marra»	Lungodegna			10	2
<b>TOTALE</b>			<b>359</b>	<b>722</b>	<b>406</b>	<b>2411</b>

### SCHEDA RICHIESTA AMMISSIONE STRUTTURA TERRITORIALE

#### Dati Paziente

Cognome e nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Provenienza:

Comitato \_\_\_\_\_

Struttura inviante \_\_\_\_\_ Medico inviante \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Luogo di vita \_\_\_\_\_

Famiglia di riferimento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Mobilità: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

#### Condizioni cliniche attuali

Modalità di ventilazione:  Aia semplice  Oscopio terapia

Tempo passato in ventilazione assistita \_\_\_\_\_

Ventilazione spontanea (a)  -48h  -48h, numero di giorni \_\_\_\_\_

Parametri attuali:

SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ T<sub>34</sub> \_\_\_\_\_ P<sub>pl</sub> \_\_\_\_\_

Dure:  <100h  >100h \_\_\_\_\_

RSA PR \_\_\_\_\_ PaCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub>PO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

Malattie:

Dispnea  Tosse  Faringite

Diarrea  Congestione nasale e/o congiuntivale  Altro: \_\_\_\_\_

Dolore muscolari  Dispnea  Anemia \_\_\_\_\_

Altri: \_\_\_\_\_

Altre: \_\_\_\_\_

### CONCLUSIONI

L'attivazione del percorso post acuti per i pazienti Covid ha permesso nei mesi di marzo 2020 fino a giugno 2021 la presa in carico di n.3333 pazienti in un setting assistenziale territoriale. Numero di pazienti non ancora definitivo in considerazione del fatto che ad oggi una delle strutture risulta ancora attiva con n. 50 posti letto dedicati. Tale organizzazione regionale ha permesso di continuare ad agevolare sia il turn over dei posti letto per acuti che la gestione di eventuali pazienti positivi provenienti dal territorio presso il quale non era possibile garantire l'isolamento e che non risultavano idonei per accedere al Covid Hotel.

## Impatto della vaccinazione sui casi Covid del S Maria Goretti di Latina Cinque mesi di osservazione

Marrone R.<sup>o</sup>, Sorbara D.<sup>o</sup>, Cacciotti A.R.<sup>s</sup>, Parrocchia S.\*  
<sup>o</sup>Dirigente Medico di Presidio, <sup>s</sup>CPSI Direzione Medica, <sup>\*</sup>Direttore Medico di Presidio

### INTRODUZIONE:

A marzo 2020, l'epidemia Covid è stata definita come pandemia mondiale. Sono state messe in campo diverse misure di prevenzione, come la campagna di vaccinazione della popolazione. La campagna vaccinale è partita in modo effettivo il 31 dicembre 2020, dopo l'approvazione da parte dell'EMA del primo vaccino anti-Covid.

Attualmente, sono quattro i vaccini autorizzati dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) e dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA): Comirnaty (Pfizer-BioNtech), Vaccine Moderna (Moderna), Vaxzevria (AstraZeneca) e Vaccine Janssen (Johnson & Johnson). Tutti, tranne il Janssen, prevedono un ciclo vaccinale di due dosi a diversi intervalli di tempo.

Nella Asl di Latina, la campagna vaccinale ha avuto le stesse modalità di quella nazionale e regionale e le dosi somministrate sono state registrate nella piattaforma AVR.

Per la raccolta dati relativi ai pazienti ricoverati, nel periodo 1 Aprile - 31 Agosto 2021, è stata utilizzata una piattaforma aziendale e un data base organizzato da personale di Direzione (che riportava giorno, reparto e stato vaccinale al momento di ricovero).

### CONTENUTI:

Sono stati monitorati i ricoveri per Covid presso l'Ospedale S. Maria Goretti di Latina, dal 1 Aprile al 31 Agosto 2021, periodo in cui la campagna vaccinale ha raggiunto nel Lazio, tutte le classi di popolazione.

In 5 mesi di osservazione, sono stati ricoverati 540 pazienti Covid (63% Uomini e 37% Donne),

188 nella classe di età 40-60 anni, pari al 35% dei casi,

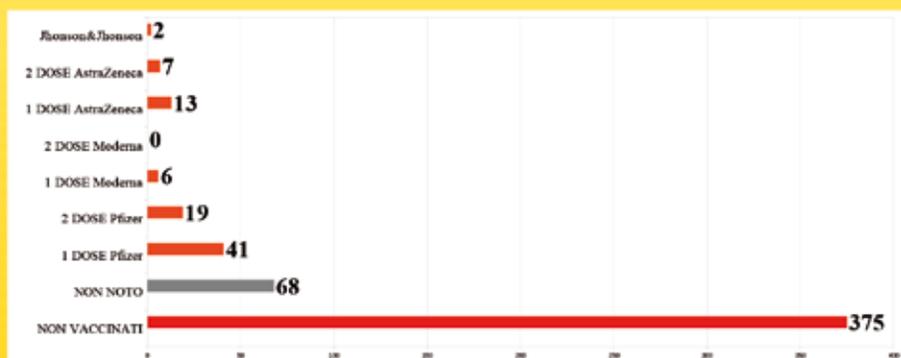
210 nella classe di età 60-80 anni, pari al 39% dei casi.

La degenza media è stata di 14,5 giorni, ~ 10 giorni in meno rispetto all'anno precedente.

In Rianimazione, fino al 17 Giugno, sono stati registrati 22 ricoveri, di cui 13 pazienti da Pronto Soccorso e 9 dai reparti Covid, a seguito del peggioramento delle condizioni cliniche.

Dei pazienti ricoverati, 375 risultavano non vaccinati, 68 presentavano una situazione vaccinale non nota, mentre 97 risultavano aver ricevuto una o due dosi come descritto nel dettaglio nel grafico.

Dei 22 pazienti ricoverati in Rianimazione, 14 non erano vaccinati, 4 avevano una situazione non nota, 3 avevano iniziato il ciclo vaccinale e 1 soltanto aveva concluso il ciclo vaccinale.



Dettaglio del quadro vaccinale dei pazienti ricoverati per Covid presso l'Ospedale S. Maria Goretti di Latina, dal 1 Aprile al 31 Agosto 2021.

I decessi sono stati 77, di cui 13 in Rianimazione (10 pazienti non erano vaccinati e 3 con situazione non nota).

### CONCLUSIONI:

La campagna vaccinale, anche per la realtà di un Ospedale sede di DEA e individuato come ospedale Covid, ha determinato una riduzione del rischio di infezione, del tasso di ricovero e del tasso di ammissione in Terapia Intensiva così come dei decessi.

Si rileva infatti che i pazienti non vaccinati sono stati ~ il 70% dei pazienti ricoverati, dato sovrapponibile allo studio dell'ISS condotto nello stesso periodo di osservazione.

I dati analizzati sono preliminari e verrà approfondito l'aspetto dei pazienti per cui non è noto lo stato vaccinale mentre per i pazienti ricoverati con ciclo vaccinale concluso verrà valutata la latenza dell'esordio dei sintomi.

## LA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO E LA PREVENZIONE: L'ESPERIENZA DELLA VACCINAZIONE COVID-19 PRESSO L'OSPEDALE SAN GIUSEPPE DI EMPOLI

SILVIA GUARDUCCI 1 PIETRO MONACI 2, VALENTINA BARLETTA 1, GIUSEPPE CARELLO 1, FEDERICO MANZI 1  
 1: SOS DSPO SAN GIUSEPPE, OSPEDALE SAN GIUSEPPE EMPOLI, ASL TOSCANA CENTRO, 50053 EMPOLI  
 2: SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE, 50134 FIRENZE

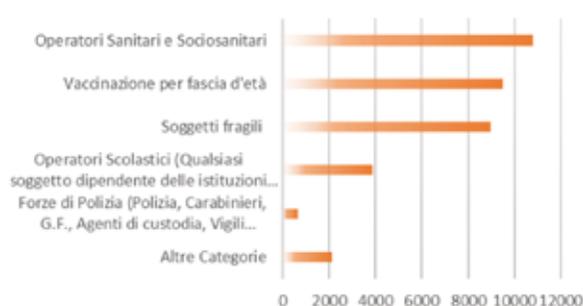
### INTRODUZIONE

La pandemia da COVID 19 ha determinato per le Direzioni Mediche di Presidio un notevole impegno, con la necessità tempestiva non solo di riorganizzare le attività dell'Ospedale ma anche di vaccinare la popolazione essendo questi i primi hub individuati per la somministrazione dei vaccini COVID 19 sia agli operatori sanitari che ai soggetti fragili e anziani.

### CONTENUTI

L'Ospedale San Giuseppe di Empoli ha somministrato sin da subito il vaccino nelle proprie strutture, organizzando ex-novo, con il supporto del Dipartimento di Prevenzione di Empoli, un ambulatorio vaccinale nei locali della galleria commerciale dell'ospedale stesso, primo e unico hub vaccinale del territorio Empolese nei primi mesi del 2021. In una prima fase, così come da direttive governative, presso il nostro centro è stato vaccinato il personale sanitario dell'Ospedale e di tutto il distretto mentre, in una seconda fase, sono state organizzate delle sedute per i pazienti fragili del territorio e seguiti dai medici dei nostri reparti. La Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero (DSPO) ha svolto un ruolo fondamentale nell'organizzazione dell'ambulatorio vaccinale, sia per quanto riguarda la redazione delle liste dei pazienti, la fornitura di materiale sanitario e l'organizzazione dei turni del personale che, in più della metà delle sedute, ha visto un impegno in prima persona dei medici e degli infermieri della direzione rispettivamente nel colloquio anamnestico e nella somministrazione del vaccino. Per quanto riguarda i pazienti fragili seguiti presso il nostro ospedale sono state organizzate delle sedute vaccinali ad hoc con chiamata diretta da parte del personale medico, infermieristico e amministrativo degli stessi, con particolare attenzione organizzando anche sedute speciali per i pazienti dell'oncologia e della neurologia( dato l'elevato numero di pazienti in cura) e per i pazienti seguiti dal nostro PASS (Percorsi Assistenziali per i Soggetti con bisogni Speciali) per via delle particolari condizioni cliniche di questi ultimi. Parallelamente alle vaccinazioni in ambulatorio sono state inoltre organizzate, su segnalazione dei medici ospedalieri, anche delle vaccinazioni direttamente in reparto per tutti quei degenti che ne avessero diritto (età, patologia) ma che ancora non avevano ricevuto la somministrazione o dovessero recarsi presso una residenza sanitaria. Negli oltre sette mesi in cui è stato attivo l'Hub Vaccinale dell'Ospedale San Giuseppe ( Dicembre 2020 – Luglio 2021) sono state somministrate oltre 36.000 dosi di vaccino. Al 1° settembre 2021 risultavano vaccinati il 96% dei pazienti fragili in provincia di Empoli; il 4% rimanente è stato ricontattato verificando come molti erano già stati vaccinati in altre regioni mentre, chi non lo era, è stato programmato nelle sedute del nuovo Hub di Empoli

DISTRIBUZIONE VACCINAZIONI PER CATEGORIA  
(FONTE: SISPC)



VACCINI SOMMINISTRATI  
(FONTE: SISPC)



### CONCLUSIONI

La DSPO del San Giuseppe di Empoli, così come quelle di altri ospedali, si è ritrovata nel corso della pandemia ad affrontare compiti che fanno parte del background culturale del medico igienista ma che raramente coinvolgono le direzioni mediche di presidio.

## PERCORSO DI PRESA IN CARICO PAZIENTE COVID 19 PSICHIATRICO

Draghi E.<sup>1</sup>, Di Tondo E.<sup>1</sup>, Mazzocanti MR.<sup>2</sup>, Mosca N.<sup>1</sup>, Cani A.<sup>2</sup>, Pedrolli P.<sup>3</sup>, Felziani G.<sup>4</sup>, Appignonesi R.<sup>5</sup>, Storti N.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Dirigente Medico Direzione Sanitaria ASUR; <sup>2</sup> Direttore Medico Presidio Urbino; <sup>3</sup> Direttore salute Mentale Senigallia/Direttore Tecnico REMS; <sup>4</sup> Direttore integrazione socio sanitaria ASUR; <sup>5</sup> Direttore Sanitario ASUR; <sup>6</sup> Direttore Generale ASUR

### PAROLE CHIAVE

COVID-19, PAZIENTE PSICHIATRICO

### INTRODUZIONE

L'evento pandemico ha comportato un coinvolgimento importante della casistica psichiatrica con richiesta di ricovero in acuto. Si è reso pertanto necessario prevedere un percorso sicuro da attivare per la gestione di tali pazienti giunti autonomamente o attraverso il Sistema dell'Emergenza Territoriale 118 presso il pronto soccorso. L'Azienda Sanitaria Unica Regionale nell'Area Vasta n.1 ha previsto di dedicare uno dei n.3 SPDC, dotata di n.9 posti letto, ai pazienti COVID 19. Tale struttura è stata oggetto di riconversione in presenza di n. 2 o più casi che hanno richiesto il ricovero.

### CONTENUTI

L'accesso presso il reparto SPDC Covid 19 è stato dedicato a casi con disturbo psichico acuto urgente ed indifferibile, in regime di volontarietà o di TSO, proveniente dai territori della Regione Marche. Il percorso ha previsto l'inclusione dei pazienti

- Covid 19 asintomatici o con sintomi lievi,
- con tampone molecolare positivo eseguito entro e non oltre le 48 ore precedenti l'invio,
- l'esecuzione di esami di routine ematochimica ed ECG in Pronto soccorso o nel reparto di provenienze;
- valutazione che escludeva polmonite interstiziale attraverso TAC ad alta risoluzione o ECO/RX Torace eseguita in Pronto Soccorso o presso lo stabilimento/struttura territoriale di provenienza.

Criteri di esclusione previsti sono stati

- casi gravi e critici che presentavano distress respiratorio con atti respiratorio > 25 min in aria ambiente e a riposo,
- SpO<sub>2</sub> <93% in aria ambiente a riposo,
- progressione del 50% delle lesioni polmonari alla TAC torace ad alta risoluzione ad almeno 5 giorni dall'inizio dei sintomi
- casi che hanno richiesto terapia intensiva,
- O<sub>2</sub> terapia ad alti flussi o ventilazione non invasiva.

Per trasferire il paziente in tale reparto dedicato il medico, che aveva in carico il paziente, ha compilato e trasmesso la check list al referente dell'SPDC, al Bed manager dello stabilimento ospedaliero, al coordinatore regionale dei posti letto covid e al coordinatore ASUR della psichiatria. Alla richiesta è seguito un contatto telefonico con il reparto di destinazione e, dopo valutazione positiva della check list da parte del medico accettante ed autorizzazione da parte del coordinatore regionale dei posti letto covid, si poteva procedere ad organizzare, secondo accordi, il trasferimento.

### CONCLUSIONI

L'attivazione del percorso Covid ha permesso nei mesi di novembre 2020 - aprile 2021 di gestire n.39 pazienti covid 19 positivi con problematiche psichiatriche garantendo un percorso ed una presa in carico del paziente in questione in ambiente idoneo agevolando al tempo stesso gli altri SPDC nell'erogazione dell'attività routinaria. L'identificazione di una struttura di riferimento regionale ha facilitato la presa in carico del paziente covid con problematiche psichiatriche grazie anche alla identificazione di criteri di accesso oltre che al coordinamento unico regionale del percorso.

### SCHEDA RICHIESTA AMMISSIONE PAZIENTE

#### CHECK-LIST SPDC COVID-19 Fano- DSM AV1

(Obbligatorio compilare tutti i campi)

Si richiede trasferimento per Nome ..... Cognome .....

Data di nascita ..... Preso in carico presso .....

#### CRITERI DI INCLUSIONE

- 1) paziente COVID-19 asintomatico con sintomi lievi senza rilievo all'esame Rx /Eco o Tac (HRTC ) di polmonite interstiziale  
 SI  NO
- 2) Tampone RF (TRF) molecolare positivo eseguito entro e non oltre le 48 ore precedenti l'invio  
 SI  NO
- 3) Routine ematochimica ed ECG eseguiti in PS o nel reparto di provenienza  
 SI  NO

#### CRITERI DI ESCLUSIONE

1. Distress respiratorio atti respiratori > 25 min in aria ambiente a riposo  
 SI  NO
2. SpO<sub>2</sub><93% in aria ambiente a riposo  SI  NO
3. Progressione del 50% delle lesioni polmonari a 5 giorni dall'inizio dei sintomi (TAC torace ad alta risoluzione (HRTC)  
 SI  NO
4. Proveniente da terapia intensiva o in O2 HFNC o ventilazione non invasiva  
 SI  NO

Note.....

LUOGO E DATA.....

Nome e cognome e recapito (richiedente).....

FIRMA.....





## STROKE UNIT ED EMERGENZA COVID19: RIMODULAZIONE DEL PERCORSO ICTUS NEL P.O. DI VITTORIA



Giarratana A\*§, Giordano A°, Vicenzino A°, Santalucia P°°, Barbarossa C\*\*, Dimarco S\*\*, Midolo A\*\*, Mistretta A§, Drago G\*

\*Direzione Medica P.O. Vittoria;

\*\*Direzione Medica - Servizio Infermieristico P.O. Vittoria;

°U.O.C. Neurologia P.O. Vittoria;

°°Direzione Sanitaria Aziendale

§Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate "G.F. Ingrassia", Università di Catania

**PAROLE CHIAVE:** PDTA ictus; Covid-19.

### INTRODUZIONE

L'impatto indiretto della pandemia Covid19 sulla salute coinvolge anche patologie tempo-dipendenti, come l'ictus, a causa di diagnosi ritardate e prestazioni sanitarie cancellate o rimandate.

Dai dati AgeNaS, nel periodo marzo-giugno del 2020, rispetto allo stesso periodo del 2019, la totalità delle Regioni italiane ha registrato una riduzione percentuale del volume dei ricoveri. La determinazione a migliorare la gestione dell'assistenza dei pazienti con ictus in Europa e garantirne l'accesso alle cure nelle Stroke Unit (SU), ha dato vita al programma ESO Angels Awards che ha riconosciuto come **"Centro Oro"** nel 2020, riconfermata nel 2021, la SU del P.O. "Guzzardi" di Vittoria (ASP Ragusa) e tutta l'organizzazione della Rete ictus nella provincia iblea, articolata in Hub/Spoke.

### CONTENUTI

Dalle evidenze scientifiche, i pazienti hanno maggiori probabilità di sopravvivere e riacquistare autonomia nelle SU, con migliori risultati ottenuti da quelle che hanno sede nel reparto dedicato, indipendentemente dall'età, dal sesso, dalla gravità e dal tipo di ictus dei pazienti.

L'ASP di Ragusa, nel 2017, ha adottato un PDTA ICTUS che coinvolge direttamente le UU.OO.CC. di Neurologia, Radiologia e MCAU di 3 PP.OO. e il SUES-118. Durante l'emergenza pandemica da Covid19, nel 2020, l'ASP ha **rimodulato l'organizzazione nella gestione dell'ictus cerebrale in acuto** (Fig.1) con attivazione della trombolisi nei 3 PP.OO. centralizzando il ricovero del paziente nella SU del P.O. di Vittoria così da contenere i ritardi nella gestione della patologia tempo-correlata, mantenere gli standard qualitativi e quantitativi e garantire l'accesso e la qualità delle cure.

Nello specifico, nel 2019, su 554 ricoveri per ictus ischemico, sono state effettuate 100 procedure di trombolisi (18%) mentre per il 2020, la percentuale dei pazienti trombolisati sul totale dei ricoveri è stata del 23% (416 ricoveri per ictus ischemico; 94 trombolisi). Per il periodo gennaio-agosto 2021, sono state effettuate 81 procedure di trombolisi.

### CONCLUSIONI

Questa rimodulazione del percorso ictus ha garantito, nonostante l'emergenza Covid19, una gestione in **sicurezza** del paziente con ictus cerebrale garantendo l'**accesso** e la **qualità** delle cure. Inoltre, il PDTA aziendale, rispetto a quello precedente, ha permesso sia l'abbattimento dei tempi di trattamento nella fase iperacuta che la possibilità di terapia ad un maggior numero di pazienti che altrimenti non avrebbero avuto la stessa possibilità di cura.

### BIBLIOGRAFIA

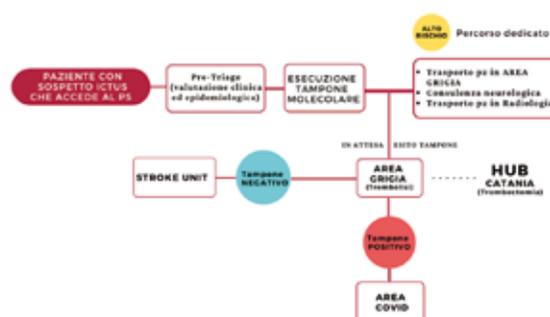
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Portale COVID-19. Sistema di valutazione della capacità di resilienza del sistema sanitario nazionale. Disponibile a: [www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza](http://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza).  
<https://eso-stroke.org/ischemic-stroke-subtypes-detection-in-covid-19-patients-does-an-etiological-classification-matter/>  
<https://www.angels-initiative.com/angels-awards/winners>  
 Organized inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 4. Art. No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub4.  
 Candelise L, Gattilioni M, Bersano A, et al: PROSIT Study Group. Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study. *Lancet* 2007;Jan 27;369(9558):299-305. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60152-4.  
 Procedura Percorso ictus in emergenza Covid19, Direzione Medica P.O. "Guzzardi" di Vittoria-ASP Ragusa

Fig.1

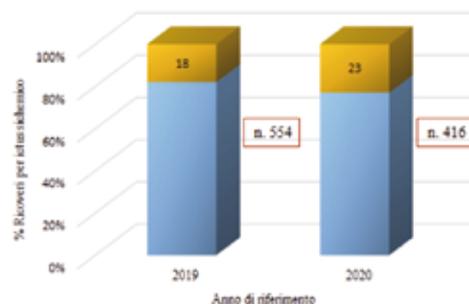


### PERCORSO ICTUS IN EMERGENZA COVID

P.O. di Vittoria (ASP di Ragusa)



% Trombolisi su ricoveri per ictus ischemico





**ASU FC**  
Azienda Sanitaria  
universitaria  
Friuli Centrale

## INTRODUZIONE

La pandemia COVID19 ha avuto un impatto notevole sulla popolazione italiana. Tra il mese di febbraio e il 31 dicembre 2020 sono stati registrati 75.891 decessi nel Sistema di Sorveglianza Nazionale integrata Covid-19 dell'ISS. La pandemia COVID19 ha inoltre radicalmente modificato sia la comunicazione con i parenti dei pazienti ricoverati, sia la possibilità dei familiari di stare accanto al loro caro durante il fine vita, a causa dell'isolamento dei pazienti ricoverati e, spesso, anche dei familiari. Al fine di perseguire l'umanizzazione delle cure e la maggiore attenzione possibile al fine vita, nonostante le difficoltà dettate dall'emergenza COVID19, la Sede Ospedaliera di Palmanova ha implementato un servizio di supporto psicologico destinato ai familiari dei pazienti deceduti presso i Moduli COVID.

## CONCLUSIONI

Questo servizio, prevalentemente di ascolto, del vissuto dei familiari di persone decedute, si è dimostrato particolarmente utile a sostenere un percorso di elaborazione del lutto in modo normale, e non patologico. Inoltre, ha costituito un feedback importante per la struttura sanitaria, al fine di porre in atto quegli aggiustamenti necessari anche in corso d'opera, finalizzati ad una reale umanizzazione delle cure.

**Contatti**  
Dott. Enrico Scarpis, P.O. Latisana-Palmanova, ASU FC, enrico.scarpis@asufc.friuli-vc.it

## Sostegno psicologico ai familiari dei pazienti deceduti nei Moduli COVID della Sede Ospedaliera di Palmanova

Scarpis E.<sup>1</sup>, Puntin M.<sup>1</sup>, Giuliani C.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>P.O. Latisana-Palmanova, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

## CONTENUTI

È stato predisposto dalla Direzione Medica un elenco dei pazienti deceduti, costantemente aggiornato, contenente le informazioni anagrafiche e i dati principali di ricovero, nonché i familiari di riferimento. Successivamente i familiari venivano contattati dalla psicologa operante presso la Direzione Medica ed esperta in gestione del lutto. Di circa 400 persone decedute presso i Moduli COVID da novembre 2020 a maggio 2021, è stato possibile raggiungere telefonicamente i familiari di 139 pazienti, svolgendo con loro almeno un colloquio telefonico.

I colloqui telefonici avevano lo scopo di esprimere la vicinanza della struttura ospedaliera e le disponibilità alla famiglia e di proporre la possibilità di ascoltare l'esperienza vissuta dai familiari. In tutti i casi la telefonata è stata accolta positivamente e la maggior parte ha colto l'occasione per raccontare la propria esperienza e per iniziare così a rielaborare il proprio vissuto. Nei loro racconti sono emersi sia gli aspetti positivi che negativi riguardo ai rapporti con i servizi sanitari preposti. La maggior parte (143 casi) ha riferito un vissuto positivo riguardo ai rapporti con la struttura ospedaliera palmanova (es: "Sono stati tutti molto gentili, ci hanno spiegato per bene come andava la situazione, sono stati sempre molto disponibili").

Hanno apprezzato molto le occasioni di comunicazione che hanno avuto con il personale, e le occasioni in cui il personale è riuscito a metterli in contatto telefonico o in videochiamata con il proprio caro ricoverato. Particolarmente gradite sono state le occasioni di vedere i propri cari al di là di un vetro nell'area di ricovero, o in alcuni casi anche di persona (previa adeguata procedura). Alcuni familiari hanno messo in evidenza anche aspetti problematici, soprattutto a livello comunicativo con il personale ("Ogni volta era un medico diverso, un infermiere diverso..."; "Hanno usato parole con non capiva, senza darmi il tempo di chiedere e di capire meglio"), ma hanno ugualmente apprezzato il loro lavoro e compreso la situazione di difficoltà del momento. I familiari di pochi pazienti hanno invece colto soprattutto gli aspetti negativi. In particolare, hanno lamentato il fatto che il proprio caro avesse contratto il COVID durante un ricovero per altro motivo in altre strutture ospedaliere, e che, nel loro caso, non siano state date sufficienti e tempestive informazioni sull'evolversi della situazione clinica, o sul trasferimento in altra struttura. Alcuni hanno rilevato come il ricovero, pur nell'evoluzione infausta, si sia dimostrato un'ancora di salvezza ("Finalmente, grazie all'ospedale di Palmanova, abbiamo avuto tutti i riferimenti e gli ausili necessari anche per i familiari contagiati che erano rimasti a casa").





# Università Campus Bio-Medico di Roma (UCBM)

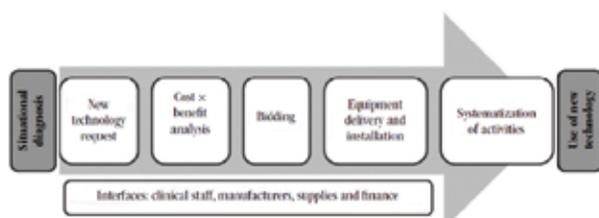
## Miglioramento della gestione di processi complessi: applicazione del metodo lean six sigma

Ianni A.(1), Virgili R.(2, 3), Bartolucci V. (3), Nicoletti D. (3), Manzo F. (4), Onetti Muda A. (5), Petitti T. (1)



- (1) Unità di Ricerca in Igiene, Statistica e Sanità Pubblica (Resp. prof. T. Petitti) - Università Campus Bio-Medico di Roma
- (2) UniCamillus - Saint Camillus International University of Health and Medical Sciences
- (3) UO Anatomia Patologica, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma
- (4) IT Health Fusion
- (5) Responsabile Dipartimento Medicina Diagnostica e di Laboratorio, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù-Irccs

**Introduzione.** La metodologia Lean ed in particolare l'applicazione Six Sigma hanno radicalmente modificato la gestione dei processi produttivi: molteplici anche gli adattamenti in ambito sanitario. Tra i principali risultati ottenuti, la riduzione dei costi operativi, la riduzione del ciclo produttivo in termini di durata, con significativo guadagno in termini temporali e soprattutto incremento della soddisfazione degli utenti. Due condizioni sono riconosciute come determinanti per il successo dell'applicazione di tale metodologia: una adeguata leadership dell'organizzazione ed una conoscenza diffusa tra il Personale in merito ai metodi Lean. All'interno delle organizzazioni sanitarie poi un fattore-chiave del successo di una iniziativa del genere consiste nel coinvolgimento di tutti gli Operatori Sanitari nel percorso di miglioramento continuo della qualità, diffondendo una cultura dell'empowerment a tutti i livelli.



**Il processo di innovazione tecnologica in una organizzazione sanitaria**

**Contenuti (1).** È stato indagato l'impatto della metodologia lean six sigma nei seguenti contesti: la gestione dei processi di farmacia all'interno di un polo di riabilitazione, composto da sedi differenti; l'ottimizzazione del flusso del paziente in riabilitazione, all'interno di una struttura ad alta specializzazione, con modalità di offerta di servizi differenti (ambulatoriale, a ciclo diurno e semi-residenziale, residenziale); il miglioramento di processi tecnici specialistici in un servizio di anatomia patologica che opera su più strutture sanitarie. È stata effettuata preliminarmente una accurata analisi dei processi, che ha permesso di identificare i principali fattori interni ed esterni in ciascuno dei tre settori di applicazione del metodo lean. Successivamente, è stato migliorato il livello di coinvolgimento del management, sia a livello alto che intermedio, per poi operare una diffusione capillare tra i diversi professionisti ed operatori sanitari coinvolti nei processi indagati e sottoposti all'intervento descritto nel presente studio.

**Risultati (1).** L'inserimento di rilevanti modifiche nei tre settori indagati, grazie ad un ampio coinvolgimento degli operatori sanitari, ha permesso di misurare un incremento significativo nei principali indicatori scelti. Nella gestione dei processi di farmacia è stato possibile rilevare un significativo miglioramento in termini di "tempo", subito utilizzato per poter introdurre alcuni flussi di dispositivi e farmaci assenti nella fase precedente all'avvio della modifica attuata.

**main impacts from the application of lean thinking in health:**

- increasing productivity and team efficiency
- reduction in waiting time for patient care
- standardization of care process, reducing costs and improving teamwork
- reduction in the patient's hospital length
- increasing the quality of service provided
- increased patient satisfaction
- increasing patient safety and health professionals
- employee satisfaction

### revisione dei processi

**Risultati (2).** Nella revisione del flusso del paziente in riabilitazione è stato possibile ottenere un significativo incremento dei livelli di qualità percepita e soprattutto in termini quantitativi, come numero di prestazioni riabilitative offerte agli utenti.

**lean thinking:**  
a systematic approach that enables the identification and elimination of waste in production processes, focusing mainly on aggregate quality and delivering to the customer only what he considers to be of value



lean thinking in health reveals a management model that improves the structure, process and outcome



**Risultati (3).** Da ultimo, nel terzo ambito di applicazione, ossia la ri-progettazione dei processi di un servizio di anatomia patologica, è stato possibile individuare i punti di non efficienza e ridurre – fino ad eliminarle – le occasioni di sprechi di movimentazione e di tempo di lavorazione. È stato quindi misurato un incremento significativo di efficienza, con riduzione del tempo globale di analisi dei campioni e miglioramento nella predisposizione dei referti finali.

**Conclusioni.** Il metodo "lean", applicazione della metodologia originariamente ideata e sperimentata nel mondo industriale automobilistico, può trovare un impiego particolarmente proficuo in numerose tipologie di processi, all'interno di strutture ed organizzazioni sanitarie differenti. In particolare, si osserva un impatto positivo sulla performance dei differenti servizi a cui è stata applicata tale metodologia, con il valore aggiunto della positiva diffusione di buone pratiche all'interno di tali organizzazioni sanitarie e dello stabile coinvolgimento degli operatori.

**Riferimenti bibliografici.**  
Ruller T, Pillaia C, Laedl A, Hansen L, Soti R, Goodridge D, Flynn R, Chan J, Funder M, Piskunova B, Willoughby K, Keenan L. What Is Lean Management in Health Care? Development of an Operational Definition for a Cochrane Systematic Review. *Evid Health Prof.* 2019 Sep;45(2):246-260. doi: 10.1177/1032262219875892. Epub 2018 Apr 10. PMID: 29626962; PMCID: PMC6049354.  
Toro JR, Serrano F T. Application of lean healthcare in hospital services: a review of the literature (2007 to 2017). *Production* 2018; 26: 4070-4089. <https://doi.org/10.15845/production.2017.26.330>  
Zappala-Lupo C, Tappa D, Esco-Lopez Y, Limon-Romero J, Ordovera S, Ponce-Garciaz A, Torralba G. Assessing the Impact of Lean Healthcare on Inpatient Care: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Aug 4;17(15):5100. doi: 10.3390/ijerph17155100. PMID: 35759705; PMCID: PMC923225

**Conversione di un blocco operatorio in terapia intensiva in meno di 24 ore:  
un modello di flessibilità in risposta al COVID-19 presso  
l'IRCCS Policlinico San Donato di Milano**



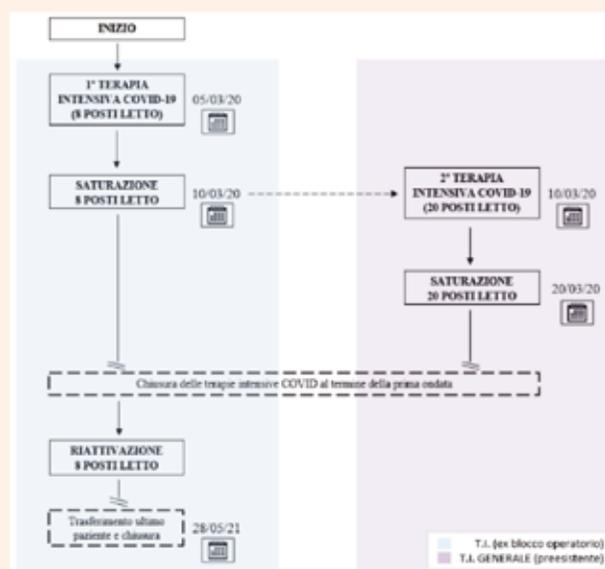
**Gruppo  
San Donato**

R. Vecchio<sup>1</sup>, S. Cataldi<sup>2</sup>, C. Signorelli<sup>3</sup>, A. Odone<sup>4</sup>, G. Gallo<sup>5</sup>, A. D'Acquisto<sup>6</sup>, L. Carpinelli<sup>7</sup>, F.G. Galli<sup>8</sup>, M.T. Cuppone<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Università degli Studi di Pavia; <sup>2</sup> Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>3</sup> Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>4</sup> Università degli Studi di Pavia; <sup>5</sup> IRCCS Policlinico San Donato, Milano; <sup>6</sup> IRCCS Policlinico San Donato, Milano; <sup>7</sup> IRCCS Policlinico San Donato, Milano; <sup>8</sup> CEO, Gruppo Ospedaliero San Donato; <sup>9</sup> IRCCS Policlinico San Donato, Milano

**INTRODUZIONE:** La pandemia di SARS-CoV-2 ha messo a dura prova la resilienza delle strutture ospedaliere, impegnate a reggere il brusco impatto dell'ondata di ricoveri. Centrale, nella gestione dell'emergenza sanitaria, è stata la capacità di adattamento al contesto. Se da un lato per gli operatori sanitari la sfida è stata quella di mettere in gioco le proprie conoscenze professionali, cliniche e umane, nel tentativo di rallentare la corsa della pandemia, dall'altro, a livello gestionale, decisiva è stata la capacità di riorganizzare personale, spazi, percorsi e impianti, in maniera flessibile e nel più breve tempo possibile, per far fronte alla necessità di posti letto e aree attrezzate per i propri professionisti. In questo contesto si colloca l'opera di conversione di un blocco operatorio dell'IRCCS Policlinico San Donato in terapia intensiva, avvenuto nell'arco di una giornata, il 3 marzo 2020, che ha portato alla creazione di 8 nuovi posti letto destinati a pazienti affetti da COVID-19, rimasti poi attivi fino al 28 maggio 2021.

**CONTENUTI:** Il processo di adattamento del blocco chirurgico è passato innanzitutto dall'identificazione di medici specialisti e personale infermieristico qualificato, selezionato in base alle competenze e all'esperienza in campo intensivistico; oltre agli anestesisti, nell'assistenza ai pazienti COVID+, sono stati coinvolti cardiologi, principalmente elettrofisiologi ed emodinamisti, e personale infermieristico con conoscenze nell'ambito della gestione di pazienti di terapia intensiva coronarica, chirurgia ed emodinamica. A queste figure si sono affiancati specialisti di supporto che, in un clima di totale collaborazione, si sono dedicati a fornire consulenza clinica: tra questi infettivologi, pneumologi, neurologi e internisti. La responsabilità di questa équipe è stata assegnata al primario e al coordinatore infermieristico della UO di Terapia Intensiva Generale in assetto. Fondamentale poi è stato l'adeguamento rapido dei dispositivi medici, in particolare dei respiratori: in quest'ottica si è dimostrato preziosissimo il lavoro dell'ingegneria clinica del Policlinico che è stata in grado di selezionare e mettere a disposizione nuove apparecchiature in tempi brevissimi. Indispensabile anche l'attività dell'ufficio tecnico sull'impianto di distribuzione dell'ossigeno per garantire una portata sufficiente alle terapie ad alto flusso necessarie per il trattamento dei pazienti. Un altro elemento strategico nella gestione dell'emergenza è stata la possibilità di un confronto con i diversi professionisti di Gruppo San Donato e in particolare con la farmacia centrale sia per quanto riguarda il rifornimento tempestivo di medicinali sia per quanto riguarda la distribuzione massiva di presidi e DPI per tutto il personale sanitario. L'attivazione di questa prima area per la gestione intensiva dei pazienti COVID del Policlinico ha consentito di reggere l'urto dell'emergenza, almeno in una prima fase. Infatti, gli 8 posti letto derivati dal blocco operatorio sono andati incontro a rapida saturazione, già nella giornata del 10 marzo. Tale soluzione ha permesso alla Direzione Sanitaria di guadagnare tempo prezioso nell'organizzazione degli spazi: in 7 giorni è stata allestita una seconda area, ricavata dalla terapia intensiva generale ed entrata in funzione alla saturazione della prima, garantendo, con 20 posti letto aggiuntivi e percorsi differenziati per gli operatori in base all'area di assegnazione (suddivisione zone COVID+ e COVID-), un ampliamento graduale e funzionale al contesto pandemico. Al trasferimento dell'ultimo paziente, il 28/05/2021, 112 degenti risultavano essere transitati dalle terapie intensive COVID+ dell'IRCCS Policlinico San Donato.



**CONCLUSIONI:** L'esperienza dell'IRCCS Policlinico San Donato evidenzia come professionisti con competenze diverse possano collaborare e contribuire, ognuno per le proprie capacità, alla realizzazione di un obiettivo comune. In situazioni di forte necessità, anche progetti ambiziosi, come la riconversione di un'intera area ospedaliera, possono essere portati a termine in tempi celeri e, soprattutto, con successo.

## LA CAMPAGNA VACCINALE ANTINFLUENZALE 2020/2021 TRA GLI OPERATORI SANITARI IN AOUIVR

### NOMI AUTORI:

- Tardivo S., Professore Associato, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica – Università di Verona. INCARICATO DELL'EVENTUALE PRESENTAZIONE DEL LAVORO
- Tocco Tussardi I., Medico in Formazione Specialistica, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica – Università di Verona
- De Mattia G., Medico in Formazione Specialistica, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica – Università di Verona
- Gasabelli V., Medico in Formazione Specialistica, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica – Università di Verona
- Zanetel E., Medico in Formazione Specialistica, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica – Università di Verona
- Vanin S., Medico in Formazione Specialistica, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica – Università di Verona
- Mazzer M., Medico in Formazione Specialistica, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica – Università di Verona
- Palladini F., Medico in Formazione Specialistica, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica – Università di Verona
- Fagherazzi J., Medico in Formazione Specialistica, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica – Università di Verona
- de Sabata Formenton L., Medico in Formazione Specialistica, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica – Università di Verona

### INTRODUZIONE:

Nel Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019, prorogato fino al termine del 2021, viene raccomandata una copertura vaccinale antinfluenzale per gli Operatori Sanitari pari almeno al 75%. Una copertura adeguata permette la riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte, la riduzione del rischio di trasmissione a soggetti ad alto rischio di complicanze o ospedalizzazione e la riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità. È documentata in letteratura una mortalità più che doppia nei pazienti con infezione concomitante da virus dell'influenza e SARS-CoV-2 rispetto ai pazienti con sola infezione da SARS-CoV-2 (*BMJ 2020; 370: m3720*). Per la stagione influenzale 2020-2021 la Regione Veneto aveva indicato con la DGR 1103 del 06/08/2020 il 60% come soglia minima di copertura vaccinale antinfluenzale da raggiungere tra gli Operatori Sanitari.

### MATERIALI E METODI:

È stata analizzata la totalità delle dosi di vaccino antinfluenzale somministrate nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUIVR) da ottobre 2020 a gennaio 2021. È stata operata una suddivisione in base alla sede di vaccinazione (ambulatori della Medicina del Lavoro, ambulatori dell'Osservatorio Epidemiologico e singole Unità Operative) ed è stata effettuata una suddivisione degli individui vaccinati in tre gruppi: Operatori Sanitari dipendenti dell'Azienda, Operatori Sanitari non dipendenti dell'Azienda e altre categorie (studenti, pazienti e altri).

### RISULTATI:

Durante la campagna vaccinale 2020/2021 sono state somministrate all'interno dell'Azienda 3122 dosi di vaccino antinfluenzale: 1594 sono state somministrate direttamente nelle singole Unità Operative (51,0%), 720 sono state somministrate negli ambulatori della Medicina del Lavoro (23,1%) e 808 sono state somministrate negli ambulatori dell'Osservatorio Epidemiologico (25,9%). Delle 3122 dosi totali: 1720 sono state somministrate a Operatori Sanitari con contratti di lavoro dipendente o assimilabili (55,1%), 838 a Operatori Sanitari con contratti atipici (26,8%) e 564 dosi ad altre categorie (18,1%). Non è possibile confrontare la quota del personale di AOUIVR a cui è stata somministrata la vaccinazione antinfluenzale nella campagna 2020/2021 con quelle delle stagioni precedenti, essendo disponibili, solo per alcune campagne, dati parziali e non categorizzati. I dati dell'ultima campagna mostrano una copertura tra gli Operatori Sanitari del 36,5% (2558 su un totale di 7011), inferiore sia all'obiettivo posto dalla Regione Veneto, sia alle soglie raccomandate dall'attuale Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale. I nostri dati mostrano la necessità di una profonda revisione delle modalità di pianificazione della campagna vaccinale antinfluenzale aziendale per poter raggiungere gli obiettivi attesi dal SSN.



**Implementazione Istruzione Operativa  
“Lavaggio Chirurgico delle mani con gel idroalcolico”  
presso l'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo.**

*Mancuso R\*, Bonfante M.S\*\*, Imburgia C\*\*\*, Marsala M.G.L.\*\*, Picciuca Z.\*\*\*\*, Marchese V\*\**

\*Presidente Comitato Infezioni Ospedaliere Arnas Civico Di Cristina Benfratelli Palermo  
\*\*Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio Arnas Civico Di Cristina Benfratelli Palermo  
\*\*\*Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive Arnas Civico Di Cristina Benfratelli Palermo  
\*\*\*\*Componente Gruppo Operativo Comitato Infezioni Ospedaliere Arnas Civico Di Cristina Benfratelli Palermo



**INTRODUZIONE:** Nel contesto della pandemia da Sars Cov-2, la necessità di intensificare notevolmente le pratiche di antisepsi delle mani ha determinato una difficoltà a reperire prodotti antisettici a livello internazionale.

**CONTENUTI**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) promuove il lavaggio chirurgico delle mani con gel idroalcolico, in quanto è dimostrata l'efficacia nella riduzione della flora microbica transitoria, nella riduzione della flora microbica residente su mani, avambraccia e unghie, e sulla capacità di inibire la crescita microbica nell'ambiente caldo-umido all'interno dei guanti.

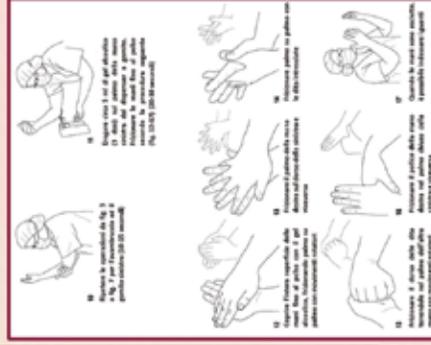
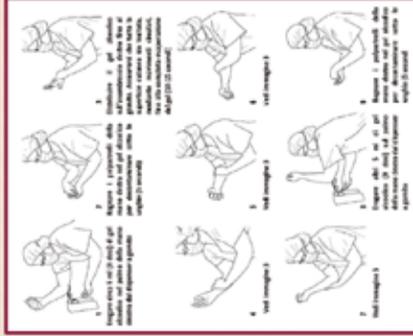
Numerosi studi hanno dimostrato che le formulazioni contenenti esclusivamente alcol al 60-95%, o alcol al 50-95% combinato con quantità ridotte di composti dell'ammonio quaternario, esaclorofene o clorexidina gluconato, riducono le conte batteriche sulla cute immediatamente dopo lo scrub in modo più efficace rispetto ad altri agenti.

Tale pratica non era mai stata implementata presso l'ARNAS Civico, a fronte dell'uso esclusivo del lavaggio chirurgico con acqua e antisettico a base di clorexidina o polivinilpirrolidone-iodio in soluzione acquosa. Data la carenza di disinfettanti determinata dalla pandemia, nel mese di giugno 2020, il CIO ha proposto l'adozione di un'Istruzione Operativa (I.O.) per il “Lavaggio Chirurgico delle mani con gel idroalcolico”, indirizzata alle Unità Operative chirurgiche e agli ambulatori che praticano procedure invasive.

Per la carenza di disinfettanti determinata dalla pandemia, su proposta del CIO, nel mese di giugno 2020, è stata adottata una Istruzione Operativa per il “Lavaggio Chirurgico delle mani con gel idroalcolico”, indirizzata a tutte le Unità Operative chirurgiche e agli ambulatori in cui vengono eseguite procedure invasive, al fine di utilizzare una metodica alternativa, ma di comprovata efficacia.

**CONCLUSIONI**

L'implementazione dell'utilizzo della pratica di igiene delle mani basata sull'uso di gel idroalcolico, nata da un momento di criticità creato dalla pandemia, si è di fatto rivelata un'opportunità perché fornisce un ulteriore strumento al personale tenuto ad effettuare il lavaggio chirurgico delle mani, non soltanto in situazioni di carenza di antisettici, ma anche in tutte quelle situazioni in cui non è possibile effettuare il lavaggio chirurgico tradizionale, come ad esempio condizioni di massima urgenza o procedure invasive a letto del paziente. Il CIO avrà cura di verificare durante gli interventi di sorveglianza epidemiologica, la corretta applicazione della Istruzione Operativa, e l'eventuale proposta di aggiornamenti e revisioni.





## Consenso informato alle procedure: un'informazione completa, esauriente e comprensibile per i pazienti.

Raffaele Spiazzi <sup>1,2</sup>, Ida Giorgia Iavarone <sup>1,3</sup>, Maria Beatrice Chiozza <sup>1,4</sup> e Italo Borini <sup>1,5</sup>

*1 Direzione Sanitaria, Ist.G.Gaslini, Genova, 2 Direttore Sanitario, Ist.G.Gaslini, 3 Medico specializzando in Igiene, Università degli Studi di Genova, 4 Medico specialista in Medicina Legale, Ist.G.Gaslini, 5 Medico specialista in Cardiocirurgia, Ist.G.Gaslini*

Paola chiave: Consenso informato

### INTRODUZIONE

Il consenso informato rappresenta l'autorizzazione che un paziente o un suo rappresentate legale fornisce ad un operatore sanitario prima di ricevere un qualsiasi trattamento sanitario. Presso l'Istituto G.Gaslini di Genova, ospedale accreditato JCI, è stato realizzato un progetto di revisione e omogeneizzazione dei consensi informati.

### CONTENUTI

La Direzione Sanitaria, dopo analisi accurata della letteratura specialistica e della normativa ha definito uno schema a nove punti, ognuno dei quali conteneva informazioni su differenti aspetti della procedura a cui il paziente sarebbe stato sottoposto (Tab.1). Tutti i consensi sono stati organizzati seguendo le indicazioni di tale schema. La fase di redazione dei consensi è stata resa possibile dalla stretta collaborazione fra i diversi specialisti e la direzione sanitaria. I consensi, dopo un'iniziale stesura organizzata secondo il format a nove punti, da parte dello specialista, sono stati vagliati da un medico di Direzione Sanitaria con esperienza assistenziale sul campo. La versione condivisa e approvata è stata poi avviata al Centro Controllo Direzionale per la ratifica finale e la pubblicazione del testo nel sito aziendale. Il lavoro svolto sulla rielaborazione/compilazione dei consensi informati aziendali testimonia l'importanza che l'Istituto G.Gaslini attribuisce alla comunicazione con il paziente e i genitori nella realizzazione di un percorso assistenziale improntato alla trasparenza e alla chiarezza.

### CONCLUSIONE

Il consenso informato deve essere completo, esauriente e comprensibile. A tal fine, abbiamo avuto cura di evitare il più possibile l'uso di termini complessi, attenendoci a una filosofia di scrittura "amica dell'utilizzatore". La scelta di predisporre una griglia in nove punti per la compilazione di tutti i consensi informati ha permesso di mantenere una buona uniformità dei contenuti e di evitare di tralasciare aspetti importanti nella descrizione di ogni singola procedura. In un prossimo futuro, attraverso appositi questionari rivolti a medici, genitori e pazienti, e con l'aiuto della Psicologia Clinica, cercheremo di analizzare l'impatto dei nuovi consensi informati sulla qualità percepita dell'assistenza e sulla costruzione di un solido rapporto di "alleanza terapeutica" fra medico e paziente.

Tab.1 Contenuti del consenso informato

 ISTITUTO G. GASLINI U.O.C. DIREZIONE	<b>CONSENSO INFORMATO</b>	Identificazione paziente (*) <small>* Nome Cognome e altro di nascita del paziente/vicaria/paziente</small>
---	-------------------------------	--

1. Identificazione e descrizione della procedura/ trattamento
2. Scopo della procedura/trattamento e benefici attesi
3. Alternative/ alternative alla procedura/trattamento
4. Possibilità conseguenze alla non esecuzione
5. Possibilità conseguenze della non esecuzione
6. Rischi
7. Rischi e conseguenze dipendenti dalle condizioni clinica e personale del paziente
8. Possibilità di successo e possibili problemi relativi al recupero o alla piena guarigione
9. Condizioni cliniche che possono determinare una modifica della procedura/trattamento

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, dichiaro di essere stato debitamente e completamente informato dal Prof/Dott. \_\_\_\_\_ circa l'evoluzione al trattamento proposto

che sarà eseguito dal Prof/Dott. \_\_\_\_\_

Il paziente (o il rappresentante legale) ha ricevuto e ha compreso le informazioni e le istruzioni fornite dal medico e ha espresso il consenso in piena libertà di scelta, senza alcuna coercizione, inganno o influenza indebita. In particolare, il sottoscritto dichiara di essere stato adeguatamente informato, anche tramite informazione scritta, delle caratteristiche, dei benefici e dei rischi della tecnica proposta, inclusi i rischi specifici relativi alle particolari condizioni di salute, delle possibili alternative e dei possibili problemi relativi al recupero o alla piena guarigione, nonché delle possibili conseguenze del non trattamento e della possibilità del cambiamento della procedura/trattamento. In presenza delle condizioni riportate nell'informatica.

Dichiaro infine di avere potuto porre tutte le domande ritenute opportune, di avere avuto risposta soddisfacenti ed esaurienti circa il trattamento proposto e di essere stato informato circa il personale medico interessato nella produzione in oggetto.

- Autorizza la procedura medico-chirurgica proposta.
- Autorizza nei casi non urgenti ad eseguire anche l'anestesia/ sedazione mono o bilaterale.
- Non autorizza nei casi non urgenti ad eseguire anche l'anestesia/ sedazione mono o bilaterale.
- Non autorizza la procedura medico-chirurgica proposta.

Paziente \_\_\_\_\_

Il medico \_\_\_\_\_

Eventuale tutore \_\_\_\_\_

Altro personale eventualmente presente \_\_\_\_\_

Il mediatore culturale interessato \_\_\_\_\_

Genova \_\_\_\_\_



## CODICE ARGENTO

### Percorso assistenziale all'anziano fragile nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Cristo Re

Nasi G., D'Avino A., Bonini A., Brandimarte G., Distefano F.A., Gavrila R.R.,  
Matarazzo L., Petruzzello C., Pomes M., Pozzi F., Benedetti P.  
Ospedale Cristo Re Roma - Gruppo Giomi

46° Congresso Nazionale  
ANMDO - 2° Web  
Conference Nazionale  
ANMDO COVID e  
POSTCOVID: A NEW  
WORLD, 4-5-6-7 OTTOBRE  
2021



**Introduzione:** Il Pronto Soccorso (PS) dell'Ospedale Cristo Re si inserisce nell'ambito della Rete di Emergenza Ospedaliera della Regione Lazio nel territorio della ASL Roma 1. Per offrire la migliore assistenza al paziente anziano, per definizione "fragile", presso il nostro Ospedale si è attivato il **Codice Argento**, a partire dall'accettazione fino alla dimissione.

**Contenuti:** La nostra esperienza, in linea con i dati di letteratura, dimostra che al paziente anziano e fragile viene garantita una migliore gestione clinica e assistenziale nel percorso ospedaliero, se correttamente valutato fin dall'accesso in PS, oltre che con il codice colore di priorità alla visita basato sulle condizioni cliniche (triage), anche con una serie di altri parametri utilizzando il Codice Argento inquadrando clinicamente in tempi molto brevi tale target di assistiti utenti attraverso uno score di poche domande per la definizione di una serie di parametri definiti e validati (vedi fig. 1).

Fig. 1 Codice argento: griglia di valutazione delle variabili associate alla fragilità dell'anziano.

	Non=0	Si=1
1 Ha compiuto 75 anni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ha avuto un accesso in PS negli ultimi sei mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 È stato ricoverato in ospedale negli ultimi sei mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ha bisogno di qualcuno che gli prepari o somministri le medicine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ha bisogno di una persona che l'aiuti ad alzarsi dal letto o camminare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 È legato dai servizi socio assistenziali (Centro diurno, casa protetta, RSA, SAD, ADI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Totale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Codice argento se punteggio totale &gt;3</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

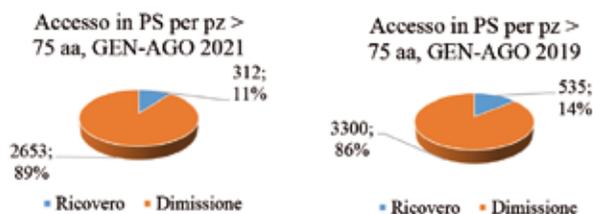
**L'assetto organizzativo**, ha previsto come azioni principali:

- ❖ Un **Team multidisciplinare** e pluri-professionale composto da Medici e Infermieri del Servizio di Pronto Soccorso, del Bed Management, della Direzione Sanitaria, del Risk Management nonché personale del Servizio Sociale e di Psicologia.
- ❖ Un **ambulatorio ad-hoc**, per la presa in carico post-dimissione (non solo da PS) di tali pazienti fragili e cronici anche con l'integrazione socio-sanitaria con il territorio (MMG, ADI, RSA, cure palliative, COA, SIAT).

**Per i risultati iniziali**, abbiamo confrontato i dati degli accessi di PS nei primi otto mesi del 2019, periodo antecedente all'introduzione del Codice Argento, vs i primi otto mesi del 2021, non tenendo conto del 2020 con valori condizionati dalla pandemia.

Nonostante una riduzione degli accessi del 23% (causato dalla pandemia Covid-19), l'analisi dei dati ha comunque evidenziato:

- **riduzione tempi di attesa** per visita, servizi di radiodiagnostica e consulenze specialistiche
- **calo dei ricoveri nei pazienti OVER 75**, pari al 42% (535 nel 2019 vs 312 nel 2021)
- **miglioramento performance assistenziali**, maggior appropriatezza delle degenze e riduzione dei ricoveri ripetuti, grazie a stabilizzazione delle condizioni in OBI
- **fast track personalizzato** per assistiti fragili anziani, evita un'ulteriore compromissione funzionale e riduce i disturbi del comportamento già esistenti o della slatentizzazione di essi per la privazione affettiva e l'isolamento dalle figure di riferimento, con **riflessi positivi sulla qualità di vita**, sostegno per familiari, caregiver e assistenza informale per il percorso post-dimissione e "sollievo" per la miglior compliance dei pazienti.



**Conclusioni:** L'approccio condiviso, facilitato, multidisciplinare al paziente anziano fragile, supportato da attenta rimodulazione organizzativa, **migliora gli outcome** e rende più scorrevoli i percorsi ospedalieri.

I risultati ci incoraggiano a continuare ponendoci ulteriori obiettivi di qualità e sicurezza delle cure, pertanto abbiamo previsto di:

- implementare l'assistenza ai malati anziani e fragili con il supporto della **telemedicina** e **teleconsulto**, già utilizzata in fase sperimentale
- incrementare la **cooperazione con i Servizi e Strutture del territorio**, nonché i Medici di Medicina Generale.



## IDEE INNOVATIVE PER IL PRONTO SOCCORSO/DEA

Nasi G., Lega F., Zucco F., Parrocchia S.

### Introduzione

L'importanza di una progettualità innovativa della rete di emergenza, anche sulla spinta dell'attuale pandemia, ci porta a ripensare al nuovo PS/DEA, incidendo nella pianificazione dei percorsi ospedale-territorio e per le reti di emergenza e tempo dipendenti, individuando le potenzialità creative e funzionali-organizzative che occorre mettere in campo per lasciare un'impronta nell'organizzazione, a promozione complessiva del SSR/SSN, creando valore per un rinnovato approccio alla sostenibilità.

### PS/DEA

- Non ci sono soluzioni semplici in **EMERGENZA**
- Immagine primaria e rilevante in **OSPEDALE**
- Snodo di coordinamento in **SISTEMA COMPLESSO**



### COME GESTIRE?

### Contenuti

L'attività in emergenza va revisionata non solo pensando al presente, ma già considerando gli scenari epidemiologici, tecnologici, ed economici del futuro, prevedendo, all'interno di un PS/DEA: spazi, processi, risorse, implementati sulla base di una flessibilità organizzativa e strutturale, della sicurezza e qualità delle cure, dell'integrazione e multidisciplinarietà delle professionalità.

La visione strategica e di mission va, dunque, orientata ad un servizio a 360 gradi, rivolto sia al territorio che all'ospedale e volano della funzionalità dell'intero sistema sanitario, che coniuga i percorsi dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti con i PDTA delle patologie cronic- degenerative, valorizzando l'innovazione tecnologica e digitale nonché le opportunità delle risorse del PNRR, per le quali un PS/DEA innovativo costituisce un fondamentale punto di riferimento.

Tale progettualità trae i suoi strumenti dall'applicazione del Totaly Quality Management in ottica lean e di economicità nonché attraverso benchmarking per la scelta del miglior sistema di emergenza anche in termini di advocacy delle risorse umane con strumenti di "people strategy" e learning organization.

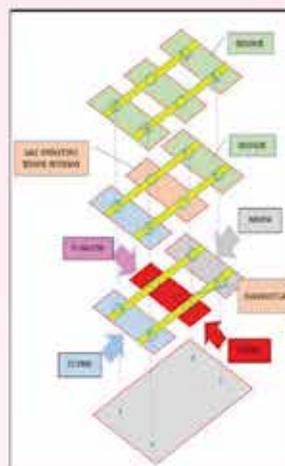


Della valorizzazione fanno parte l'umanizzazione delle cure con il coinvolgimento degli stakeholders, tra cui giocano un ruolo importante anche le associazioni ed onlus di promozione e sostegno dei pazienti, che affiancano e supportano il sistema con programmi di miglioramento e valutazione della qualità, per l'intero percorso assistenziale partendo dalle reti tempo-dipendenti.

La collaborazione strategica a tutto tondo con le strutture formative consente inoltre, con reciproci benefici, di sostenere quali/quantitativamente l'innovazione, la ricerca, lo sviluppo professionale/umano, nella sua vocazione di professionisti eccellenti, lo sviluppo ed applicazione di nuove competenze e l'integrazione degli organici, nella sua componente assistenziale.



Schema strutturale e funzionale Nuovo Ospedale di Latina



Nel Nuovo PS dell'Ospedale Cristo Re

- Valorizzazione delle aree verdi in continuità con la struttura ospedaliera
- Facilità di accesso con spazi di ricezione e umanizzazione dell'accoglienza
- Fluidità dei percorsi interni con servizi di diagnostica integrati e ambienti per la formazione sul campo e debriefing
- Continuità con i posti letto di medicina, sub-intensiva e terapia intensiva, unità previste sullo stesso piano in estensione successiva diretta.



### Conclusioni

La strategia rappresentata dimostra l'opportunità di pianificare un progetto integrale sia per la realizzazione ex novo che per la ristrutturazione di un PS/DEA innovativo, puntando su principi di localizzazione strategica rispetto al territorio, di promozione della salute, di sostenibilità ambientale, di flessibilità e riconversione strutturale e funzionale, associata comunque alla disponibilità di aree funzionali specifiche, alla qualità dell'aria, all'innovazione digitale, alla centralità della persona paziente/professionista. Tali criteri creano, infatti, valore e saranno applicati la messa in opera del Nuovo Ospedale di Latina e per la ristrutturazione dell'Ospedale Cristo Re di Roma e i relativi flussi delle reti tempo-dipendenti.



# ORIZZONTI

## Una linea trasversale per tutti gli ambienti da igienizzare

Amuchina Professional, da sempre sinonimo di igiene e disinfezione, propone una linea completa di prodotti appositamente studiati per assicurare la più profonda pulizia degli ambienti professionali.

Amuchina Vetri Multiuso Igienizzante, in formato trigger da 750 ml, è l'alleato ideale per l'igiene delle piccole superfici. La sua formula non lascia residui chimici e non necessita di risciacquo. Il prodotto è anche indicato per le procedure regolate dall'HACCP.

Amuchina Detergente Sgrassante Tecnico è un detergente sgrassante igienizzante pronto all'uso, adatto a tutte le superfici unte in cui sia richiesto uno sgrassaggio rapido e totale. Indispensabile per tutte le attività che operano con procedure di pulizia regolare dall'HACCP.

Infine, Amuchina Detergente Bagno, grazie alla sua formula ricca di agenti pulenti, svolge un'azione igienizzante per tutte le piccole superfici del bagno. Elimina i residui di sapone e le tracce di calcare, lasciando le superfici brillanti senza bisogno di strofinare a lungo.

[www.amuchina.it](http://www.amuchina.it)



# DA AMUCHINA PROFESSIONAL IL PULITO IMBATTIBILE

**Una linea  
trasversale  
per tutti  
gli ambienti  
da igienizzare**



**AMUCHINA**  
PROFESSIONAL

Angelini S.p.A.  
Servizio Consumatori  
Numero Verde:  
800.802.802  
[www.amuchina.it](http://www.amuchina.it)



**ANMDO**

Associazione Nazionale dei Medici  
delle Direzioni Ospedaliere

*Auguri  
per un felice e sereno  
2022*

Il Presidente Nazionale A.N.M.D.O.  
*Dott. Gianfranco Finzi*





**BOLOGNA Capitale della Salute**



# EXPOSANITA'

**MED • CARE • INNOVATION**

22<sup>a</sup> mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza

**4|5|6|7 maggio 2022**

In collaborazione con



e

Gruppo  **tecniche nuove**



[www.exposanita.it](http://www.exposanita.it)

Progetto e direzione

**BOS**  
Bolognafiere | Senaf