

# L'OSPEDALE

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

**SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO:  
ANALISI DEL FENOMENO NELL'OSPEDALE DI  
MACERATA**

**PIANI DI RICONVERSIONE DEI POSTI LETTO NEL  
PRESIDIO OSPEDALIERO MEDIA VALLE DEL  
TEVERE (UMBRIA), DURANTE LA PANDEMIA  
COVID-19 E PROGETTO DI RIPARTENZA: UN  
ESEMPIO DI FLESSIBILITÀ ORGANIZZATIVA**

**IL PERCORSO DI PRESA IN CARICO DELLA  
PERSONA VITTIMA DI VIOLENZA  
IN AREA VASTA 3 (PROVINCIA DI MACERATA)**

**COMUNICAZIONI VINCITRICI - 47° CONGRESSO  
NAZIONALE A.N.M.D.O.**

**POSTER VINCITORI - 47° CONGRESSO  
NAZIONALE A.N.M.D.O.**

**COMUNICAZIONI - 47° CONGRESSO NAZIONALE  
A.N.M.D.O.**

**RICERCA - SPAZI PUBBLICI E IGIENE DELLE MANI:  
IL VALORE DELLE BUONE ABITUDINI**

**ORIZZONTI**



# DOVENDO SCEGLIERE TRA LA SALUTE DELLE PERSONE, QUELLA DELL'AMBIENTE E QUELLA DELL'ECONOMIA ABBIAMO SCELTO TUTTO



Oltre cinquant'anni di esperienza e di leadership nella sanificazione ambientale e sanitaria hanno portato COPMA a ideare il **PCHS®**, il sistema di sanificazione innovativo che contrasta il Covid-19 con una stabilità d'azione per 24 ore. Un'efficacia dimostrata da studi pubblicati sulle più autorevoli riviste scientifiche internazionali. I tradizionali disinfettanti chimici hanno un'azione limitata che si riduce dopo circa un'ora dal loro impiego, hanno un elevato impatto ambientale e possono provocare farmaco resistenza. **La sua attività antivirale permane stabile su tutte le superfici fino a 24 ore dal trattamento.**



- 99,9% DELLA CARICA VIRALE<sup>4</sup>
- 52% DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA<sup>1</sup>
- 70/99,9% DEI GENI DI RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI<sup>1</sup>
- 70/96% DEI PATOGENI RISPETTO AI METODI TRADIZIONALI<sup>1</sup>



- 51% DEL CONSUMO FARMACI ANTIMICROBICI<sup>2</sup>
- 79% DEL COSTO DELLA TERAPIA ANTIMICROBICA<sup>2</sup>
- 320 MILIONI DI EURO RISPARMIABILI IN SOLI 5 ANNI NEGLI OSPEDALI ITALIANI DI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI<sup>2</sup>



- 35% RIDUZIONE DELL'IMPRONTA DI CARBONIO<sup>3</sup>
- 45% RIDUZIONE DEL CONSUMO SOSTANZE CHIMICHE<sup>3</sup>
- 29/33% DEI CONSUMI ELETTRICI E IDRICI<sup>3</sup>



Riduzione stabile nel tempo  
**DI OLTRE L'80%**  
della contaminazione patogena



Abbattimento  
delle farmaco-resistenze  
**FINO AL 99,9%**



Riduzione delle infezioni  
correlate all'assistenza  
**DEL 52%**



Riduzione dei costi complessivi  
della terapia antimicrobica  
**DEL 79%**

**PCHS®**  
igiene biostabile

[pchs.it](http://pchs.it)

**copma**  
produttori di igiene  
cultori dell'ambiente

[copma.it](http://copma.it)

- 4 Sovraffollamento in pronto soccorso: analisi del fenomeno nell'ospedale di Macerata**  
*Di Falco C., Scaloni G., Contigiani F.*
- 9 Piani di riconversione dei posti letto nel Presidio Ospedaliero Media Valle del Tevere (Umbria), durante la pandemia CoViD-19 e progetto di ripartenza: un esempio di flessibilità organizzativa**  
*Massimo D'Angelo, Gianmarco Paganini, Teresa Tedesco, Fausta Moroni, Giuseppe Vallesi*
- 13 Il percorso di presa in carico della persona vittima di violenza in Area Vasta 3 (provincia di Macerata)**  
*Di Falco C., Scaloni G., Sabbatini I., Contigiani F.*
- 19 Comunicazioni vincitrici - 47° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.**
- 27 Poster vincitori - 47° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.**
- 32 Comunicazioni - 47° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.**
- 42 Dal mondo della ricerca - Spazi pubblici e igiene delle mani: il valore delle buone abitudini**
- 46 ORIZZONTI**

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 75 - Numero 3 - luglio settembre 2022

**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. Serranò

**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. Pellicanò, 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 Amoroso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dal D.lgs 196/2003"

associato a:

**ANES** ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIALE DI SETTORE

# Sovraffollamento in pronto soccorso: analisi del fenomeno nell'ospedale di Macerata

## Riassunto

Il Pronto Soccorso rappresenta il principale punto di riferimento per i bisogni sanitari, urgenti e non programmati, dei cittadini che vi accedono in modo non preordinato, con esigenze e priorità diverse. Attualmente la principale criticità dei servizi di Pronto Soccorso è rappresentata dal fenomeno del sovraffollamento, detto overcrowding, associato spesso al termine "boarding", ovvero la situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso è limitato dalla sproporzione che si verifica tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili, (logistiche/organizzative, strumentali e di personale) che compromette il normale funzionamento del Pronto Soccorso stesso. Per volerlo definire con termini molto più pratici si tratta della situazione che si verifica quando non ci sono posti-letto in reparto e il paziente deve attendere il suo posto-letto in Pronto Soccorso, spesso in barella, per ore, se non giorni. Questa la definizione fredda e asettica ma le immagini cui siamo abituati a vedere attraverso i media spesso dimostrano uno stato di apparente confusione, di abbandono e di trascuratezza dei malati che si accalcano nei corridoi dei Pronto Soccorsi, contribuendo, purtroppo a far ricadere le colpe direttamente sul personale operante che diventa così ingiustamente la vittima sacrificale.

## Di Falco C.<sup>1</sup>, Scaloni G.<sup>2</sup>, Contigiani F.<sup>3</sup>

*1 Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico - Area Vasta 3 - ASUR MARCHE*

*2 Dirigente Medico UOS Direzione Medica Ospedale Macerata - Area Vasta 3 - ASUR MARCHE*

*3 Coordinatrice Infermieristica - Bed Manager Direzione Medica Ospedale Macerata - Area Vasta 3 - ASUR MARCHE*

## PAROLE CHIAVE:

Sovraffollamento, triage, overcrowding, boarding, Nedocs

## INTRODUZIONE

La problematica dell'affollamento di pazienti presso i Pronto Soccorsi ospedalieri negli ultimi anni sta assumendo dimensioni sempre più critiche sia perché il territorio continua a non essere adeguatamente preparato e pronto a far fronte al progressivo incremento delle patologie croniche comportanti anche importanti risvolti sociali sia perché il personale sanitario (medico ed infermieristico) sta progressivamente diminuendo, sia in senso assoluto (nel numero totale) che relativo (riferito alle singole specializzazioni), soprattutto per il mancato turnover dei pensionamenti.

Scopo di questo lavoro è quello di studiare in modo analitico tutti i percorsi, le criticità ed i punti di forza che si sviluppano in tali situazioni per una corretta applicazione delle procedure e delle linee-guida di settore.

## MATERIALI E METODI

Si parte dal presupposto che il sovraffollamento incide in maniera significativa sulla percezione negativa, da parte dei pazienti e accompagnatori, del servizio offerto, compromette la privacy dei pazienti, peggiora lo stato di benessere psico-fisico dei lavoratori (burn-out), riduce il rendimento lavorativo, aumenta notevolmente il rischio di aggressione e gli episodi di violenza a danno degli operatori, aumenta il rischio di sovrastima dei codici di triage e compromette la fiducia del cittadino nei confronti dei servizi di emergenza. Spesso, da parte dell'utente, tutto questo viene percepito in termini di mancato addestramento, scarsa attitudine all'accoglienza, scarsa professionalità degli operatori dell'emergenza, carenza organizzativa del Pronto Soccorso, senza riflettere e considerare un aspetto molto importante legato, fondamentalmente, alla sproporzione tra le risorse a disposizione e il progressivo aumento di richieste di prestazioni da parte dell'utenza. Il problema del

sovraffollamento è reale e sentito anche dagli operatori e non solo dai pazienti che invece a volte non lo percepiscono: consuma energie, tempo, risorse e converte il vero obiettivo di un Pronto Soccorso da struttura deputata alla gestione delle emergenze a struttura ambulatoriale o corsia ospedaliera dove ogni tanto, tra una stipsi e una congiuntivite, si deve gestire anche qualche emergenza.

Le nostre strutture non sono concepite per gestire i pazienti in attesa di ricovero, il numero di personale è calcolato sugli accessi di Pronto Soccorso e non sul volume del boarding e chi lavora deve continuare ad occuparsi, in modo episodico ed intensivo, dei pazienti acuti che hanno bisogno di una risposta immediata ai bisogni e dei pazienti in sosta, che rappresentano una sorta di vera e propria corsia di degenza ospedaliera.

Una review su dati internazionali ha rivelato che fino al 90% dei pazienti di un Pronto Soccorso possono essere definiti non urgenti. Immaginiamo, per un istante, di trasferire il problema del sovraffollamento ad un'altra struttura dell'ospedale: la sala operatoria. Se le sedute operatorie giornaliere diventassero impossibili per decine di pazienti in barella che occupano la sala operatoria in attesa di un posto-letto, cosa potrebbe succedere? Nulla, perché una simile situazione sarebbe inconcepibile, perché il ruolo della sala operatoria è ben chiaro a tutti, le competenze dei chirurghi sono fuori discussione e, quindi, non si può, giustamente, verificare un caso simile. Invece, il Pronto Soccorso è, da sempre, considerato come l'unico luogo infinitamente espandibile dell'ospedale in quanto i professionisti dell'emergenza sono considerati da sempre inesauribili e in grado di curare un numero pressoché infinito di malati.

Ed è per questo, infatti, che il sovraffollamento rappresenta una delle principali cause di burn-out e della fuga del personale dai Pronto Soccorsi. I professionisti subiscono il disagio del boarding e sono sopraffatti da una situazione che causa danno e disagio ai pazienti e ai familiari, consapevoli di non poter fare di più e, quindi, di prestare un'assistenza non sempre appropriata al contesto per l'inadeguatezza del sistema. Ma non è il burn-out che porta danni al paziente, è il rifiuto di accettare ancora, tutti i giorni il boarding che crea danni al paziente; è il boarding stesso il rischio maggiore per il paziente, dal momento che:

- aumenta la gravità delle condizioni generali, poiché

viene ritardato l'accesso a cure efficaci e l'assistenza ricevuta è discontinua e incompleta;

- aumenta il rischio di infezioni soprattutto a livello polmonare;
- aumenta la durata della degenza successiva;
- aumenta i costi del ricovero;
- aumenta la mortalità del paziente.

La letteratura definisce adeguata una attesa in Pronto Soccorso di 5 ore e riferisce che il rischio aumenta in modo lineare in relazione al tempo di attesa. Cosa accade, invece, quando questo tempo si protrae per ore e giorni, non lo sappiamo con precisione, ma sappiamo perfettamente come viene percepito dal paziente. Senza contare che queste situazioni difficili da gestire portano spesso anche ad un ulteriore problema che è quello dell'errore medico, errore di prescrizione di farmaci, ritardo nella prescrizione e nella somministrazione, ritardo nell'accesso alle terapie antalgiche, e così via.

Il boarding peggiora tutto il lavoro del Pronto Soccorso e se ulteriormente aggravato dall'iperafflusso di pazienti in Pronto Soccorso è causa del **sovraffollamento**. E questo porta inevitabilmente al rallentamento di tutto il sistema.

È stato dimostrato infatti, su una casistica di 400 mila accessi in Pronto Soccorso, che ogni malato in attesa di posto-letto, aumenta lo stazionamento in Pronto Soccorso di 12 minuti per tutti gli altri pazienti. Se i malati in attesa sono 2, il flusso degli altri rallenta di oltre mezz'ora; se arriviamo a 10, il tempo di gestione di altri pazienti aumenta fino a due ore, e così via, fin quando l'attesa del posto-letto anziché conseguenza diventa il vero problema da gestire. La qualità e la sicurezza delle cure, quindi, diventano un miraggio che porta ad un peggioramento della qualità percepita dal paziente che a sua volta determina un aumento del rischio di denunce e contenziosi di ogni tipo e, ancora peggio, del rischio di violenza, verbale, gestuale e, a volte, anche fisica, verso gli operatori.

Le cause del sovraffollamento sono molteplici, multifattoriali, estrinseche ed intrinseche all'organizzazione del sistema dell'emergenza, primi tra tutti l'impossibilità di ricovero di pazienti nelle unità operative per indisponibilità di posti-letto dopo aver terminato la fase di cura nel Pronto Soccorso. Altra grossa criticità è rappresentata dagli accessi inappropriati, fundamentalmente legata alla mancanza/carenza del filtro territoriale. Ed è per questo motivo

PERIODO DI RIFERIMENTO 01/01-01/05 2022				
	Ricoverti		Dimessi	
	Accessi	Tempo medio di permanenza	Accessi	Tempo medio di permanenza
<2 ore	465	32 min.	4.459	37 min.
Da 2 a 4 ore	178	173 min.	1.836	167 min.
> 4 ore	1.056	1.920 min.	1.720	1.419 min.
<b>TOTALE</b>	<b>1.699</b>	<b>708 min.</b>	<b>8.015</b>	<b>541 min</b>

che il problema non potrà essere risolto se non si inizierà ad inquadrarlo come problema di tutto il sistema ospedaliero e territoriale e non solo del Pronto Soccorso senza dimenticare che si tratta anche di un problema sociale sia perché allontana il cittadino da cure efficaci e sicure sia perché le cure sanitarie non potranno mai sopperire al disagio sociale, sempre più presente nelle nostre realtà cittadine.

Inoltre, altro dato rilevante è rappresentato dal problema delle "non urgenze" in Pronto Soccorso.

*Anche perché il grado di urgenza è una questione soggettiva, o spesso una falsa percezione* e, infatti, la grande maggioranza dei casi di pazienti che si reputavano "in gravi condizioni" viene poi dimessa. Per "non urgenze" si intende una categoria di persone piuttosto eterogenea che si reca al Pronto Soccorso ma che sarebbe potenzialmente rinviabile al medico di base dal momento che, in sede di triage, viene assegnato un codice di priorità basso in cui sussiste un'assenza delle compromissioni delle funzioni vitali, del rischio evolutivo e della sofferenza oggettiva psichica o fisica della persona o di un suo organo.

Tra le cause che spingono all'accesso indiscriminato al Pronto Soccorso figurano:

- l'accessibilità "open" sulle 24 ore;
- la difficoltà ad usufruire di percorsi alternativi;
- la preoccupazione e l'ansia o la necessità percepita di acquisire "un secondo parere";
- la mancanza di fiducia nei confronti del medico curante.

Esistono, ovviamente, altre componenti che si esprimono nell'intricato mondo dei comportamenti opportunistici (per far prima, per "italica furbizia", per situazioni ansiogene), certamente difficili da comprendere soprattutto se viste con gli occhi di chi, come operatore sanitario, ogni giorno si trova in trincea e spesso si pone con idee preconcrete. A volte poi è difficile discriminare tra un paziente con patologia seria da quello con patologia ambulatoria-

le senza ricorrere ad accertamenti strumentali o di laboratorio; in effetti, diventa difficile contestare al curante l'invio di un paziente al Pronto Soccorso, se la dimissione si correda di esame ematici, ecografia, ECG, radiografie, magari una consulenza specialistica. senza contare poi che i pazienti e, a volte, anche i medici curanti, in genere, sovrastimano la severità dei sintomi, mentre invece il medico del Pronto Soccorso ridimensiona il problema. Quindi verrebbe da sospettare che i medici dell'emergenza siano più bravi! Se dimettessero i pazienti solo con la prima visita, si potrebbe anche affermarlo. Ma spesso così non è. Il problema è contorto e la soluzione ancora più difficile: il medico del territorio non ha i mezzi (spesso) per fare una medicina moderna, il paziente richiede prestazioni sempre più raffinate ed il medico di Pronto Soccorso (spaventato dalle conseguenze legali) le fornisce. E il circolo vizioso così si autoalimenta.

Tuttavia le conseguenze che ne derivano non possono essere che gravi, tra cui:

- le inappropriate permanenze in barella dei pazienti anche diversi giorni e il relativo incremento degli eventi avversi con l'aumento della mortalità a 10 e a 30 giorni;
- l'allungamento dei tempi d'attesa;
- la riduzione della qualità dei servizi;
- la perdita di risorse economiche;
- la riduzione della soddisfazione complessiva del personale;
- che si traduce in un'inefficienza insostenibile.

Tali dati peggiorano ulteriormente se si prendono in considerazione i periodi festivi, dove si assiste ad un aumento di accessi anche per patologie croniche e per casi non urgenti, con la conseguenza che sempre più spesso il Pronto Soccorso si trasforma in un vero e proprio reparto di degenza, mantenendo però inalterato il suo organico e rischiando di veder completamente snaturata la propria mission assistenziale.

10/04		01/05	
Accessi	Tempo medio di permanenza	Accessi	Tempo medio di permanenza
3	85 min.	43	60 min.
29	167 min.	13	167 min.
16	2.940 min.	11	3.960 min.

## RISULTATI

Sono stati presi in considerazione i tempi medi di attesa in PS, per ricovero o dimissione, nel periodo 01/01/2022 - 01/05/2022 e in due date indice (10/04 e 01/05) riferite a due giorni festivi, Pasqua e primo Maggio. Nel periodo di rilevazione il PS di Macerata ha registrato circa 10.000 accessi che hanno portato a 1.699 ricoveri.

Di seguito sono riportati i tempi medi di permanenza in PS, in attesa di ricovero o dimissione.

Come ben osservabile, nelle date indicate, che si riferiscono a giorni festivi, il tempo medio di permanenza risulta essere decisamente più alto rispetto alla media del periodo preso in considerazione ed evidenzia quindi un maggiore sovraffollamento del PS che si trova quindi a dover necessariamente assolvere a tutte quelle attività proprie di un reparto di degenza.

## NEDOCS: INDICE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

L'indice Nedocs, acronimo di National Emergency Department Overcrowding Study, nasce nel 2004 come strumento in grado di "fotografare" la situazione di sovraffollamento all'interno del PS e, allo stesso tempo, serve a restituire agli operatori un alert, attraverso un indice numerico, quindi oggettivo, allo scopo di attuare provvedimenti in grado di contenere la situazione. Per calcolare l'indice NEDOCS vengono presi in considerazione i seguenti parametri:

- numero dei letti di PS (OBI)
- numero letti dell'ospedale
- n. totale dei pazienti in PS (OBI + Letti bis + barelle nei corridoi + pazienti in attesa di esami + pazienti in valutazione + pazienti in attesa triage)
- n. utenti ventilati con respiratore in PS
- tempo di attesa massimo per il ricovero (in ore)

- n. totale di utenti in attesa di ricovero
- tempo di attesa massimo da triage.

Dal risultato ottenuto è possibile definire il grado di affollamento.

I gradi di sovraffollamento del Pronto Soccorso sono i seguenti:

- **Normale:** tra 0 e 50
- **Affollato:** tra 51 e 100
- **Sovraffollato:** tra 101 e 140
- **Severamente sovraffollato:** tra 141 e 180
- **Saturo:** superiore a 180

Tale indice non va tradotto frettolosamente ma attentamente analizzato per riuscire ad individuare le aree in cui poter intervenire in modo celere al fine di sbloccare una situazione di stress del sistema.

## CONCLUSIONI

La misurazione e il monitoraggio degli indicatori di sovraffollamento costituisce il presupposto fondamentale per consentire a tutti gli attori coinvolti nella governance del Pronto Soccorso di intervenire tempestivamente per contrastare il fenomeno e il suo peggioramento. Con una comunicazione efficace, sia da parte dei medici curanti che dei professionisti dell'urgenza, forse è possibile ridurre una parte di accessi o di re-accessi dopo una dimissione. Il che significa impegnarsi di più in quella parte della professione medica e infermieristica, lontana dagli esami ematici, dalle procedure di imaging e dalle procedure invasive: il farsi carico del problema del paziente e cercare di comprenderlo senza giudicarlo. Esistono altri problemi che però non sono facilmente risolvibili; è innegabile, infatti, che il Pronto Soccorso eserciti un'attrattiva irresistibile per i pazienti. Malgrado la sua natura spesso "caotica", fornisce prestazioni 24 ore al giorno, 7 giorni la settimana; un'attesa di alcune ore permette di completare iter diagnostici che, se eseguiti a livello ambulatoriale, richiederebbero code per la prenotazione, per l'esecu-

zione nonché il pagamento di molti ticket e tempi di realizzazione prolungati e frazionati; in più si tratta di prestazioni eseguite da Medici Specialisti che operano in un contesto ospedaliero e, quindi, in condizioni di massima sicurezza sanitaria. Su questo aspetto possiamo fare poco, ma sicuramente una soluzione deve essere trovata: l'overcrowding, aggravato dalla carenza cronica ed esponenziale dei posti-letto, nonché di tutto il personale sanitario ospedaliero, comporta rischi per l'utenza stessa, riduce la qualità delle prestazioni erogate, sottraendo tempo ed energie ai pazienti più urgenti e, quindi, abbisognevole di tutte i mezzi temporali, materiali ed umani disponibili. Ma, soprattutto, conduce a frustrazione del personale per lo svolgimento di un lavoro diverso da quello per cui si è scelto, nel tempo, un percorso di formazione specifico con impegno importante di risorse da parte sia dell'Azienda che degli stessi professionisti. Infine, porta a confondere, involontariamente, il concetto di condizione urgente "quoad valitudinem" con quella di urgenza "quoad vitam" del paziente e questo viene sottolineato da diversi lavori che attestano come una condizione di malattia acuta può non essere urgente e, quindi, finalizzata al ricovero ospedaliero. Il dolore acuto, probabilmente, può rappresentare l'unica vera discriminata dal resto delle sintomatologie e/o patologie "quoad valitudinem", rientrando a buon diritto tra quelle condizioni che devono favorire percorsi preferenziali di tali pazienti in Pronto Soccorso, anche se non abbisognevole di ricovero.

Per tali motivi, i fenomeni di "overcrowding" sono sempre più frequenti e non riguardano solo i casi di catastrofi o maxi-emergenze. Per concludere è bene ricordare che, come normalmente succede, non esistono soluzioni definitive ed esaustive per tutte le realtà e situazioni ma, come la letteratura di settore da tempo riporta, le principali variabili da governare, che rientrano in un sistema di analisi SWOT, sono:

- l'attività di filtro territoriale rappresentata soprattutto dai Medici di Medicina Generale e da quelli della Continuità Assistenziale;
- l'efficientamento del sistema di Triage ospedaliero (comprensivo di Fast-Track);
- il rispetto dei tempi medi di degenza ospedalieri secondo gli indicatori ministeriali (evitando le degenze prolungate ed oltre soglia);
- la capacità del territorio di dare risposte alla post-acuzie con un sistema ben organizzato non solo sanitario ma anche di carattere socio-assistenziale.

## BIBLIOGRAFIA

1. Mohr NM, Wessman BT, Bassin B, Elie-Turenne MC, Ellender T, Emlet LL, Ginsberg Z, Gunnerson K, Jones KM, Kram B, Marcolini E, Rudy S. Boarding of Critically Ill Patients in the Emergency Department. *Crit Care Med*. 2020 Aug;48(8):1180-1187. doi: 10.1097/CCM.0000000000004385. PMID: 32697489; PMCID: PMC7365671.
2. Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, Pines JM. The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med*. 2011 Dec;18(12):1324-9. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01236.x. PMID: 22168198.
3. Hymel G, Leskovan JJ, Thomas Z, Greenbaum J, Ledrick D. Emergency Department Boarding of Non-Trauma Patients Adversely Affects Trauma Patient Length of Stay. *Cureus*. 2020 Sep 10;12(9):e10354. doi: 10.7759/cureus.10354. PMID: 33062477; PMCID: PMC7549866.
4. Laam LA, Wary AA, Strony RS, Fitzpatrick MH, Kraus CK. Quantifying the impact of patient boarding on emergency department length of stay: All admitted patients are negatively affected by boarding. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2021 Mar 2;2(2):e12401. doi: 10.1002/emp2.12401. PMID: 33718931; PMCID: PMC7926013.
5. Lana Lobachova, David F. M. Brown, Julia Sinclair, Yuchao Chang, Korie Zink Thielker, John T Nagurney
6. Patient and provider perceptions of why patients seek care in emergency departments. *J Emerg Med* 2014 Jan;46(1):104-12. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.04.063. Epub 2013 Sep 21.
7. Ridge A, Peterson GM, Seidel BM, Anderson V, Nash R. Healthcare Providers' Perceptions of Potentially Preventable Rural Hospitalisations: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Dec 3;18(23):12767. doi: 10.3390/ijerph182312767. PMID: 34886491
8. Phillips JL, Jackson BE, Fagan EL, et al. Overcrowding and its association with patient outcomes in a median-low volume emergency department. *J Clin Med Res* 2017;9:911-6.
9. Alyasin A, Douglas C. Reasons for non-urgent presentations to the emergency department in Saudi Arabia. *Int Emerg Nurs* 2014;22:220-5
10. Garcia-Romero M, Rita-Gafaro CG, Quintero-Manzano J, et al. NEDOCS vs subjective evaluation, inverted question mark: Is the health personnel of the emergency department aware of its overcrowding? *Colomb Med (Cali)* 2017;48:53-7

## SITOGRAFIA:

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

[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)



# Piani di riconversione dei posti letto nel Presidio Ospedaliero Media Valle del Tevere (Umbria), durante la pandemia CoViD-19 e progetto di ripartenza: un esempio di flessibilità organizzativa

**Massimo D'Angelo<sup>1</sup>, Gianmarco Paganini<sup>2</sup>,  
Teresa Tedesco<sup>3</sup>, Fausta Moroni<sup>4</sup>, Giuseppe  
Vallesi<sup>5</sup>**

*1 Direzione regionale salute welfare;*

*2 Medico specializzando in igiene e sanità pubblica  
Università degli studi di Perugia;*

*3 Direttore generale Presidio Ospedaliero Unificato usl  
Umbria1;*

*4 Posizione organizzativa infermieristica Ospedale Media  
Valle del Tevere;*

*5 Direttore medico Ospedale Media Valle del Tevere*

## **PAROLE CHIAVE:**

Covid-19, organizzazione sanitaria,  
Umbria, flessibilità

## **INTRODUZIONE**

### **1. Introduzione sulla pandemia**

Lo stato di emergenza relativo alla pandemia COVID-19, dichiarato dal Consiglio dei Ministri il 31 gennaio 2020 e poi prorogato, ha portato, per far fronte alla gestione dello stato di emergenza, alla promulgazione in materia di molti atti a livello nazionale e regionale.

In tutto il paese è stata attuata una profonda trasformazione dei processi di erogazione dei servizi: sia delle ordinarie prestazioni sanitarie relative all'assistenza ospedaliera che in quelle territoriali, portando anche a misure drastiche come ad esempio la sospensione delle attività programmate differibili.

Ad oggi possiamo registrare convenzionalmente 3 ondate pandemiche principali:

- prima ondata: marzo - maggio 2020
- seconda ondata: ottobre 2020 - maggio 2021
- terza ondata: dicembre 2021 - Oggi

### **2. Descrizione dell'Ospedale della Media Valle del Tevere, Umbria**

L'Ospedale della Media valle del Tevere (sito nel comune di Todi, loc. Pantalla) è una struttura classificata come Ospedale "di base" (vedi Fig.1) ai sensi del DM 70/15, appartenente all'Azienda sanitaria territoriale USL Umbria 1.

Le principali dotazioni sono:

- 120 posti letto (102 + 18 dialisi)
- 5 sale operatorie
- diagnostica: 1 tac, 1 rmn, 3 rx, 1 ortopanto, 1 mammografia, 3 sale ecografie, 2 sale endoscopiche
- 17 poliambulatori, RM cardiaca, Moc

L'Ospedale ha giocato un ruolo fondamentale nella

La distribuzione dei posti letto complessiva è riportata nella figura successiva

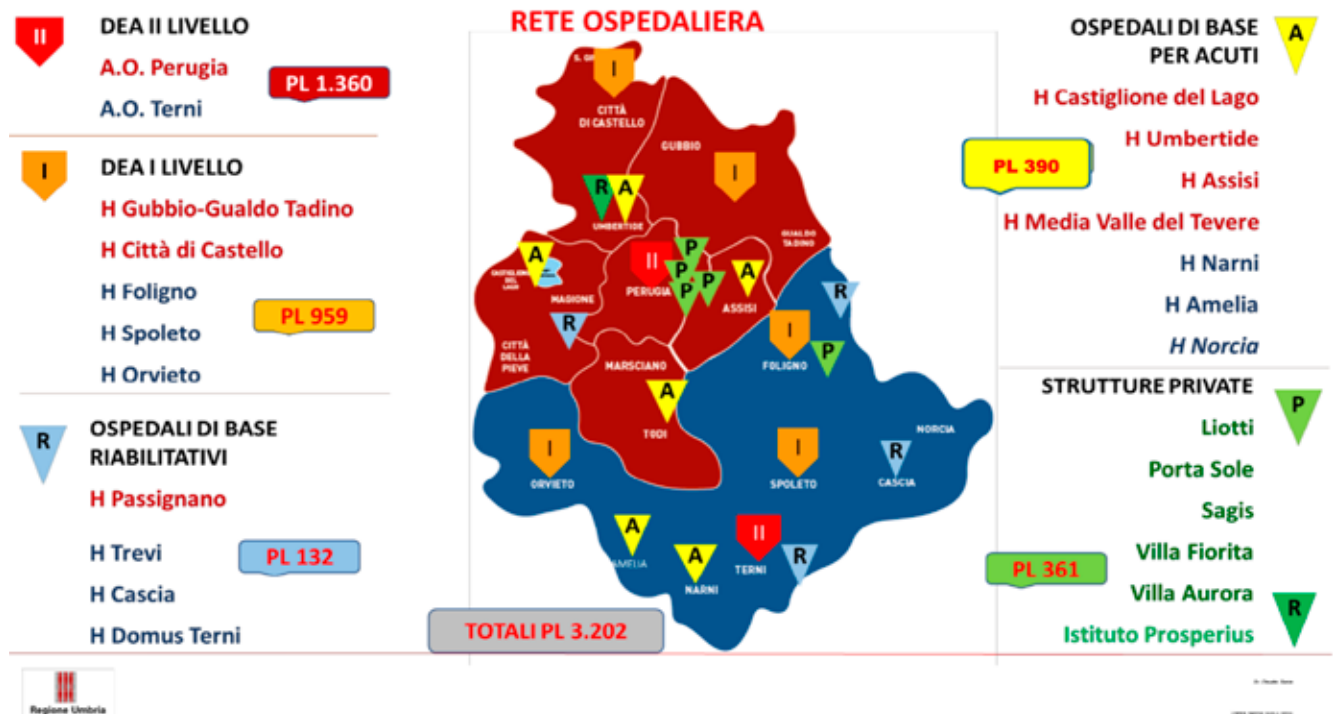


Fig.1 – Rete Ospedaliera Umbra – Fonte: DGR....

gestione della pandemia in tutte le ondate, garantendo fino a 60 posti letto “covid”. La flessibilità e la rapidità con cui la struttura ha potuto rispondere alle diverse esigenze epidemiologiche delle varie ondate, è legata anche alla sua conformazione strutturale che, vista la suddivisione in blocchi e lo sviluppo in orizzontale, ha permesso una divisione di percorsi e reparti in modo ottimale.

## 2. Differenze nelle caratteristiche clinico-epidemiologiche nelle tre ondate

La pandemia è una, ma sembrano esserci stati quasi tre eventi diversi.

Soprattutto andando ad analizzare i dati a livello nazionale tra la prima e la seconda ondata possiamo affermare che se la prima ha visto raggiungere il suo picco in poche settimane, la seconda è invece caratterizzata da un’onda lunga, che ha raggiunto più lentamente il plateau.

Anche se la percentuale di coloro che hanno dovuto sperimentare una terapia intensiva è simile tra prima e seconda ondata (il 10,6% e il 9,3% rispettivamente pur con andamenti diversi.) In prima ondata il picco in questo rapporto è stato pari al 23,3% e si è raggiunto al secondo giorno (con pochi casi naturalmente) ed è poi decresciuto costantemente arrivando al valore minimo del 5,4% al giorno 109. Il picco nella seconda ondata è stato pari al 10,4% ed è stato raggiunto l’84° giorno, ma, diversamente dalla prima ondata, si è poi stabilizzato con una media del 10%.

In terza ondata, invece si è stabilizzato sul’2-3%<sup>1</sup>. Il massimo numero di deceduti nella prima ondata si è raggiunto nella 5^ settimana (5.303), mentre nella seconda ondata il picco è giunto alla 12^ settimana (5.174). In terza ondata attualmente ancora in corso si sono registrati 2500 decessi nella prime settimane del 2022<sup>2</sup>.

La prima ondata è però stata più letale della seconda: la letalità media apparente (settimanale) della prima ondata è stata del 14,9%, quella della seconda ondata dell’1,9% (7 volte inferiore); il picco di letalità media apparente (settimanale) si

1 [https://webstat.regione.umbria.it/rapp\\_istat\\_2021\\_carto/](https://webstat.regione.umbria.it/rapp_istat_2021_carto/)

2 <https://ugeo.urbistat.com/adminstat/it/it/demografia/popolazione/umbria/10/2>

è raggiunto nella 15<sup>a</sup> settimana ed è stata pari al 22,6%; nella seconda ondata il picco del 3,9% è stato raggiunto nella 14<sup>a</sup> settimana.

Anche da un punto di vista clinico le tre ondate maggiori sono state profondamente diverse tra loro;

- Nella prima ondata si è avuto un maggior numero di persone affette da polmonite moderata/severa con ct score solitamente superiore a 2/3
- Nella seconda ondata le polmoniti sono state inferiori per numero e con ct score solitamente non superiore a 2/3
- Nella terza ondata nella maggior parte dei casi non ci sono state polmoniti ma solo espressione della malattia paucisintomatica.

## MATERIALI E METODI

Come da disposizioni della Regione Umbria, la riconversione dell'Ospedale nelle diverse ondate ha avuto peculiarità specifiche, adattando l'organizzazione ai diversi bisogni epidemiologici che hanno caratterizzato le diverse ondate; è stato quindi previsto, ogni volta, un ruolo diverso della struttura nell'ambito della rete ospedaliera regionale umbra e sono stati realizzati, di conseguenza, modelli organizzativi e gestionali differenti. Il presente lavoro intende descrivere i diversi assetti organizzativi posti in essere nei tre periodi pandemici.

## RISULTATI

### Prima Ondata

Nella prima ondata pandemica (Marzo-Maggio 2020), l'Ospedale della Media Valle del Tevere, con ordinanza della Presidente della Giunta regionale del 12 marzo 2020, n° 5, era stato individuato come COVID Hospital regionale. Ne è conseguita la dismissione di tutte le funzioni assistenziali di ospedale di base. Diventato operativo come Covid Hospital con l'accettazione dei primi pazienti il 16 marzo 2020, è rimasto COVID HOSPITAL fino al mese di giugno. Dal 20 marzo anche il pronto soccorso era stato dismesso in relazione all'attività di accettazione dei pazienti esterni, rimanendo attivo solo il 118. Quindi l'Ospedale è stato (rapidamente) interamente riconvertito, divenendo esclusivamente dedicato a pazienti "covid", arrivando a garantire una dotazione massima di 60 posti letto.

Per poter garantire l'idonea assistenza ai pazienti,

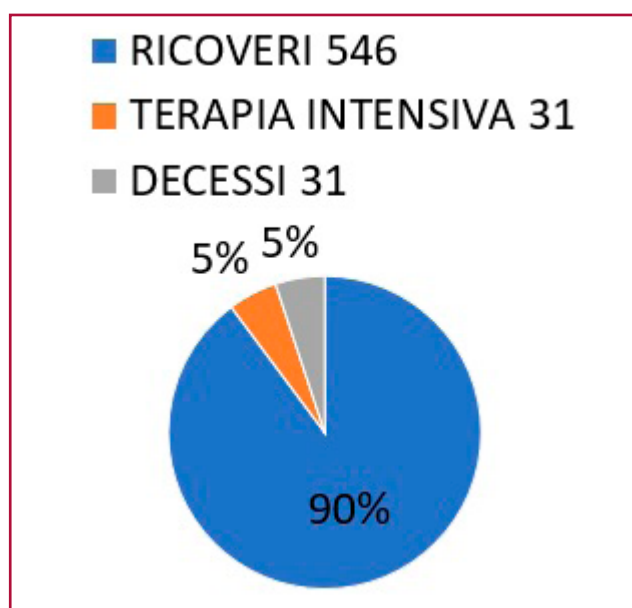


Fig. 2 dati prima ondata presso MVT

viste le caratteristiche epidemiologiche riportate in premessa, l'Ospedale è stato trasformato in un vero e proprio Ospedale di I livello, con la fornitura di specialisti infettivologi e pneumologi e con l'allestimento di un reparto di Terapia Intensiva.

### Seconda Ondata

Successivamente, durante la seconda ondata (Ottobre 2020-Maggio 2021), con ordinanza della Presidente della Giunta regionale del 22/10/2020, n° 66, la regione Umbria ha messo in atto un diverso modello organizzativo regionale, stavolta caratterizzato da una suddivisione delle strutture per livelli di assistenza; l'Ospedale è stato nuovamente inserito tra quelli destinati ad accogliere pazienti "covid", ma con dismissione parziale delle funzioni assistenziali di ospedale di base precedentemente erogate, e configurando i posti letto come posti letto di Lungodegenza, ai quali si accedeva esclusivamente da altro reparto covid della Regione sulla base di specifici requisiti; in tal modo, è stato possibile mantenere tutta l'attività ambulatoriale "NON COVID", sospendendo esclusivamente le attività di ricovero e (come in prima ondata) il Pronto Soccorso (rimanendo attiva la postazione di 118).

Fondamentali sono state le consulenze di figure specialiste quali infettivologi e pneumologi nonché anestesisti.



Fig. 3 dati seconda ondata presso MVT

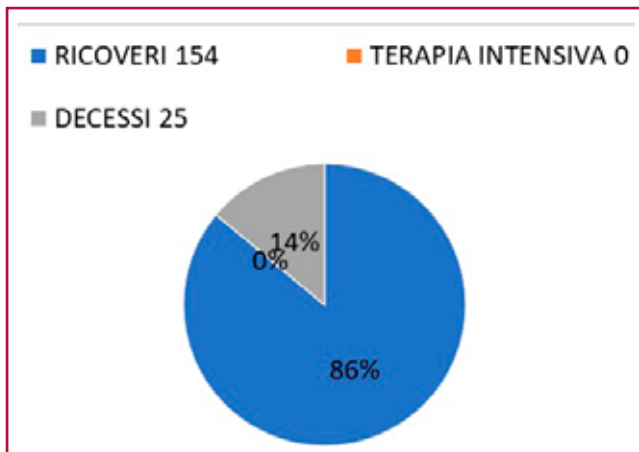


Fig. 4 dati terza ondata presso MVT

### Terza Ondata

In fine (si spera) la terza ondata identificabile in un periodo temporale che va da ottobre 2021 ad oggi è stata caratterizzata da diversi cambiamenti sia a livello nazionale che regionale. L'ondata si è caratterizzata per l'elevato numero di casi, a fronte di relativamente pochi decessi (eccesso mensile di mortalità stimato attorno al 5%, a fronte del 20-40% circa delle precedenti ondate) e relativamente pochi ricoveri per polmonite (mediamente meno del 50% dei ricoverati positivi, raramente trasferiti in terapia intensiva). L'Ospedale Media Valle del Tevere è stato convertito, a partire dal gennaio 22, mantenendo il modello regionale per livelli di complessità: per-

tanto, sono stati ricoverati pazienti covid solo dopo precedente ricovero in reparti covid per acuti. I posti covid disponibili, nel corso dell'ondata, sono stati in numero variabile da 12 a 24. I criteri adottati per l'accettazione e la selezione dei pazienti sono stati molto più blandi rispetto a quelli stabiliti per la seconda ondata. Sono state mantenute tutte le attività della struttura o ospedaliera, sia di ricovero che ambulatoriali. Non è stato chiuso il PS, che ha continuato la sua normale attività. Anche la medicina "non covid" è rimasta operante (tranne che nelle primissime settimane), garantendo mediamente, nel corso dell'ondata, circa 12 posti letto.

Il tutto è stato realizzato senza compiere opere murarie, utilizzando le possibilità offerte dalla struttura e facendo tesoro delle precedenti esperienze. Per quanto riguarda il personale, è stato necessario procedere tempestivamente ad una rimodulazione delle attività chirurgiche<sup>3</sup>.

## DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

La pandemia, ha senza ombra di dubbio riscritto le modalità di organizzazione a livello sanitario. Nuovi modelli sono stati elaborati e continueranno ad essere utilizzati anche in futuro.

La flessibilità è stato il concetto alla base di tutto ciò. L'ospedale della Media Valle del Tevere ha dimostrato di possedere tutte quelle caratteristiche organizzativo-strutturali che rappresentano al meglio il nuovo modello di ospedale 2.0 in tempi di pandemia. Occorre fare tesoro del bagaglio esperienziale acquisito in questi anni e riproporre questo modello logistico ai fini di prevenire ed adattare i sistemi sanitari per le prossime pandemie (che ci saranno senza alcun dubbio).

Notevole sottolineare l'integrità morale del personale dell'ospedale Media Valle del Tevere. In evidenza la condizione per cui nessun dipendente ha chiesto il trasferimento o la malattia durante il periodo pandemico. Nessuno ha contratto infezione nosocomiale da covid durante la prima e seconda ondata, dimostrando la validità e la sicurezza delle procedure messe in atto nei vari reparti. Numerosi sono stati i briefing giornalieri sui protocolli di vestizione e vestizione assieme ad una concomitante formazione dinamica del personale da parte di persone più esperte (es. infettivologi, già abituati ad avere a che fare con malattie contagiose).

<sup>3</sup> <https://webstat.regione.umbria.it/category/codiv19/>

# Il percorso di presa in carico della persona vittima di violenza in Area Vasta 3 (provincia di Macerata)

## Riassunto

L'ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale) Marche ha iniziato sistematicamente, dal 2017, a lavorare perché le strutture sanitarie, sia ospedaliere che territoriali, attuassero corretti percorsi di cura e la presa in carico della persona che ha subito violenza (rispettando la normativa nazionale e regionale).

**Di Falco C.<sup>1</sup>, Scaloni G.<sup>2</sup>, Sabbatini I.<sup>3</sup>, Contigiani F.<sup>4</sup>**

*1 Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico - Area Vasta 3 - ASUR MARCHE;*

*2 Dirigente Medico UOS Direzione Medica Ospedale Macerata - Area Vasta 3 - ASUR MARCHE;*

*3 Assistente Sociale - Direzione Medica Ospedale Macerata - Area Vasta 3 - ASUR MARCHE;*

*4 Coordinatrice Infermieristica-Bed Manager Direzione Medica Ospedale Macerata - Area Vasta 3 ASUR MARCHE*

## PAROLE CHIAVE:

Violenza sui minori, violenza di genere, bullismo, presa in carico soggetti fragili

## INTRODUZIONE

Il protocollo ASUR, formalizzato con DG ASUR N. 560 del 27 settembre 2017 *“Linee di indirizzo: la cura e la presa in carico della persona che ha subito violenza”*, è stato da subito rivolto a tutte le forme di violenza, comprese la violenza di genere, la violenza sui minori, il bullismo, la violenza perpetrata ai danni degli anziani e/o dei diversamente abili.

Dopo la formalizzazione il tavolo tecnico ha continuato a riunirsi regolarmente per monitorarne lo stato di attuazione e l'attività formativa.

## MATERIALI E METODI

In ogni Area Vasta è stato nominato un referente per la corretta applicazione della determina.

Si riportano di seguito i dati di attività relativi agli anni 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021.

Nella Tab. 1 vengono riportati i dati relativi all'attività *“consulitoriale”* ospedaliera del 2019, 2020 e 2021, rendicontati secondo la modalità richiesta dalla Prefettura con la nota *“Contrasto alla Violenza di Genere e Terzo Settore”*.

Con tale nota la Prefettura aveva precisato che: *“in particolare, con riguardo ai flussi informativi, si segnala che l'Agenzia Regionale Sanitaria ha già fornito alla scrivente struttura i dati relativi ai flussi EMUR, SDO con diagnosi principale e secondaria collegata alla violenza di genere per le annualità dal 2017 al 2020. Si focalizza pertanto la presente richiesta sui dati di attività dei Consulteri”*.

La formazione 2020 e 2021 è stata purtroppo momentaneamente sospesa per le esigenze cliniche ed assistenziali date dalla pandemia COVID-19, ma riprenderanno con il piano formativo 2022.

**Tab. 1 - Dati di attività ospedaliere di AV3 divisi per codice ICD9\_CM dal 2017 al 2020**

<b>N° CASI MALTRATTAMENTO/VIOLENZA</b>					
<b>AV3 - OSPEDALE DI MACERATA: PRONTO SOCCORSO/SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO</b>					
Codice ICD9-CM		2017	2018	2019	2020
995.50	Abuso di minore non specificato				2
995.51	Abuso su minore emotivo/psicologico		3	5	
995.52	Trascuratezza di minore (nutrizionale)			2	
995.53	Abuso sessuale su minore			3	
995.54	Abuso fisico del minore			3	1
995.59	Altri abusi e trascuratezze di minori (forme multiple di abuso)		5	8	
995.8	Effetti avversi specificati non classificabili altrove			5	
995.80	aggressione da persona nota			45	26
995.81	Sindrome dell'adulto maltrattato (malmenato)		2	3	1
995.82	Abuso emotivo/psicologico di adulto		2	6	1
995.83	Abuso sessuale di adulto			3	3
995.84	Trascuratezza di adulto (nutrizionale)		2	2	
995.85	Altri abusi e trascuratezze di adulto		12	10	
V61.11	Abuso da parte del coniuge o del partner		1	10	1
V61.20	Problema nel rapporto genitori-figli non specificato (comportamento del figlio, contrasto e relazione)		1		
V61.2	Problemi nel rapporto genitori-figli		5	4	2
V62.4	Disadattamento sociale		21	11	1
V 61.29	Altri problemi nel rapporto genitori figli			4	
V61.3	Problemi con genitori anziani o con suoceri		4	3	
Totale n.		4	58	127	38

<b>N° CASI MALTRATTAMENTO/VIOLENZA</b>					
<b>AV3-OSPEDALE DI CIVITANOVA M.: PRONTO SOCCORSO/SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO</b>					
Codice ICD9-CM		2017	2018	2019	2020
995.51	Abuso su minore emotivo/psicologico				1
995.53	Abuso sessuale su minore			1	2
995.54	Abuso fisico di minore (maltrattamento del bambino)	1		3	
995.8	Effetti avversi specificati non classificabili altrove			1	
995.59	Altri abusi e trascuratezze di minori (forme multiple di abuso)			2	
995.80	aggressione da persona nota			60	35
995.81	Sindrome dell'adulto maltrattato (malmenato)			20	
995.82	Abuso emotivo/psicologico di adulto			4	
995.83	Abuso sessuale di adulto	1		3	1
995.85	Altri abusi e trascuratezze di adulto			1	
V 15.41	Anamnesi personale di trauma psichico da violenza fisica		2		
V 61	Altri problemi familiari	1			1
V61.11	Abuso da parte del coniuge o del partner				1
V 61.21	Maltrattamento del bambino	1		1	
V 61.22	Abuso sul bambino da parte del genitore				2
V 67.2	Problemi nel rapporto genitori figli			2	
Totale n.		4	2	98	43

N° CASI MALTRATTAMENTO/VIOLENZA					
AV3-OSPEDALE DI CAMERINO/SAN SEVERINO M.: PRONTO SOCCORSO/SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO					
Codice ICD9-CM		2017	2018	2019	2020
V 61.12	Abuso sul coniuge o sul partner			2	
995.81	Sindrome dell'adulto maltrattato (malmenato)			2	
995.82	Abuso emotivo/psicologico di adulto			3	
995.51	Abuso su minore emotivo/psicologico			2	
995.53	Abuso sessuale su minore			1	
995.54	Abuso fisico di minore (maltrattamento del bambino)				1
995.80	aggressione da persona nota			14	5
V62.4	Disadattamento sociale			1	
V61.11	Abuso da parte del coniuge o del partner			2	
V 61.29	Altri problemi nel rapporto genitori figli				1
Totale n.				27	7

N° CASI MALTRATTAMENTO/VIOLENZA					
AV3-PUNTO DI PRIMO INTERVENTO DI TOLENTINO/RECANATI					
Codice ICD9-CM		2017	2018	2019	2020
995.80	aggressione da persona nota			9	
995.81	Sindrome dell'adulto maltrattato (malmenato)			1	
V61.12	Abuso sul coniuge o sul partner			2	
V61.11	Abuso da parte del coniuge o del partner			1	
Totale n.				13	0

## LA FORMAZIONE

A fine anno 2014 si è cominciato a lavorare sulla predisposizione di un percorso specifico "CODICE ROSA" nei Pronto Soccorsi degli Ospedali dell'Area Vasta 3 (AV3). A livello Ospedaliero sono state sviluppate procedure specifiche, elaborate da gruppi di lavoro interdisciplinari, denominati "Codice Rosa". Dai gruppi di lavoro Codice Rosa, nel 2016, sono stati prodotti tre protocolli operativi:

- Violenza sessuale su adulti maggiorenni
- Violenza sessuale su minorenni (minori di anni 18)
- Maltrattamenti.

A questi è seguita la formazione del personale coinvolto, in collaborazione anche con alcuni referenti delle Forze dell'Ordine. Successivamente, in base alla Determina ASUR N. 560 del 2017 sulla cura e la presa in carico della persona che ha subito violenza, è stato effettuato un lavoro di revisione, nel 2018, delle procedure attualmente in uso negli ospedali coinvolti. Il gruppo di lavoro, accreditato ECM, in cui hanno partecipato alcuni specialisti provenienti da tutta l'AV3, ha iniziato i lavori il 9 aprile ed ha terminato il 16 maggio 2018, avendo

revisato tutte le procedure in atto per renderle omogenee e coerenti tra di loro.

Le procedure sono state messe a conoscenza, con un programma di formazione specifica, di tutto il personale ospedaliero, sia direttamente coinvolto che non. Sarebbe auspicabile una copertura formativa del 100% ma con l'alto turnover ospedaliero e territoriale si ritiene accettabile almeno una copertura del 80-90%.

Nel 2018 è iniziata la formazione per il percorso di presa in carico in AV3 dei soggetti vittime di violenza con l'attivazione dei professionisti dedicati. Gli incontri sono stati effettuati il 27 novembre e 11 dicembre con 50 partecipanti per edizione.

Nel 2019 (15 gennaio, 12 febbraio, 12 marzo, 9 aprile, 29 ottobre, 12 novembre e 17 dicembre) è continuata la formazione per il personale coinvolto e dedicato per un totale di 50 partecipanti.

Per l'anno 2020 e 2021 era prevista una ulteriore formazione per i professionisti coinvolti, come richiesto dalla determina ASUR, ma è stata rimandata al 2022 per l'emergenza correlata al COVID-19. Nella formazione sono state coinvolte anche le istituzioni della rete territoriale.

**Tab. 2 - Dati 2019, 2020 e 2021 dei casi seguiti dai Servizi Consultoriali, in Area Vasta 3 con la specifica dell'Ente inviante:**

<b>AREA VASTA 3</b>	<b>2019</b>		<b>2020</b>		<b>2021</b>	
<b>Descrizione</b>	<b>Adulti</b>	<b>Minori</b>	<b>Adulti</b>	<b>Minori</b>	<b>Adulti</b>	<b>Minori</b>
Accessi Spontanei	9	3	4	2	2	3
Casi inviati da CAV	0	0	0	0	0	0
Casi inviati da Servizi Sociali	0	0	2	3	1	0
Casi inviati da Procura/Tribunale	57	95	38	63	36	56
Casi inviati da Pronto Soccorso	5	14	11	7	1	0
Casi arrivati in Pronto Soccorso	234	31	91	6	97	
Casi inviati da MMG/PLS	0	0	0	0	0	0
Altro (Specificare): Invio da ostetricia/psichiatria	0	1	3	0	3	0
<b>TOTALE</b>	<b>305</b>	<b>144</b>	<b>149</b>	<b>81</b>	<b>199</b>	

## **GESTIONE DELLA VITTIMA DI VIOLENZA E PRESA IN CARICO**

### **A. APPLICAZIONE DEL CODICE ROSA IN PRONTO SOCCORSO:**

Da sistema NBS (piattaforma informatica applicativa) attivo al triage che si può associare al codice di pertinenza (per definizione potrà essere giallo o rosso e MAI bianco o verde). In questi casi l'assegnazione formale del Codice Rosa, visibile solo dagli operatori, identifica immediatamente il percorso collegato ad un'urgenza organizzativa e non necessariamente clinica.

### **B. RACCOLTA ED ELABORAZIONE DEI DATI DI PRONTO SOCCORSO (ICD9-CM):**

Per poter monitorare al meglio il fenomeno e la verifica dell'appropriatezza della presa in carico da parte delle strutture sanitarie (processo indispensabile per il conseguente corretto approccio alla gestione ed alla pianificazione delle azioni) molto importante è la conoscenza della numerosità e tipologia degli eventi ed il poter disporre di uno strumento di rilevazione accessibile ed oggettivo. A tal proposito sono a disposizione report specifici per il monitoraggio dei codici rosa.

A tale scopo, nell'inserimento delle codifiche riportate nei verbali del Pronto Soccorso sono state predisposte le sotto-codifiche dei codici ICD9 CM specifici per violenza e maltrattamento in aggiunta alla semplice codifica di lesione o alterazioni più

generiche dello stato clinico.

Si è provveduto, quindi, a formare i medici di PS e PPI sull'accuratezza diagnostica della dimissione mediante l'inserimento di tali sotto-codifiche. Sulla base di tali classificazioni, sempre rientranti nella versione ICD9-CM, è stato così possibile individuare in modo univoco e condiviso tutti i casi di violenza/maltrattamento sia verso l'adulto che verso il minore.

### **C. APPLICAZIONE DGR MARCHE N. 1413/2017 (codice di esenzione RMVG):**

Con la DGRM N. 1413 del 27/11/2017: "Modalità operative per la presa in carico in ambito sanitario delle donne vittime di violenza di genere" - che ha dato attuazione alla Legge n.4/2016 "Interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere per il sostegno alle donne vittime di violenza ed ai loro figli" per quanto riguarda gli aspetti sanitari - la Regione Marche ha introdotto l'esenzione dal ticket sanitario per le donne vittime di violenza, sia sessuale sia domestica (indipendentemente dal reddito): in AV3 è stata formalizzata una procedura aziendale per la richiesta e l'attribuzione dell'esenzione "RMVG". Le esenzioni sono rilasciate dal medico del Distretto sulla base della specifica certificazione o del PS o del consultorio o del Curante stesso con apposita modulistica che prevede il consenso del paziente per la presa in carico e l'informativa al curante qualora non sia esso stesso il segnalatore. Presso i CUP regionali è stato conte-



OSPEDALI AV3	2017	2018	2019	2020	2021
MACERATA	4	58	127	45	46
CIVITANOVA MARCHE	4	2	98	43	42
CAMERINO/SAN SEVERINO			27	7	9
TOTALE	8	60	252	95	97

(Dall'8 marzo 2020 al 10 giugno 2020 l'Ospedale di Camerino e dal 16 marzo 2020 al 1 giugno 2020 l'Ospedale di Civitanova M. sono stati riconvertiti completamente in Ospedali COVID-19).

CONSULTORI AV3	2017	2018	2019	2020	2021
TOTALE	-	-	449	230	102

stualmente attivato il codice di esenzione "RMVG". IL CODICE DI ESENZIONE HA VALENZA DI 1 ANNO DALLA DATA DI RILASCIO RINNOVABILE, QUALORA NECESSARIO.

L'invio da parte dei Servizi Sociali avviene a seguito di richiesta dell' Autorità Giudiziaria.

Con riferimento all'attività dei SERT della regione Marche, dalla casistica riferibile al fenomeno violenza di genere (maltrattamenti e/o vittime) negli anni 2019-2020, emerge che in tutti i SERT, compreso quello di AV3, si riscontrano casi di violenza di genere (maltrattanti e/o vittime).

Tuttavia non è possibile fornire un dato specifico complessivo, sia perché il monitoraggio del fenomeno è stato implementato nel software regionale "Ippocrate dipendenze" solo di recente, sia perché la prevalenza delle situazioni rilevate sono "riferite" o solo "sospettate" e non sempre accertate.

Si evidenzia inoltre che nel Dipartimento per le Dipendenze Patologiche di AV3 sono state attuate iniziative specifiche che vanno dalla partecipazione a tavoli di lavoro, all'adesione a protocolli specifici sul tema oggetto di osservazione, quale il "Protocollo con la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Macerata relativo alla gestione procedurale e sanitaria del reinserimento del soggetto maltrattante - Legge n. 69 del 19/07/2019".

In tale contesto, dal 2019 ad oggi, sono afferiti al:

- SERT DI MACERATA → n. 3 soggetti vittime di violenze;
- SERT DI CAMERINO → n. 11 soggetti maltrattanti, n. 2 soggetti vittime di violenza.

## CONCLUSIONI

Di seguito vengono riportati i dati raggruppati in tabelle inerenti il totale del numero dei casi di Codici Rosa attivati sia negli ospedali che nei consultori di AV3.

Nell'anno 2019 risulta il massimo picco delle rilevazioni coincidente con il progressivo lavoro di potenziamento della formazione e sensibilizzazione di tutto il personale dedicato e coinvolto; negli anni successivi si è verificata una significativa contrazione legata alla pandemia da COVID-19 come di seguito meglio specificato.

## BIBLIOGRAFIA

1. ASUR DG 560 del 27 settembre 2017 "Linee di indirizzo: la cura e la presa in carico della persona che ha subito violenza"
2. DGRM 1413 del 27/11/2017: "Modalità operative per la presa in carico in ambito sanitario delle donne vittime di violenza di genere"
3. Legge regionale regione Marche - n.4/2016 "Interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere per il sostegno alle donne vittime di violenza ed ai loro figli"
4. Legge n. 69 del 19/07/2019 " tutela delle vittime di violenza domestica e di genere"
5. DGRM 999 del 23/07/2018 " Recepimento DPCM 24/11/2017 – linee guida nazionali per le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio sanitaria alle donne vittime di violenza" indicazioni attuative

6. Legge 15/02/1996 n. 66 “ Norme contro la violenza sessuale”
7. Associazione Scientifica Genetisti Forensi italiani (Ge.F.I) Presidente Prof. Francesco De Stefano “Linee guida per la repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale nelle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento” a cura del gruppo di lavoro coordinato dalla prof.ssa Susi Pelotti
8. Legge 03.08.1998 n. 269 “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù”
9. Legge 05.04.2001 n. 154 “Misure contro la violenza nelle relazioni familiari”
10. D.Lgs 30.06.2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”
11. Legge 06.02.2006 n. 38 “Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet”
12. D.Lgs 09.04.2008 n. 81 “Attuazione dell’art. 1 della Legge 3 agosto 2007 n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”
13. Legge Regione Marche 11.11.2008 n. 32 “Interventi contro la violenza sulle donne”
14. D.L. 23.02.2009 n. 11 “Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché il tema di atti persecutori”
15. Legge 23.04.2009 n. 38 “Conversione in Legge con modificazioni del decreto Legge 23/02/2009 n. 11 recante misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché il tema di atti persecutori”
16. Legge 15.07.2009 n. 94 “Disposizioni in materia di sicurezza pubblica”
17. Legge 01.10.2012 n. 172 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d’Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l’abuso sessuale, fatta a Lanzarote il 25 ottobre 2007, nonché norme di adeguamento dell’ordinamento interno”
18. D.L. 14.08.2013 n. 93 “Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province”
19. Legge 15.10.2013 n.119 “Conversione in Legge, con modificazioni, del decreto-Legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province”
20. D.Lgs 04.03.2014 n. 39 “Attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l’abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile, che sostituisce la decisione quadro 2004/68/GAI”
21. D.Lgs 15.12.2015 n. 212 “Attuazione della direttiva 2012/29/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 ottobre 2012, che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato e che sostituisce la decisione quadro 2001/220/GAI”.
22. Legge 28.12.2015 n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)”.
23. D.P.C.M. 24.11.2017 “Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza”
24. Legge 19.07.2019 n. 69 “Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere”
25. Codice Penale «artt.: 61, comma 1, numero 11-quinques; 361, 362, 365, 366, 570, 571, 572, 575, 581, 582, 583, 583-bis, 583-quinques, 584, 586, 589, 590, 591, 600, 600-bis, 600-ter; 609-bis; 609-ter; 609-quater; 609-quinques; 609-sexies; 609-septies; 609-opties; 612, 612-bis; 612-ter; 613»
26. Codice civile «art 403»
27. Codice procedura penale «artt. 331, 332, 334»
28. Codice di Deontologia Medica 19.05.2016 «artt. 32, 33, 34, 35»
29. Codice deontologico dell’infermiere 13.04.2019 «artt. 3, 4, 20, 22»

## MondriAn – Smart Bed Management

**Adani G.<sup>1</sup>, Ciancia G.<sup>2</sup>, Bortolotti M.<sup>3</sup>, Baraldi C.<sup>4</sup>, Meglioli A.<sup>5</sup>, Righi M.<sup>5</sup>, Di Francesco M.<sup>6</sup>, Giovanetti A.<sup>7</sup>, Perliti P.<sup>8</sup>, Di Tella S.<sup>9</sup>, Reggiani S.<sup>10</sup>**

*1 Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Modena e Reggio Emilia, 2 Medico di Direzione Sanitaria, Ospedale di Sassuolo SpA, 3 Responsabile Informativo Aziendale (SIA) Ospedale di Sassuolo SpA, 4 Responsabile Pianificazione Ricoveri Ospedale di Sassuolo SpA, 5 Cabina di Regia Ospedale di Sassuolo SpA, 6 Sistema Informativo Aziendale Ospedale di Sassuolo SpA, 7 Referente Ricerca Intelligenza Artificiale Area Sanità "Miliaris S.r.l.", 8 Responsabile Sviluppo Progetti Innovativi Area Sanità "Miliaris S.r.l.", 9 Direttore Sanitario Ospedale di Sassuolo SpA, 10 Direttore Generale Ospedale di Sassuolo SpA*

**Parole chiave:** Cabina Unica di Regia, Intelligenza Artificiale, Innovazione Digitale

Dal 2015 l'Ospedale di Sassuolo ha avviato una sperimentazione, ormai definitiva, che prevede la presa in carico dei malati per intensità di cura; contestualmente è stata istituita una Cabina Unica di Regia per coordinare al meglio il flusso dei pazienti. In questi 7 anni la Cabina ha costruito e consolidato un protocollo utile alla migliore allocazione possibile dei pazienti lavorando sostanzialmente su fogli Excel, la cui semplicità ha iniziato a mostrare alcuni limiti analizzati per individuare nuovi supporti a favore di un'attività di fondamentale importanza.

In particolare, i limiti più evidenti erano legati alla carenza di informazioni strutturate ed elaborabili anche a fini statistici, difficoltà nella ricostruzione del percorso dei pazienti e delle attribuzioni dei posti letto in tempo reale anche da parte dei reparti periferici, utilizzo di colori e simboli difficilmente interpretabili da altri professionisti e l'elevata numerosità di fattori da considerare prima di assegnare il posto letto. Al fine di preservare il know-how strategico accumulato, ma di superare i limiti evidenziati, la Direzione Sanitaria ha investito nella progettazione di uno strumento nuovo.

A tale scopo sono stati effettuati numerosi incontri di analisi ed approfondimento delle attività svolte dalla Cabina dai quali è stata sviluppata una piattaforma web volta alla gestione ottimizzata dei pazienti sia sul fronte della logistica (patient flow) che del quadro clinico, integrata con i Sistemi Informativi Ospedalieri (ADT e PS) e quindi in grado di reperire automaticamente le informazioni necessarie ad una supervisione dei posti letto e segnalare agli operatori eventuali criticità, discrepanze e ottimizzazioni. Sono state implementate numerose funzionalità, tra le quali: integrazione con i sistemi

informativi che ha reso più agile l'assegnazione dei posti letto in entrata, rappresentazione chiara e semplice dei posti letto in tempo reale e con numerose informazioni legate al paziente preso in carico, possibilità di elaborare statistiche utili al miglioramento della gestione dei posti letto, tracciamento preciso e puntuale degli spostamenti dei pazienti e quindi dei relativi contatti, ecc.

La realizzazione del progetto e l'adozione del sistema, in uso da marzo 2022, hanno consentito di semplificare l'operatività quotidiana velocizzando le azioni più frequenti, potenziare le capacità della cabina di regia introducendo nuove funzionalità più intuitive ed efficaci, ridurre la discrezionalità in fase di assegnazione dei posti letto e rispondere prontamente a situazioni emergenziali e rendere fruibili le informazioni in maniera chiara ed inequivocabile anche ad altri interlocutori riducendo la dipendenza del personale del PS dalla presenza dei bed manager.

La realizzazione della piattaforma è inoltre propedeutica alla sperimentazione di tecniche di Intelligenza Artificiale (IA) che consentiranno ai professionisti di avere una visione "aumentata" dell'occupazione delle risorse.

Sono infatti allo studio algoritmi di Machine Learning in grado di suggerire logistiche ottimali in base ad analisi svolte in tempo reale, compiere simulazioni di assegnazioni posti letto per valutarne l'efficacia prima di renderle effettive ed effettuare analisi predittive proponendo azioni di miglioramento.

Il progetto è in linea con le strategie regionali dell'ER e raccoglie le sfide lanciate dal PNRR in termini di transizione digitale, innovazione e nuove opportunità legate all'uso di IA.

# “Electronic frailty index”: un nuovo approccio organizzativo nell’integrazione ospedale-territorio

Lanzano R.<sup>2</sup>; Carcuro C.<sup>1</sup>; Parrillo M.A.<sup>1</sup>; Angelini V.<sup>1</sup>; Ciaburro S.<sup>1</sup>; Ferrara M.<sup>2</sup>; Corvino M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Direzione Sanitaria Aziendale – ASL Napoli 1 Centro

<sup>2</sup>Dipartimento Attività Ospedaliera – ASL Napoli 1 Centro

**Parole chiave:** fragilità, ospedale, territorio

## INTRODUZIONE

La dimissione protetta è il percorso che assicura la continuità assistenziale di un paziente “fragile” da un setting di cura ospedaliera a quello di assistenza territoriale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale). La segnalazione per le dimissioni protette è a carico del medico ospedaliero e la stesura del Piano Assistenziale Individuale è a carico dei membri dell’Unità di Valutazione Multidimensionale e Multidisciplinare territoriale (MMG/PLS, Coordinatore Sanitario, Coordinatore Sociale, Specialisti).

Dall’analisi dei dati del software QuaniSDO dell’ASL Napoli 1 Centro si è constatata la necessità di un nuovo approccio organizzativo che possa fornire al clinico ospedaliero e alle figure della rete territoriale una procedura standardizzata basata sulla medicina dell’evidenza con il fine di ottenere un completo inquadramento socio-sanitario del paziente fragile ed una riduzione della degenza media ospedaliera.

## CONTENUTI

Nell’anno 2008 è stato pubblicato un lavoro scientifico sulla rivista “BMC Geriatrics” dal titolo “A standard procedure for creating a frailty index”, nel quale sono state fornite le informazioni essenziali per la creazione di un indice di fragilità. Il database di riferimento deve includere da un numero minimo di 30 ad un numero massimo di 70 items relativi a funzioni fisiche, funzioni cognitive, attitudini e comportamenti correlati allo stato sociale. L’indice è espresso come un rapporto tra i deficit presenti e il numero totale dei deficit considerati. I possibili valori sono suddivisi in quattro categorie: 0-0.12 (assenza di fragilità); >0.12-0.24 (stato di fragilità lieve), >0.24-0.36 (stato di fragilità moderata); >0.36 (stato di fragilità severa). In uno stu-

dio dell’anno 2016 sulla rivista “Age and Ageing”, condotto sui dati delle cartelle cliniche elettroniche di 931541 pazienti dei medici di famiglia del Regno Unito, è stata dimostrata una correlazione tra l’incremento del frailty index e il rischio di ospedalizzazione entro un anno, rispettivamente nei pazienti con fragilità lieve [HR 1.93 (95% CI 1.86–2.01)], moderata [HR 3.04 (95% CI 2.90–3.19)] e grave [HR 4.73 (95% CI 4.43–5.06)].

In uno studio dell’anno 2018 sulla medesima rivista, condotto sui dati relativi agli accessi di 2153 pazienti presso i Pronto Soccorso Ospedalieri in Canada e messi a confronto con 1750 accessi in altri paesi (Australia, Belgio, Germania, Islanda, India e Svezia), è stato dimostrato un incremento contestuale con il valore del frailty index della % dei ricoveri ospedalieri [OR 1.43 (95% CI 1.34–1.52)], della % dei prolungati stati di degenza ospedalieri [OR 1.37 (95% CI 1.22–1.54)] e della % delle dimissioni in una struttura di lungodegenza [OR 1.30 (95% CI 1.16–1.47)].

## CONCLUSIONI

Sarebbe pertanto interessante proporre la creazione di un “Electronic Frailty Index”, i cui items sanitari saranno compilati dai MMG/PLS e gli items sociali dagli operatori del servizio sociale, consentendo un corretto inquadramento socio-sanitario del paziente fragile che accederà alla struttura nosocomiale. Sarà compito del medico ospedaliero la compilazione di ulteriori items con un consequenziale aggiornamento dello stato di fragilità del paziente, con il fine di individuare, nell’ambito delle dimissioni protette, il setting assistenziale più appropriato, indirizzando i soggetti con fragilità lieve verso l’assistenza domiciliare, i soggetti con fragilità moderata verso l’assistenza semiresidenziale ed i soggetti con fragilità severa verso l’assistenza residenziale.

# Il ruolo gestionale della Direzione Medica Ospedaliera di Prato nella campagna vaccinale anti-covid

Chiesi F.<sup>1</sup>; Sindoni A.<sup>1</sup>; Giorgi C.<sup>1</sup>; Mondanelli D.<sup>1</sup>; Mannocci F.<sup>1</sup>; Rettori M.<sup>1</sup>; Melani S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Direzione Medica Presidio Ospedaliero Santo Stefano - Prato, Azienda USL Toscana Centro

<sup>2</sup> Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero Santo Stefano - Prato, Azienda USL Toscana Centro

**Parole chiave:** COVID-19; Direzione Medica di presidio Ospedaliero, campagna vaccinale anti-covid

## INTRODUZIONE

L'Azienda USL Toscana Centro, recependo le indicazioni fornite dalla Regione Toscana, ha articolato il piano dedicato alle vaccinazioni contro l'infezione da SARS-CoV-2 nei presidi ospedalieri indicando le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero (DMPO) come responsabili organizzative di tutto il processo. La campagna vaccinale ha richiesto un modello in grado di garantire il rispetto delle tempistiche del calendario vaccinale, il rispetto della continuità del servizio e dell'assistenza considerando i turni di lavoro del personale, la prioritizzazione attraverso una "stratificazione del rischio" e il rispetto delle misure di prevenzione e distanziamento. Lo scopo del lavoro è quello di dimostrare come la gestione della DMPO abbia contribuito alla massimizzazione delle somministrazioni.

## CONTENUTI

Sono stati valutati in maniera retrospettiva i dati delle vaccinazioni effettuate presso il Presidio Ospedaliero Santo Stefano di Prato sulla base delle indicazioni della DMPO. E' stato creato un modulo base di lavoro replicabile a seconda del personale e degli spazi disponibili (Fig. 1). Il periodo di analisi va dal 1 gennaio al 31 luglio 2021.

I dati vaccinali sono presentati in percentuale rispetto alle potenziali somministrazioni massime effettuabili nel mese riempiendo tutti gli slot disponibili nelle agende vaccinali. L'analisi dei dati è stata eseguita tramite il Software Joinpoint Regression Programme v. 4.8.0.1. per la valutazione del trend delle somministrazioni.

La Fig. 2, riportante il modello di analisi, ha dimostrato che dal gennaio 2021 al luglio 2021 si è verificato un trend significativo in ascesa delle attività di somministrazione vaccinale con una media di crescita del 1.06% su base mensile.

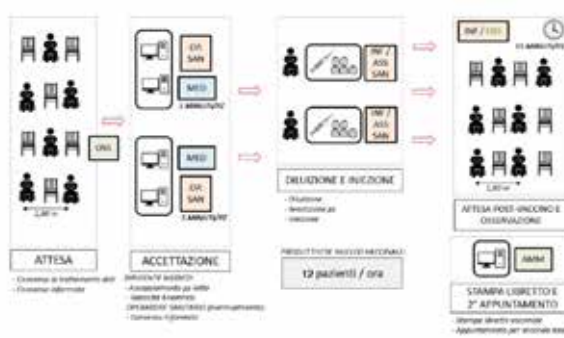


Figura 1

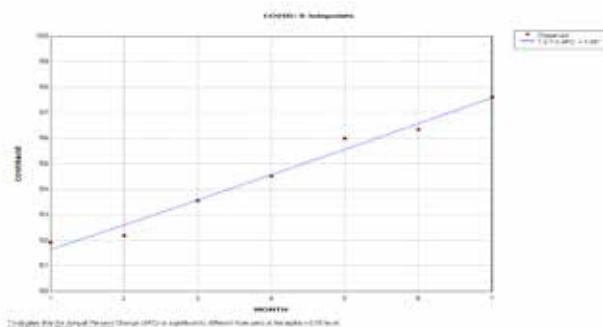


Figura 2

## CONCLUSIONI

I risultati dello studio dimostrano come le indicazioni date dalla DMPO siano state determinanti nel raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale e nel massimizzare le somministrazioni, evitando al contempo di creare dei gap di coperture. La gestione da parte della DMPO è risultata in un incremento significativo delle somministrazioni vaccinali anti-covid, con importanti conseguenze in relazione al raggiungimento del target previsto per il territorio di Prato e alla limitazione della diffusione del virus. Pertanto, per evitare conseguenze peggiori in relazione al contesto della pandemia, bisogna continuare a prestare particolare attenzione alle attività vaccinali quale importante strumento di prevenzione.

# Network irccs territorio: la gestione del rischio visivo secondario a patologie oftalmologiche

Angela M. Mastromatteo\*, Francesco Oddone°, Vincenzo Parisi^

\*Direttore sanitario – risk manager ,

°Resp. Uos glaucoma e integrazione ospedale territorio,

^ Resp. Uoc oftalmologia e uos neuroftalmologia, malattie genetiche e rare

## OBIETTIVI

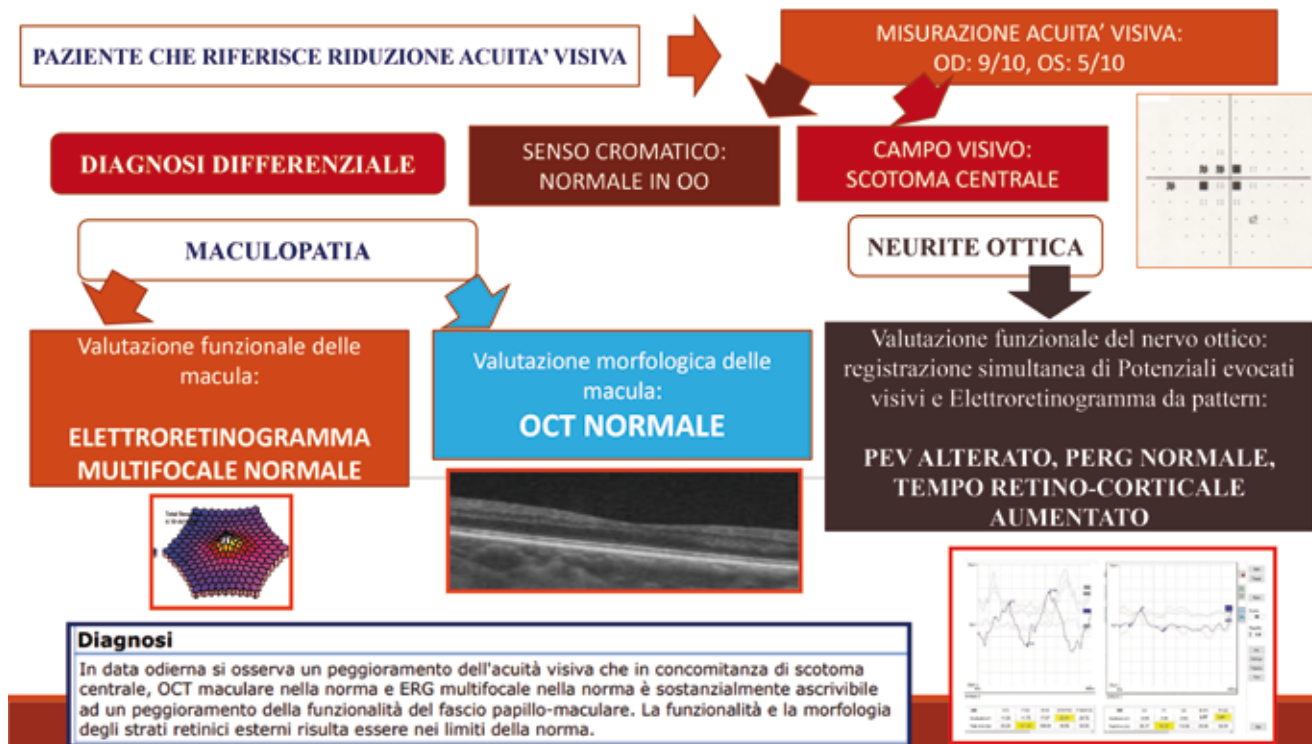
- 1) sperimentare un modello assistenziale innovativo di integrazione ospedale territorio che assicuri la continuità e sicurezza delle cure al paziente affetto da malattie croniche (ad es glaucoma, patologie neurodegenerative) con un percorso strutturato appropriato e completo, con un uso congruo delle risorse evitando accessi ripetuti garantendo l'accesso al luogo di cura più pertinente alle necessità del paziente, favorendo l'integrazione tra gli operatori riducendone quindi, la variabilità clinica e la frammentarietà degli interventi ed il rischio di ritardi nelle erogazione di prestazioni con compromissione della visione e/o cecità
- 2) rafforzare la rete informale di professionisti territoriali sia oftalmologi che medici di medicina generale ( e pediatri di libera scelta ( costruita negli anni dall'IRCCS Bietti puntando sulla formazione e condivisione dei percorsi diagnostici terapeutici secondo le più recenti evidenze scientifiche
- 3) disegnare un progetto pilota di un percorso integrato di cura ospedale territorio per il glaucoma nella regione Lazio

## 1) RIORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI

Creazione di un percorso dedicato ambulatoriale ai pazienti con patologie croniche degenerative e/o disabilità che garantisce l'esecuzione di tutti gli esami richiesti in un singolo accesso alla struttura con consegna di una relazione diagnostica complessiva e relative indicazioni terapeutiche.

- Il primo percorso attivato dal 1 settembre 2015 per pazienti con patologie neuroftalmologiche pz fragili con disabilità o atassia o sclerosi multipla provenienti anche da fuori regione sono stati gestiti in totale circa 13 000 pz
- Da luglio 2021 attivati anche i percorsi di continuità assistenziale per i pazienti affetti da glaucoma e patologie vitreoretiniche e ad oggi sono stati seguiti circa 600 pazienti.





Apertura di uno slot ambulatoriale per il “per l’ambulatorio specialistico di glaucoma e vitreoretina per garantire la continuità assistenziale e rispondere ai bisogni emergenti del territorio

**2) LA FORMAZIONE PER IL TERRITORIO**

- Organizzazione di un corso FAD gratuito con 3 crediti ECM dal 7 12 2020 al 7 6 2021 su Imaging HiTech in Oftalmologia per gli oftalmologi del territorio a cui hanno partecipato n 36 oculisti L'uso appropriato di queste tecnologie è indispensabile per evitare ritardi diagnostici e/o sprechi di risorse

- Organizzazione di un corso FAD gratuito con 5 crediti ECM (attivo dal 30 6 2021 al 20 6 2022 con la partecipazione, in qualità di docente, anche di un MMG sulla Gestione del rischio visivo secondario a patologie oftalmologiche Il corso si propone di offrire un supporto al medico di medicina generale per poter affrontare con confidenza e praticità le principali patologie oculari secondo le più recenti evidenze scientifiche e di promuovere in sinergia con il centro oftalmologico di riferimento, la prevenzione primaria e secondaria delle principali malattie degenerative e dismetaboliche, associate o meno a patologie sistemiche, responsabili di disabilità visiva e cecità

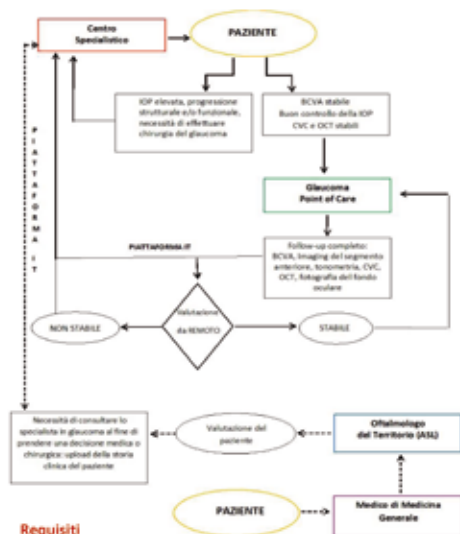
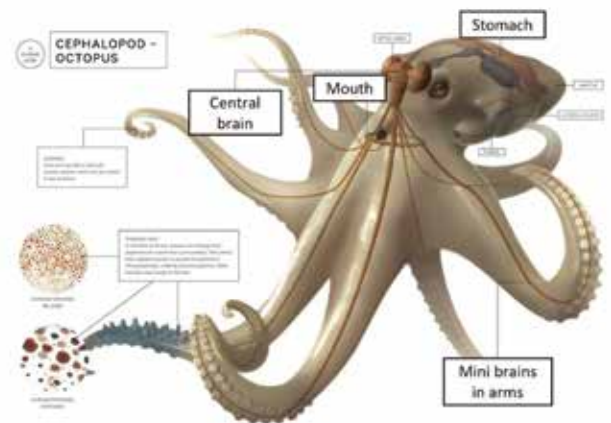
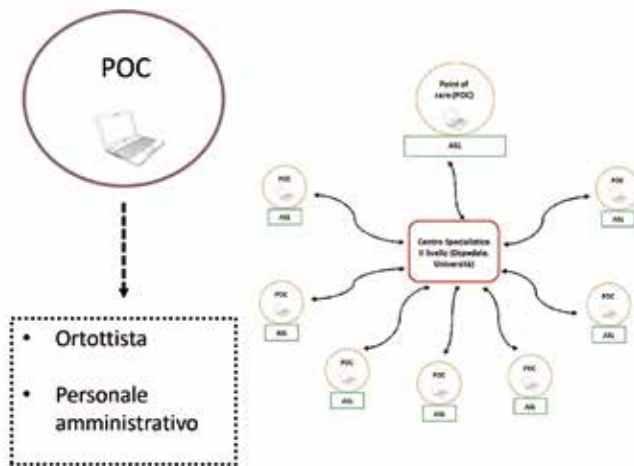


### 3) IL PROGETTO "PERCORSO INTEGRATO DI CURA OSPEDALE TERRITORIO PER IL GLAUCOMA"

Il glaucoma è una malattia cronico degenerativa a carattere evolutivo caratterizzata da una perdita progressiva e irreversibile di cellule ganglionari e di fibre nervose che si manifesta con la riduzione progressiva e irreversibile del campo visivo. La diagnosi precoce, il trattamento appropriato, il controllo e la prevenzione della progressione, rappre-



#### Il ruolo strategico dei «Point of Care»



#### Requisiti

- Progettazione della rete informatica
- Dotazione in ogni struttura di tutti gli strumenti necessari (es. campo visivo)
- Personale dedicato al progetto (ad es. ortottista)

#### Benefici per il paziente

- Continuità di cura adeguata (follow-up completo di esami strumentali)
- Rapido accesso alle cure per riduzione delle liste di attesa
- Prenotazioni agevolate e autonome e ritiro referti online (accesso alla piattaforma informatica mediante credenziali)
- Riduzione degli spostamenti (accesso al POC più vicino al proprio domicilio)

#### Benefici per il centro ospedaliero di II livello

- Rispetto delle norme di distanziamento sociale
- Riduzione delle liste di attesa
- Gestione immediata dei pazienti più complessi
- Migliore organizzazione del lavoro
- Confronto e comunicazione diretta del programma diagnostico-terapeutico con l'oculista del territorio
- Raccolta sistematica e completa delle informazioni cliniche e degli esami strumentali dei pazienti (big data) da poter essere utilizzati a scopi di ricerca e di politica sanitaria

#### Benefici per l'ambulatorio territoriale

- Rispetto delle norme di distanziamento sociale
- Migliore qualità dell'assistenza fornita al paziente (possibilità di accedere alla strumentazione presente nel POC)
- Migliore gestione dei pazienti più complessi (rapido invio al centro specialistico di riferimento)
- Migliore organizzazione del lavoro
- Confronto e comunicazione diretta del programma diagnostico-terapeutico con l'oculista del centro specialistico (es. follow-up di pazienti sottoposti a chirurgia)



L'importanza del sistema informativo

**“Piattaforma nazionale di Telemedicina PNRR” - Missione 6 Componente 1 sub-investimento 1.2.3 “Telemedicina”.**  
 Avviso per la progettazione e realizzazione scadenza 06/06/2022



**La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche – sub investimento 1.2.3**



Promuovere e finanziare lo sviluppo e la diffusione di nuovi progetti e soluzioni di telemedicina all'interno dei sistemi sanitari regionali

**Obiettivi generali**

- Incentivare l'adozione della telemedicina durante tutto il percorso di cura con particolare attenzione ai casi cronici
- Assicurarsi che le soluzioni di telemedicina si integrino con l'ecosistema digitale sanitario e in particolare con FSE
- Misurare gli interventi e incentivare quelli migliori perché estendano i loro servizi a più regioni del SSN

**Target europei del PNRR**

- Q4 - 2023 Almeno un progetto per regione/PA
- Q4 - 2025 Almeno 200.000 persone assistite con la telemedicina

sentano, quindi, il modo migliore per preservare la funzione visiva e la qualità della vita dei pazienti. Il modello assistenziale innovativo di integrazione prevede una struttura tipo Hub Spoke tra gli Ambulatori territoriali di 1 livello (Spoke) e gli specialisti di riferimento del Centro per lo Studio del Glaucoma di 2 livello (Hub). Il progetto proposto prevede la definizione di un Percorso Integrato di Cura (PIC) per i pazienti affetti da glaucoma con creazione di un “point of care” di II livello nell’ambito dell’ambulatorio territoriale condiviso tra specialista del territorio e specialista in glaucoma dotato della strumentazione necessaria, collegata in rete, per il corretto inquadramento e gestione del paziente glaucomatoso.

**I BENEFICI**

- standardizzazione criteri condivisi per la presa in carico del paziente minimizzando il grado di variabilità nelle decisioni cliniche;
- razionalizzazione del percorso di cura più adatto per il singolo paziente integrando gli interventi, con maggiore appropriatezza degli interventi, evitando la frammentazione del percorso e/o duplicazioni diagnostiche;
- promuovere l’integrazione ed il confronto tra i professionisti coinvolti;
- migliorare la gestione dei pazienti più complessi facilitando l’accesso alla diagnostica di 2 livello
- migliorare l’offerta dei servizi territoriali attraverso la creazione di un “point of care” dotati di tutta la strumentazione necessaria

- facilitare i percorsi e garantire una tempistica adeguata per diagnostica e corretta gestione del paziente (es. campo visivo, pachimetria e tomografia a coerenza ottica) con conseguente riduzione delle liste di attesa;
- condividere i dati registrati sulla cartella clinica informatizzata;
- migliorare la qualità e sicurezza dell’assistenza nonché la qualità percepita dal paziente.

**CONCLUSIONI**

Dobbiamo investire nella formazione delle competenze professionali centrate sui bisogni della realtà del territorio superando le barriere tra ospedale e territorio. Hospitals without walls. Royal College of Physicians BMJ 2013

Reingegnerizzare l’organizzazione ospedaliera per percorsi e processi

Lavorare in teams snelli multidisciplinari e multi-professionali

Modalità flessibili di integrazione dei medici del territorio con quelli dell’ospedale

Soluzioni informatiche e piattaforme interoperabili. Tutto questo per attuare la medicina personalizzata o meglio una medicina predittiva, preventiva, personalizzata e partecipativa e quindi di precisione (Sanità 4.0 e medicina delle 4 P)



# Controllo delle infezioni in area critica: l'esperienza pavese

**Sgueglia A.C.<sup>1</sup>; Zeduri M.<sup>1</sup>; Girardi D.<sup>1</sup>; Lanave M.L.<sup>2</sup>; Galvi R.<sup>3</sup>; Muzzi A.<sup>4</sup>; Odone A.<sup>5</sup>**

*1 Medico in formazione specialistica; Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina sperimentale e forense, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia; 2 Assistente sanitaria, Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia; 3 Infermiere; Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia; 4 Dirigente medico; Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia; 5 Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva; Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina sperimentale e forense, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia*

**Parole chiave:** Infezioni Correlate all'Assistenza, preparedness, area critica

## INTRODUZIONE

La pandemia da Covid-19 ha portato alla luce quanto l'attività delle strutture sanitarie possa contribuire alla diffusione di infezioni, qualora non vengano rispettate le corrette procedure relative alle buone pratiche assistenziali e alle precauzioni standard. Ad oggi, in un paese ad alto reddito come l'Italia, ogni anno il 7% dei pazienti trattati in un ospedale per acuti contrae durante la degenza un'infezione correlata all'assistenza (ICA). Le ICA sono responsabili di oltre 10.000 morti l'anno e, a maggior rischio, sono i reparti ad alta intensità di cura e con pazienti fragili, come Anestesia e Rianimazione (AR). Il presente studio fornisce prova dell'importanza di azioni di prevenzione e controllo dell'insorgenza delle ICA, in particolare nelle aree critiche, per implementare nuove strategie di rinforzo dell'assistenza sanitaria in Italia.

## CONTENUTI

Nell'Aprile 2022 a Pavia, presso il reparto di AR della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, si è verificato un focolaio epidemico causato da *Acinetobacter baumannii* e da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemici; le colonizzazioni correlate all'assistenza si sono verificate in 9 pazienti. A seguito della notifica, la Direzione Medica di Presidio (DMP), ha intrapreso una serie di azioni volte alla gestione e al controllo della criticità, predisponendo una strategia ad hoc che tenesse conto delle specifiche caratteristiche biologiche di resistenza e sopravvivenza dei microrganismi coinvolti. Le iniziative si sono concretizzate in monitoraggi giornalieri dei casi, osservazioni dell'aderenza degli operatori sanitari (OS) alla pratica di igiene delle mani, campionamenti microbiologici sui bronco-

scopi, esecuzione di tamponi rettali di screening a tutti i pazienti sia all'ingresso che poi con cadenza bisettimanale, risanamento igienico-ambientale di tutta l'area interessata, introduzione di materiale usa e getta per la sanificazione delle superfici e, infine, utilizzo di disinfettante Gialcol 70% per l'igiene delle apparecchiature. Il Comitato Infezioni Ospedaliere ha inoltre indetto un audit per restituire agli OS i dati emersi, con l'obiettivo di sensibilizzarli e formarli al rispetto delle buone pratiche assistenziali. In seguito all'esperienza di questo focolaio, si è anche ritenuto opportuno formulare un'istruzione operativa riguardante il reprocessing dei broncoscopi (passaggio che necessita di un tracking puntuale, essendo fortemente operatore dipendente), che è attualmente in fase di elaborazione. Grazie alla pronta risposta fornita dalla DMP, alla fine di Aprile 2022 i casi sono andati diminuendo, fino ad arrivare a soli 3 pazienti colonizzati al 2 Maggio 2022.

## CONCLUSIONI

Le azioni di contrasto alla diffusione del focolaio sono state attuate in maniera tempestiva ed efficace, permettendo un adeguato controllo dell'evento. La pandemia da Covid-19 ha fornito un'opportunità senza precedenti per aumentare la preparedness e la risposta a situazioni emergenziali critiche ed inaspettate. Risulta quindi cruciale mantenere uno sguardo attento su temi quali l'aderenza degli OS alle precauzioni standard, l'elaborazione di istruzioni operative mirate alle necessità delle singole strutture e l'implementazione di programmi di formazione continua, al fine di sensibilizzare i professionisti e fornire loro i giusti strumenti per erogare un'assistenza sempre più di alta qualità, nel panorama di un sistema sanitario resiliente e rafforzato dall'esperienza pandemica.



**ASL**  
CITTÀ DI TORINO

## ANALISI DELL'IMPATTO ECONOMICO DELLA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 IN UN OSPEDALE PIEMONTESE

M. Scattaglia<sup>1</sup>, A. Cremona<sup>1</sup>, G.A. Campobasso<sup>2</sup>, M. Morandi<sup>3</sup>, F. Bert<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina preventiva – Università di Torino

<sup>2</sup> Direttore sanitario – Ospedale Martini, Asl Città di Torino

<sup>3</sup> Direttore sanitario – Ospedale San Giovanni Bosco, Asl Città di Torino

<sup>4</sup> Professore Associato – Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

PAROLE CHIAVE: Covid-19, Ospedale, Impatto economico

**INTRODUZIONE:** Numerose conseguenze sono seguite allo scoppio della pandemia di COVID-19 in Italia, che ha sconvolto il nostro sistema economico, sociale e sanitario. L'obiettivo dello studio è quello di misurare e valutare i costi di ricovero per la malattia COVID-19 presso l'Ospedale Martini di Torino, uno degli ospedali interamente dedicati alla cura del COVID-19, tra Gennaio e Giugno 2021.

**CONTENUTI:** In questo studio retrospettivo, abbiamo raccolto e analizzato i dati di costo dei pazienti ricoverati nell'Ospedale Martini nell'arco temporale tra Gennaio e Giugno 2021 e confrontato i risultati con lo stesso periodo del 2020, in un lasso di tempo in cui l'ospedale non era interamente dedicato alla cura dei pazienti affetti da Covid-19. I dati sui costi includono gli stipendi dei dipendenti a tempo pieno e determinato, i farmaci, le forniture e le attrezzature mediche e non mediche e le utenze delle strutture. Abbiamo quindi stimato il costo sostenuto per singolo paziente COVID-19, rispetto al costo del ricovero per qualsiasi malattia, incluso il Covid-19.

Nei primi 6 mesi del 2021 si sono registrate 2.136 dimissioni ospedaliere, mentre nello stesso periodo del 2020 ci sono state 4376 dimissioni. La durata media della degenza ospedaliera è stata di 7,67 giorni nel 2020 e di 12,83 nel 2021. Il costo medio per singolo paziente trattato è raddoppiato (+52,5%) da 8997 Euro nel 2020 a 19026 Euro nel 2021. In valori assoluti, è interessante notare che il costo del personale è aumentato solo dell'1,5%, mentre il costo dei farmaci e dispositivi medici è diminuito rispettivamente del 10,5% e 16% nei periodi considerati. Il ricavo medio è aumentato del 35% da 3280 Euro nel 2020 a 5041 Euro nel 2021. Ciò è dovuto alla maggiore complessità delle cure richieste dai pazienti Covid. Infatti, nel 2021 il peso medio dei ricoveri è stato pari a 2,13, mentre nel 2020 è stato pari a 1,39.

**CONCLUSIONI:** La gestione clinica del COVID-19 potrebbe minare la già fragile sostenibilità economica del Sistema Sanitario italiano. Lo studio dei costi di cura dei pazienti COVID-19 e delle loro differenze tra il 2020 e il 2021 mostra, infatti, che la gestione del paziente affetto da Covid-19 è complessa e necessita di un notevole impegno economico. Pertanto, si sottolinea la necessità di evitare il ripetersi di un tale impatto sul Sistema Sanitario, attuando politiche efficaci di prevenzione e controllo delle infezioni.



## CURARE@CASA: un percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio per il paziente anziano fragile nella ASL Roma 2

Bagnato B. S., Miglietta A. S.<sup>1</sup>, Capobianco G.<sup>2</sup>, Iani C.<sup>3</sup>, Barberini L. D.<sup>4</sup>, Palazzetti P.<sup>5</sup>, Pasqua C. S., Cocchiara R.A. S., Corea F.<sup>6</sup>, Porcelli B.<sup>7</sup>, Gambale G. A., Casati G. P.<sup>8</sup>

- <sup>1</sup> ASL Roma2 Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale
- <sup>2</sup> ASL Roma2 UOC Controllo di Gestione
- <sup>3</sup> ASL Roma2 Direttore UOC Geriatria Presidio Sant'Eugenio
- <sup>4</sup> ASL Roma2 Direttore UOC Neurologia Presidio Sant'Eugenio
- <sup>5</sup> Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva in formazione presso Istituto Superiore Sanità
- <sup>6</sup> ASL Roma2 Direttore UOC Assistenza alla persona
- <sup>7</sup> Direttore Sanitario ASL Roma2
- <sup>8</sup> Direttore Generale ASL Roma2

**Parole Chiave:** continuità ospedale-territorio; anziano fragile; telemedicina.

### Introduzione

La Asl Roma 2 è un'azienda caratterizzata da un territorio molto vasto e variegato, nel quale si registra una popolazione totale di circa 1.300.000 residenti, di cui 93.000 anziani in condizione di fragilità caratterizzata da polipatologie, comorbidità, presenza di deficit cognitivi e motori e rischio di ospedalizzazione o di istituzionalizzazione.

Numerose esperienze di telemedicina svolte durante la pandemia COVID-19 hanno dimostrato i vantaggi dell'utilizzo della telemedicina nel migliorare l'assistenza del paziente a domicilio; sfruttando questa esperienza, il progetto CURARE@CASA imposta una risposta funzionale di sintesi tra tecnologia e competenza sanitaria e sociale, per creare un processo di tutoring sugli anziani fragili complessi residenti sul territorio aziendale, per un periodo post-dimissione dalle UUOCC Geriatria e Neurologia del Presidio Ospedaliero Sant'Eugenio di Roma.

### Contenuti

Il medico della UOC Geriatria o della UOC Neurologia prima della dimissione individua il paziente anziano fragile, sulla base di score definiti. Identificato il paziente, l'Unità Valutativa Ospedaliera (UVGO) segnala alla Unità Valutativa Geriatrica Territoriale (UVG) il caso clinico e si stabilisce un incontro per la condivisione del Piano Assistenziale Integrato (PAI); viene costituita apposita cartella clinica per la sorveglianza del paziente dimesso, poi seguito con telemonitoraggio e telenursing tramite piattaforma informatica dedicata dalla Centrale Operativa Aziendale (COA-Restart) e dalla Unità Valutativa Multidimensionale (UVM). L'UVM prevede la collaborazione delle UUOCC Geriatria, Neurologia e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e stabilisce una collaborazione con il Medico di Medicina Generale (MMG) anche tramite numero telefonico dedicato ed email.

Il telemonitoraggio, effettuato tramite devices consegnati al caregiver familiare appositamente addestrato, consente di identificare precocemente eventuali emergenze cliniche gestibili a domicilio, o intercettare situazioni che necessitano di ricovero ospedaliero con percorso dedicato.

Dopo l'avvio del progetto nel novembre 2021, è prevista una prima analisi dei dati sui pazienti seguiti nel I semestre 2022.

### Conclusioni

Il progetto CURARE@CASA persegue l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale terminato il percorso ospedaliero, integrando cure per acuti, cure primarie e MMG.

I risultati attesi riguardano: la prevenzione/riduzione delle complicanze neuro-cognitive e psico-comportamentali causate da una prolungata degenza ospedaliera; la riduzione della quota di accessi inappropriati al Pronto Soccorso degli anziani fragili con patologia acuta o cronica riacutizzata; l'accesso tempestivo in ospedale del paziente che necessita di riospedalizzazione.

Il progetto prevede entro l'anno l'ampliamento dai 2 Distretti inizialmente coinvolti a tutti i 6 Distretti del territorio aziendale e lo sviluppo di percorsi che coinvolgano ulteriori aree specialistiche di dimissione ospedaliera.



Ospedale dell'Alta Val d'Elsa  
Università degli Studi di Siena



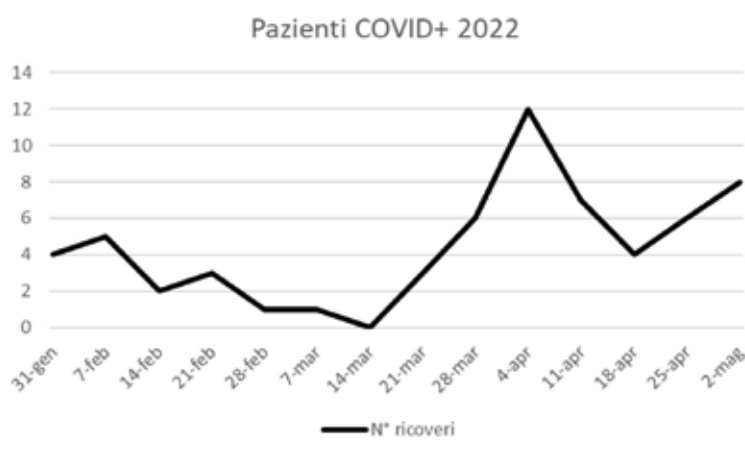
# ISOLAMENTO STRUTTURALE VS ISOLAMENTO FUNZIONALE, QUALE ORGANIZZAZIONE MIGLIORE?

BOSCO R.<sup>1</sup>, QUERCIOLO C.<sup>1</sup>, GEPPONI S.<sup>2</sup>, CAMPANILE LG.<sup>3</sup>, DEI S.<sup>4</sup>, NANTE N.<sup>5</sup>

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena, Siena<sup>1</sup> Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione, Azienda USL Toscana Sud Est, Siena<sup>2</sup>  
Direzione Ospedaliera di Presidio Ospedaliero dell'Alta Val d'Elsa, Azienda USL Toscana Sud Est, Poggibonsi<sup>3</sup> Direttore Sanitario, Azienda USL Toscana Sud Est, Siena<sup>4</sup>  
Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena, Siena<sup>5</sup>

## INTRODUZIONE

La pandemia da COVID-19 ha obbligato a rivedere la conformazione strutturale delle strutture sanitarie. Si sono rese necessarie tante modifiche organizzative quanto architettoniche per adattare l'assistenza alle nuove esigenze dettate dall'alta contagiosità del virus SARS-CoV-2. Quando le conoscenze sul patogeno, sulle modalità di trasmissione, sulle terapie e sulle vaccinazioni erano ancora agli albori, l'isolamento strutturale è stato l'unico modo efficace per ridurre la diffusione virale nelle strutture sanitarie.



## CONTENUTI

L'ASL Toscana Sud Est ha individuato due tipologie di pazienti positivi:

1. Ricoverati **PER COVID**, necessitano di terapie specifiche a causa del SARS-CoV-2
2. Ricoverati **CON COVID**: giunti per altri motivi di salute ma all'ingresso o durante la degenza risultano positivi al tampone diagnostico



Il presidio dell'Alta Val d'Elsa è un ospedale di 1° livello con 150 posti letto, individuato per accogliere pazienti **CON COVID**.



A causa di:

- Progressivo calo dei ricoveri dal 31 gennaio al 14 marzo 2022 (con un max di 5 e un min di 0 - mediana 2)
- Maggiore necessità di posti letto per pazienti negativi.

## ISOLAMENTO FUNZIONALE

Si sono affrontate le seguenti fasi:

1. Individuazione degli spazi più adatti per ridurre al minimo il rischio di cross-contaminazione durante il trasporto dei pazienti e le procedure di svestizione
2. Organizzazione interna di ogni reparto con infermiere in turno normale
3. Previsione di utilizzo di eventuali altre stanze in caso di aumento dei ricoveri

## CONCLUSIONE

Nonostante si sia osservato un nuovo aumento dei ricoveri di pazienti positivi, la conversione all'isolamento funzionale si è confermata la scelta migliore. La maggiore flessibilità di questa organizzazione risponde meglio alle esigenze repentinamente variabili di questo periodo pandemico.

## Assetto Chirurgie Generali 2.0 – Ausl Romagna



47° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

VERSO UNA NUOVA SANITÀ E UNA NUOVA SALUTE:  
"AZIONE, SINERGIA, RESPONSABILITÀ,  
RESILIENZA E SOSTENIBILITÀ DELLA DIREZIONE SANITARIA"

BOLOGNA 6-7-8 GIUGNO 2022

*Altini M. – Direttore Sanitario AUSL Romagna, – Montella MT Direttore Sanitario IRST Meldola Lazzari C. – Direttore di Presidio Ospedaliero di Cesena – Raggi F. Direttore di Presidio Ospedaliero di Rimini, Bravi E. – Direttore di Presidio Ospedaliero di Ravenna, Tollarini D. – Direttore di Presidio Ospedaliero di Faenza, Tarbozzi P. – FF Direttore di Presidio Ospedaliero di Lugo, Caruso B. Direttore di Presidio Ospedaliero di Riccione – Floresca C. Dirigente Medico in Staff Direzione Sanitaria AUSL Romagna – Gentili N. Dottore Informatica in Staff Direzione Sanitaria AUSL Romagna – Galavotti E. Ingegnere in Staff Direzione Sanitaria AUSL Romagna Direttore di Presidio Ospedaliero di Riccione, Masperi P. – Direttore di Presidio Ospedaliero di Forlì*

### Parole Chiave

- ❖ Chirurgia Generale,
- ❖ Value Based Healthcare,
- ❖ Appropriatelyzza

### Introduzione

Con l'obiettivo primario di mantenere una costante attenzione al miglioramento continuo della qualità delle cure, in un'ottica Value-Based, è stato costituito dalla nel corso del 2020 dalla Direzione Strategica dell'AUSL Romagna un tavolo di lavoro disciplinare, allo scopo di analizzare lo stato dell'arte, mettere in discussione e disegnare una progressiva riorganizzazione di alcune attività di chirurgia generale con una visione sistemica e sinergica tra le varie sedi erogative in Romagna.

### Contenuti

Il tavolo di lavoro disciplinare ha prodotto un documento approvato dal Collegio di Direzione dell'AUSL Romagna in data 28 ottobre 2021 "Assetto Chirurgie Generali 2.0" valorizzando alcuni principi fondamentali:

- piena valorizzazione e sfruttamento delle potenzialità di tutti i presidi ospedalieri dell'Azienda,
- realizzazione di un sistema di nodi erogativi satelliti dei presidi polispecialistici di riferimento per ambito territoriale;
- valorizzazione dell'importanza degli Ospedali Distrettuali vocazionalmente orientati ai bisogni della popolazione (di prossimità e generalità);
- aumento dell'expertise clinica ed organizzativa rispetto ad alcuni tipi di intervento per raggiungere outcomes sempre migliori;
- attivazione su ogni sede, delle équipe multidisciplinari di alto livello, oltre ad équipe itineranti,
- ottimizzazione dell'attività di chirurgia d'urgenza;
- definizione di un cruscotto di monitoraggio di indicatori definiti e la collocazione della propria Unità rispetto alle altre;
- implementazione della ricerca in Chirurgia nella logica di valutazione di volumi/esiti, e valutazione patient experience e patient engagement.

### Conclusioni

Per perseguire gli obiettivi prefissati è stato necessario guardare oltre le traiettorie di cura definite prima della nascita dell'Ausl Romagna e ripartire da una nuova visione organica del territorio secondo i percorsi di cura, che vede i Presidi dell'Azienda distinguibili in:

1. Ospedali DEA di II livello e service mix polispecialistico, di riferimento distrettuale e sovra-distrettuale (Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini).
2. Ospedali DEA di I livello e service mix specialistico di base, di riferimento distrettuale (Lugo, Faenza, Riccione).

Gli Ospedali Polispecialistici sono caratterizzati da un service-mix che consente di effettuare tutti i tipi di intervento; gli Ospedali Distrettuali invece, il cui punto di forza è quello della prossimità e dell'accessibilità, offrono ai cittadini la chirurgia a bassa-media complessità ed eventualmente possono essere caratterizzati anche dall'offerta di una o più chirurgie specialistiche, in base ai bisogni del territorio alla storia o alle vocazioni dei professionisti presenti, secondo un modello a rete in cui ogni nodo rappresenta il centro di riferimento per il cittadino.

Per ogni tipologia di chirurgia è prevista l'individuazione di un centro con funzione di coordinamento, monitoraggio e tutoraggio ("centro Leader"), dove sono concentrati prioritariamente investimenti dedicati e innovativi.

Nel contesto di un'offerta assistenziale policentrica, peculiare della AUSL Romagna, che garantisce il miglior rapporto tra accessibilità e qualità delle cure, ai centri leader per il trattamento di una determinata condizione patologica, si possono aggiungere uno o più centri della rete, ove già si esegue chirurgia multi organo (H. Polispecialistici), che possono avere l'autorizzazione a trattare la medesima casistica, purché soddisfino specifiche condizioni, delle quali il centro leader si fa garante attraverso un monitoraggio continuo.

Trattasi quindi di un sistema di autorizzazione condizionata al positivo soddisfacimento di requisiti e di risultati attesi per il miglioramento degli standard di cura all'interno dell'Azienda, secondo i principi dell'evidence-based care.

A tal proposito, si fa riferimento in prima istanza, al sistema di indicatori del Programma Nazione Esiti oltre alle seguenti indicazioni:

- Analisi critica del contesto (epidemiologia dello specifico bisogno di salute, mobilità)
- Appropriata ed esaustiva informazione al cittadino
- Approccio multidisciplinare e discussione collegiale dei casi con il centro leader
- Analisi del percorso paziente, dalla presa in carico al follow-up
- Monitoraggio strutturato, per tutta la casistica trattata, degli indicatori di processo (es. timing di cura) e degli esiti clinici a breve e lungo termine (es. mortalità, reintervento, re-ricovero, complicanze)
- Approfondimento sulla percezione dei destinatari e clima professionale interno
- Formazione e aggiornamento continui per il personale, anche al fine di creare la condizione di un'équipe a disposizione del dipartimento.

La misurazione e valutazione delle attività e dei risultati dall'inizio alla fine del percorso del paziente risulta centrale (sistema indicatori KPI), anche in termini di qualità percepita da parte dei pazienti, esperienza e coinvolgimento degli stessi, facilitando la comunicazione ed il confronto, attraverso progetti di sanità digitale e tecnologie informatiche innovative.

## L'integrazione COT – PS per evitare ricoveri ospedalieri inappropriati.

Girolametto Gloria<sup>1</sup>, Di Caprio Antonio<sup>2</sup>, Corò Alessandra<sup>3</sup>, Barbierato Emanuele<sup>4</sup>, Mosele Antonella<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Medico Specializzanda; <sup>2</sup>Azienda Ulss7 Pedemontana, Direttore Sanitario; <sup>3</sup>Azienda Ulss7 Pedemontana, Direttrice dei Servizi Socio – Sanitari; <sup>4</sup>Azienda Ulss7 Pedemontana, Direttore del Distretto Socio - Sanitario I; <sup>5</sup>Azienda Ulss7 Pedemontana, Responsabile Centrale Operativa Territoriale.



Parole chiave: COT, PS, bisogni socioassistenziali.

### INTRODUZIONE

I pazienti con riacutizzazioni di patologie croniche, deficit funzionali, sindromi geriatriche e problematiche socioassistenziali costituiscono una importante quota di accessi alle U.O.C. Accettazione e Pronto Soccorso. Se per gli aspetti clinici acuti vi è frequentemente indicazione al ricovero ospedaliero, per quelli socioassistenziali il ricovero risulta inappropriato. In tale contesto, per fornire supporto operativo ai PS di corrispondente afferenza territoriale, ai fini di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati ed ottimizzare la presa in carico territoriale, si è inserita la Centrale Operativa Territoriale attiva nell'Azienda Ulss7 – Pedemontana (Veneto).

### CONTENUTI

La flow – chart riportata in tabella 1 riassume il percorso operativo predisposto. Si evidenzia l'utilizzo della scala BRASS come supporto valutativo.

Con uno studio osservazionale descrittivo sono successivamente state analizzate le attivazioni COT eseguite dai PS dell'Ospedale di Bassano del Grappa e Asiago in due diversi anni di attività (2018 e 2021). Dall'analisi dei dati ottenuti si è evinto quanto riportato in tabella 2 mediante l'utilizzo di alcuni indicatori di esito ad hoc costruiti.

Flow chart esecutiva.	Attività	Responsabilità	Documenti
<b>I. ESCLUSIONE RICOVERO</b>	Viene esclusa la necessità clinica di ricovero	Personale Medico U.O.C. PS	☞ Verbale PS
<b>II. INDIVIDUAZIONE "FRAGILITÀ" con dimissione difficile</b>	Durante la valutazione in PS emerge la possibile presenza di "fragilità" → verifica con BRASS	Personale infermieristico e medico di PS	Caso assimilabile ai noti (elencati in procedura interna) ad es. + verifica con Scala BRASS.
<b>III. VERIFICA della "FRAGILITÀ" e SEGNALAZIONE alla COT</b>	Se Cut-off BRASS >10 → soggetto a MEDIO / ALTO RISCHIO → segnalazione a COT.	Personale infermieristico e medico di PS	Segnalazione alla COT: ☞ Telefonica: Lun - Ven: 8.00 - 20.00 e Sab. 8.00 - 14.00 / Aliter ☞ Via mail con apposito modulo.
<b>IV. Possibili PERCORSI del PAZIENTE una volta attivata la COT:</b>	* Soggetto a medio / alto rischio con SUPPORTO SOCIALE ADEGUATO: → Dimissibile dal PS.	Personale infermieristico e medico di PS + CM-COT	La COT analizza il "bisogno", attingendo a tutte le fonti dati a disposizione, e coinvolge / attiva i Professionisti e/o Servizi utili. La COT analizza il "bisogno" etc., se necessario collocamento in struttura intermedia / residenza extraospedaliera: -dal PS: SVAMA Sanitaria + SVAMA Funzionale + terapia farmacologica 24 h (scheda OBI)
	* Soggetto a medio / alto rischio con SCARSO o ASSENTE SUPPORTO SOCIALE: → Non dimissibile fino a ricezione dell'esito COT → Osservaz. Temporanea o OBI PS per il paziente.	Personale infermieristico e medico di PS + CM-COT + Non Autosufficienza	-dalla Non Autosufficienza: SVAMA Sociale + autorizzazione. → Comunica esito segnalazione / attivazione di servizi tramite telefonata al medico che ha in carico il paziente (PS e mmg) ☞
<b>V. ESITO</b>	a) Dimissione a domicilio con attivazione servizi;	Case manager COT	☞ Verbale PS (con riportati attivazione COT e relativo esito) ☞
	b) Inserimento in strutt. intermedia / residenzialità extraospedaliera;	Personale infermieristico e medico PS	
	c) Negli orari privi di turno attivo COT: a discrezione del medico PS se: a) b) o ricovero senza attesa di esito COT.		

Tabella 2: Indicatori di esito.

INDICATORI di ESITO	2018		ANNO 2021		NOTE
	n°	%	n°	%	
n° segnalazioni alla COT da parte dei PS	137		343		% calcolate sul totale delle segnalazioni Incremento del +150 % rispetto al 2018.
n° attivazioni COT da PS per assistiti	134		330		Un assistito può avere avuto più di una attivazione durante l'anno.
n° pazienti dimessi a domicilio dai PS con attivazioni di servizi domiciliari	78	56,9	266	77,5	Rientro a domicilio pz. Covid-19+ con attivazione MMG/USCA: 246 casi, 92,5% del totale dimissioni a domicilio! Altre att.: Informazioni per attivazione Protesica o per richieste inserimento in strutture; attivazioni MMG, Comune, Adi, servizi extra Ulss, Uvmd, NCP, Altro. 29 ingressi in O&C Covid-19 (63% del totale degli inserimenti); 7 ingressi in Hospice; 10 ingressi in O&C/SAPA/RSA/Sollievo/CDS. + 3% rispetto al 2018
n° inserimenti in struttura intermedia / residenze extraosp. da PS	14	10,4	46	13,4	Richiesta non soddisfatta dal territorio per mancanza di posti letto territoriali, miglioramento nel 2021 (-2,7%).
n° ricoveri ospedalieri per mancanza di risposta territoriale	9	6,5	13	3,8	
n° utenti senza ri-accesso in PS nei 4 mesi successivi l'attivazione COT	79	58	/	/	Fra gli utenti che accedevano nuovamente in PS nei 4 mesi successivi l'attivazione della COT: il 14% aveva un diverso bisogno, il 28% veniva ricoverato.
n° decessi	1	0,7	2	0,6	
n° segnalazioni da PS a COT con solo scopo di supporto informativo	0	0	4	1,2	La valutazione finale del PS non è sfociata in una richiesta di attivazione di servizi territoriali, la COT ha fornito solamente supporto informativo al PS.

### CONCLUSIONI

Porre la COT a supporto dei PS è risultato efficace per la gestione di tali accessi; alle dimissioni dai PS sono stati evitati un numero considerevole di ricoveri ospedalieri altrimenti inappropriati (93-2018; 314-2021) e attivate opportune risposte assistenziali nel territorio. Si segnalano: l'importanza di attivare la COT solo se gli accertamenti diagnostici – terapeutici hanno già escluso il ricovero ospedaliero; l'importanza di continuare ad investire nel territorio, anche a supporto degli ospedali. Le richieste di attivazione sono risultate considerevolmente aumentate nel 2021, idem per quanto riguarda l'inserimento in strutture intermedie / residenziali extraospedaliere, ma i dati ci dimostrano che ciò è ascrivibile alla pandemia da Sars-Cov-2. Ulteriore analisi dei dati (dal punto di vista epidemiologico ad es.) sono possibili. I dati fin qui emersi ci portano a sostenere l'operato della COT a supporto dei PS in un'ottica di continuo miglioramento del servizio assistenziale offerto dall'Azienda Ulss ed integrazione ospedale - territorio; è emersa la volontà di estendere il progetto operativo nella stessa versione esecutiva a tutto il territorio di competenza aziendale.

# “Residents about Residency”: qualità formativa e prospettive future dei giovani medici post COVID

Flavia Rallo<sup>3,4</sup>, Federica Viola<sup>3</sup>, Manuel Giovanni Mazzoleni<sup>1,5</sup>, Alessio Giannetti<sup>1,5</sup>, Michele Grasso<sup>5,6</sup>, Lorenzo Blandi<sup>3</sup>, Andrea Fidanza<sup>1,2,3</sup>

1- Department of life, Health & Environmental Sciences - Unit of Orthopaedics and Traumatology, University of L'Aquila - L'Aquila, Italy

2- Osservatorio Nazionale per la Formazione Sanitaria Specialistica; 3- FederSpecializzandi - Italian National Association of Medical Residents

4- Department of Biomedical and Neuromotor Science, School of Hygiene and Preventive Medicine, Alma Mater Studiorum - University of Bologna, Italy

5 - Italian Association of Ortho& Trauma residents - AISOT; 6- Department of Basic Medical Sciences, Neuroscience and Sense Organs - Unit of Orthopaedics and Traumatology, University Aldo Moro - Bari, Italy

**Parole chiave:** formazione, specializzandi, competenze

## INTRODUZIONE

Dalla sua insorgenza, la pandemia da SARS-CoV-2 ha posto sotto i riflettori le criticità del Servizio Sanitario Nazionale: in questo contesto i Medici in Formazione Specialistica hanno suscitato sempre più interesse tra diversi stakeholder. In uno scenario di carenza cronica di medici specialisti, l'urgenza di analizzare criticamente il programma formativo post-laurea dei medici è diventato impellente.

## CONTENUTO

Ad Aprile 2021 FederSpecializzandi, Associazione Nazionale dei Medici in Formazione Specialistica, ha avviato una Survey sull'impatto che la pandemia da COVID-19 ha avuto nei confronti della formazione dei giovani medici. La Survey è stata poi adattata da AISOT (Associazione Italiana Specializzandi in Ortopedia e Traumatologia) in modo specifico a questa branca chirurgica. Le risposte ricevute sono state rispettivamente 217 e 755.

La maggior parte dei rispondenti alla Survey generale non aveva sottoscritto alcun contratto di emergenza. Circa il 60% dei rispondenti riferisce un impatto “Negativo” o “Molto Negativo” della pandemia sulla propria formazione in tutte le aree di specializzazione (Medica, Chirurgia, Servizi). La ragione maggiormente rappresentata è stata la “Riduzione generale delle attività cliniche/chirurgiche”.

Riguardo gli Specializzandi in Ortopedia e Traumatologia, la maggior parte di essi riferisce uno scarso coinvolgimento come primo operatore o il coinvolgimento esclusivamente in interventi di chirurgia

minore. Nonostante l'introduzione del DL Calabria, quasi il 50% degli specializzandi in Ortopedia e Traumatologia non si sentirebbe a proprio agio nel lavorare come specialista indipendente.

Chi ha sottoscritto un contratto emergenziale, riferisce che la motivazione principale risiede nel desiderio di maggiore autonomia e coinvolgimento; allo stesso modo l'aspetto della formazione ritenuto necessario di miglioramento consiste nel desiderio di maggiore coinvolgimento nell'attività pratica.

## CONCLUSIONE

La carenza cronica di specialisti e le recenti riforme in sanità, prospettano un futuro in cui i medici in formazione saranno introdotti nel mondo del lavoro prima del termine del loro percorso di specializzazione, anche tramite la sottoscrizione di contratti ad hoc.

Considerate le lacune già esistenti nella formazione specialistica, largamente impattata dalla pandemia da COVID-19, è necessario definire in modo strutturato quante e quali competenze acquisire durante la specializzazione al fine di rendere gli specializzandi gradualmente autonomi.

L'immissione precoce dei giovani professionisti nelle Aziende e negli Enti del SSN senza lavorare in modo strutturato sugli standard formativi da essi raggiunti, rappresenta un rischio; è necessaria una continuità strutturata tra Università e Aziende/Enti ponendo come obiettivo la valutazione delle competenze, per garantire cure efficaci, appropriate e sicure ed evitare di esporre i professionisti ad un carico di responsabilità non congrue con le capacità acquisite.



# Accreditamento, qualità e rischio clinico. Modello sperimentale integrato applicato in Breast Unit

M. Carlucci, D. Lagreca, L.F. Carpagnano

**Parole chiave:** Accreditamento, Qualità, Organizzazione

## INTRODUZIONE

Accreditamento, Qualità, Miglioramento delle cure e Gestione e Prevenzione del Rischio Clinico. Tanti input, molte normative, infinite indicazioni, svariate declinazioni, un unico obiettivo e un efficace metodo di risultato.

L'obiettivo è il paziente con il percorso di cura clinico assistenziale sicuro, innovativo, multidisciplinare ed efficace. Ma qual è il Metodo per coniugare Accreditamento, Qualità, Miglioramento delle cure e Gestione e Prevenzione del Rischio Clinico? Il metodo è la Clinical Governance, con un diverso orientamento della struttura organizzativa delle Aziende sanitarie, una vision innovativa.

La mission ministeriale, regionale e anche internazionale è quella di rendere performante una struttura sanitaria, quale quella della Breast Unit, che rappresenta il nodo cruciale dell'assistenza clinica offerta a un target di popolazione in continua e rapida crescita, con un range di età molto ampio, che richiede non solo alta qualità professionale, ma anche innovazione, umanizzazione delle cure e supporto psico-emotivo.

La Breast Unit è l'espressione più complessa ma anche più virtuosa di assistenza sanitaria che, accreditata o certificata, inserita in una struttura pubblica o privata accreditata, del Nord o del Sud Italia, ha l'obbligo morale, deontologico e istituzionale di offrire prestazioni di alta qualità e governance della patologia sospetta o diagnosticata, ivi incluso il follow-up.

Analizzando lo scenario attuale Italiano e il quadro normativo di riferimento emerge una "corsa libera" delle Aziende Sanitarie verso il Miglioramento, con una notevole soggettività delle priorità e un marcato divario tra pessimo ed eccellente. Il raggiungimento del target è vincolato a una forte leadership orientata sul tema e a una robusta organizzazione sanitaria.

In assenza di una robusta organizzazione sanitaria, non è possibile avviare alcun percorso di accreditamento e certificazione in quanto i requisiti standard prestabiliti richiedono tutti necessariamente un prerequisito fondamentale che è il background organizzativo.

## CONTENUTI

Analizzando i requisiti previsti nell'Ambito dell'Accreditamento Istituzionale e la check list del prototipo EUSOMA, tenendo conto anche delle indicazioni ministeriali che in questi anni si sono susseguite, ciò che si rileva è l'assenza di requisiti e best practice in ambito organizzativo.

È fondamentale, al fine di rendere omogenei i percorsi di cura e anche i processi istituzionali di accreditamento, definire degli standard minimi organizzativi e delle best practice di Clinical Governance.

Lo studio declina un set di requisiti e di indicatori di monitoraggio, di processo e di esito, nell'ambito dell'organizzazione sanitaria che possono diventare substrato fertile per le Istituzioni e gli Organismi Accreditanti al fine di rendere omogenei i percorsi di cura e di presa in carico.

## CONCLUSIONI

Un progetto sperimentale che prevede la realizzazione di un Onco-Pocket-Smart Hospital è stato applicato sperimentalmente nell'istituzione della Breast Unit. È un modello organizzativo multidisciplinare e Smart, un esempio virtuoso di concreta applicazione della "Medicina del Valore". Sistema, Comunicazione e Organizzazione "Lean", Sicurezza per pazienti e operatori, appropriatezza, qualità, efficacia, efficienza, equità, trasparenza, multidisciplinarietà, sostenibilità economica e ottimizzazione dei processi in linea con il nuovo concetto di Accreditamento, Qualità e Rischio in Sanità. Questi gli elementi fondanti.

# Un modello organizzativo per le Malattie Rare: Rare Diseases Clinic Center – AOUI Verona

L.F. Carpagnano, S. Tardivo, G.E. Senna, M. Caminati, G. Piacentini, C.M. Bravi, M. Carlucci

**Parole chiave:** Malattie Rare, Organizzazione, Clinical Governance

## INTRODUZIONE

Una malattia si definisce “rara” quando la sua prevalenza, intesa come il numero di caso presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita.

In UE la soglia è fissata allo 0,05 per cento della popolazione, ossia 5 casi su 10.000 persone.

Il numero di malattie rare conosciute e diagnosticate oscilla tra le 7.000 e le 8.000, ma è una cifra che cresce con l'avanzare della scienza e, in particolare, con i progressi della ricerca genetica. La normativa in tema di Malattie rare è varia e rimanda a Politiche comunitarie che hanno posto le basi e alle quali l'Italia si è sempre adeguata.

Ma l'anno 2021 rappresenta una svolta epocale con una Legge tutta italiana, capofila sul tema delle Malattie Rare: Legge 10/11/2021 n. 175 “Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani”, “Testo Unico sulle Malattie Rare”, entrata in vigore il 12/12/2021.

La Regione Veneto è da sempre pionieristica sul tema e ha inserito le Malattie Rare tra i punti focali del PSSR Regionale 2019-2023.

## CONTENUTI

AOUI Verona, Centro Hub di riferimento per le malattie rare, sulla base delle attività clinico assistenziali svolte fin ora, nonché di ricerca e di formazione universitaria, ha implementato un nuovo modello organizzativo che consente di realizzare il “RARE-DISEASES CLINIC CENTER” con i seguenti obiettivi: Realizzare la presa in carico multidisciplinare; effettuare diagnosi precoce della patologia; fidelizzare il paziente che deve poter contare su un Centro di cura per la vita, essendo le malattie rare patologie croniche; garantire un approccio multidisciplinare alle cure e un modello organizzativo di Transitional Care; delineare un percorso di Umanizzazione nelle Cure, dedican-

do maggiore attenzione e supporto psicologico al paziente affetto da patologie croniche rare; offrire prestazioni a distanza attraverso modalità smart di Telemedicina; effettuare Consulenze per “second opinion” ad altri Centri di Cura; ottimizzare tutte le risorse che possono “a ponte” contribuire in modo efficace al percorso di cura con un'attenzione ad aspetti anche collaterali alla diagnosi e terapia ma rilevanti per l'esito clinico (psicologia clinica, nutrizione clinica, servizi di laboratorio, riabilitazione), creando una piattaforma integrata di servizi trasversale alle Unità Operative; curare gli aspetti di Comunicazione interna ed esterna e in particolare la Comunicazione Sanitaria tra professionisti, tra professionisti e paziente, caregivers, Azienda e associazioni di pazienti, utenti esterni; formare personale sanitario, puntando sulle nuove leve che possono trovare in AOUI Verona un Centro clinico e di ricerca innovativo.

## CONCLUSIONI

AOUI Verona con un modello organizzativo di Clinical Governance elabora la base di un Manuale di Accreditamento per i processi organizzativi, sperimentalmente applicato al tema Malattie Rare, con i seguenti elementi fondanti: Accreditamento e standard di eccellenza; Telemedicina, Comunicazione ed empowerment paziente, caregiver e associazioni, Presa in carico multidisciplinare, Second opinion, Ottimizzazione Risorse con condivisione di figure specialistiche innovative, Formazione professionale ultraspecialistica, Gestione delle Liste di Attesa e Percorso fast di consultazione.

È un modello organizzativo strategico: “from research to health management”, innovativo, che consente di rispondere ai bisogni di salute in campo di Malattie Rare.

# Proposta di procedura finalizzata all'approvazione telematica del trasferimento della salma durante il periodo di osservazione delle strutture afferenti agli ospedali dell'ULSS 2

Milana M.<sup>1</sup>, Carobolante B.<sup>1</sup>, Gasparotto U.<sup>2</sup>, Fusco M.<sup>3</sup>, Formentini S.<sup>4</sup>.

1) Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Ospedale Cà Foncello – Treviso – AULSS2; 2) Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, Ospedale di Oderzo – Oderzo – AULSS2; 3) Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, Ospedale Cà Foncello – Treviso – AULSS2; 4) Direttore Sanitario AULSS2

**Parole chiave:** Umanizzazione, Legge Regionale n.18/2010, Periodo di Osservazione

## INTRODUZIONE

La Legge 18/2010 della Regione Veneto norma le procedure da attuarsi in materia funeraria in conformità con quanto scritto nel DPR n. 285 del 1990. Nello specifico, ad esempio è previsto il trasferimento della salma all'interno del territorio della Regione Veneto, durante il periodo di osservazione (entro 24 ore dal decesso) in tutte le circostanze in cui i familiari del defunto o altri aventi diritto lo richiedono. L'articolo 4 della medesima legge assegna alle Aziende ULSS il compito di effettuare prescrizioni a tutela della salute pubblica, fungere da organo di vigilanza per gli aspetti igienico sanitari e di rilasciare pareri o nullastata previsti dalla normativa. Al fine di dare attuazione a quanto suddetto, in un ottica di umanizzazione e informatizzazione è stata creata una procedura che prevede l'approvazione telematica al trasferimento della salma in tutti i giorni della settimana inclusi i festivi.

## CONTENUTI

La procedura prevede la collaborazione tra diverse figure di professionisti sanitari e non, e si articola come segue: Il medico di UO/SO/Ambulatorio che constata il decesso del paziente compila simultaneamente la scheda di notifica di decesso, la denuncia di cause di morte e il modulo valutazione di trasferibilità della salma durante il periodo di osservazione.

Il coordinatore infermieristico prepara la salma e compila il modulo scheda di accompagnamento salma da consegnare all'operatore dell'obitorio con tutta la precedente documentazione redatta dal medico.

Il personale addetto all'obitorio riceve la salma e verifica la presenza di tutta la documentazione corretta. Se viene richiesto il trasferimento della salma viene consegnato in obitorio il modulo di richiesta trasferimento salma da parte dell'agenzia di onoranze funebri compilato dai familiari o aventi diritto, il

personale dell'obitorio scansiona tutta la documentazione in possesso (Notifica di decesso/Scheda ISTAT/modulo valutazione di trasferibilità della salma durante il periodo di osservazione/modulo di richiesta trasferimento salma) e invia tutti i documenti ad un indirizzo email specifico previa comunicazione telefonica alla segreteria di Direzione Medica Lun-Ven o tramite SUEM Sab-Dom al Medico di Direzione Medica reperibile in quel determinato giorno. Se non è richiesto il trasferimento della salma la documentazione viene consegnata al servizio di accettazione amministrativa per il normale iter. Il Medico di Direzione Medica solo se viene quindi richiesto il trasferimento viene avvisato telefonicamente come soprariportato e valutati i documenti redatti autorizza o meno il trasferimento tramite mail di risposta. Una volta trasferita la salma come esplicitato dalla normativa vigente spetta all'agenzia di onoranze funebri attivare il medico necroscopo territoriale al termine del periodo di osservazione.

## CONCLUSIONI

La presente procedura ci permette di governare in maniera telematica e standardizzata la moltitudine di richieste che giungono quotidianamente all'attenzione della Direzione Medica Ospedaliera da parte dei familiari o aventi diritto in tutti i giorni della settimana inclusi i festivi. Rappresenta un ottimo esempio di collaborazione interdisciplinare efficace fra Direzione Medica Ospedaliera, Unità Operative e Servizi di supporto. Permette inoltre di raggiungere, così come richiesto dalla Regione con nota circolare Prot. n. 142859 del 10/04/2017, il più importante degli obiettivi ossia quello di umanizzare un percorso e di dare seguito alle volontà del cittadino/persona che in momento di sofferenza si ritrova più o meno improvvisamente ad affrontare il decesso di una persona cara.

# Le infezioni nosocomiali: perché l'ospedale paga?

**Stellacci A.<sup>1</sup>, Melpignano L.<sup>2</sup>, Massari G.<sup>3</sup>, Abbasciano VMB.<sup>3</sup>, Dario R.<sup>2</sup>, Mele F.<sup>4</sup>, Angrisani C.<sup>4</sup>, Fontanelli S.<sup>1</sup>, Daleno A.<sup>4</sup>**

1 - Scuola di specializzazione in Medicina Legale, Università degli Studi di Bari Aldo Moro

2 - Direzione Medica di Presidio Giovanni XXIII, AOU Policlinico di Bari

3 - Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro

4 - Direzione Medica di Presidio delle Maxi-Emergenze, AOU Policlinico di Bari

**Parole chiave:** Nosocomial Infections, Damage Assessment, Health Malpractice, Risk Management

## INTRODUZIONE

Si definiscono infezioni ospedaliere o nosocomiali o infezioni correlate all'assistenza (ICA) le infezioni insorte durante il ricovero ospedaliero, non in incubazione al momento dell'ingresso del paziente in ospedale, che si manifestano dopo almeno 48 ore dal ricovero.

Si considerano come tali anche le infezioni insorte dopo la dimissione del paziente, ma causalmente riferibili al ricovero stesso. Esse sono la complicanza più frequente della permanenza in ambiente sanitario e possono verificarsi in qualsiasi ambito assistenziale. In Italia il 5-8% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione correlata all'assistenza.

## CONTENUTI

Abbiamo condotto uno studio di tipo retrospettivo con l'analisi nel dettaglio di 18 sentenze anche per gli aspetti riguardanti l'esito della decisione del Giudice. Abbiamo esaminato nel dettaglio diciotto sentenze emesse da diversi Tribunali italiani dal 2020 al 2021 e relative a casi di presunta malpractice sanitaria in ambito di infezioni contratte in ambiente ospedaliero.

In quindici casi (83,3%) le infezioni lamentate erano correlate, nella nostra casistica, ad interventi chirurgici. Le sentenze esaminate esitavano in un accoglimento della domanda dell'attore/ricorrente nell'83,3% dei casi e nel rigetto della domanda nel 17,7% (FIG. 1). Nel 73,3% delle quindici sentenze che accoglievano la richiesta di risarcimento la motivazione addotta era la mancanza o il mancato rispetto di protocolli atti ad evitare le infezioni nosocomiali. Nel 13,3% la motivazione dell'accoglimento era duplice (FIG. 2).

## CONCLUSIONI

Emerge con chiarezza che il principale motivo per cui le Aziende Sanitarie sono condannate è la totale mancanza o il non rispetto di protocolli volti alla prevenzione delle ICA.

In Italia i principi giuridici che regolano la responsabilità civile degli operatori sanitari e della struttura sanitaria si ricollegano al "contratto di ospedalità". In caso di inadempimento si applicano le disposizioni dell'art. 1218 "responsabilità del debitore" e dell'art. 1228 "responsabilità per fatto degli ausiliari" del C. C.

Esiste inoltre il dovere di indicare le regole di prevenzione delle infezioni nosocomiali, di verifica e di vigilanza del rispetto di questi protocolli e di verifica dell'adeguatezza del processo di sorveglianza le raccomandazioni formulate dal Sistema Nazionale Linea Guida: è opportuno che le Direzioni di Presidio provvedano alla stesura di procedure e protocolli e verificano l'applicazione degli stessi per ridurre i risarcimenti.

# La gestione dei posti letto durante la pandemia di Covid-19 nell'ospedale Santo Stefano di Prato

Melani S.<sup>1</sup>; Chiesi F.<sup>2</sup>; Giorgi C.<sup>2</sup>; Mannocci F.<sup>2</sup>; Mondanelli D.<sup>2</sup>; Rettori M.<sup>2</sup>; Sindoni A.<sup>2</sup>

*1 Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero Santo Stefano, Azienda USL Toscana Centro*

*2 Direzione Medica Presidio Ospedaliero Santo Stefano, Azienda USL Toscana Centro*

**Parole chiave:** Covid-19; posti letto; bed management

## INTRODUZIONE

L'ospedale Santo Stefano di Prato, sede di DEA di Primo Livello, opera all'interno dell'Azienda USL Toscana Centro e copre un'area di circa 350 Km<sup>2</sup> con circa 250.000 abitanti. L'ospedale dispone di circa 600 posti letto, di cui 346 dedicati alla degenza ordinaria (228 d'area medica e 118 d'area chirurgica), 34 alla degenza intensiva e 50 alla degenza della medicina d'urgenza (40 d'OBI e 10 d'HDU), per un totale di 430 posti letto interessati nella rimodulazione dovuta alla pandemia di Covid-19. L'obiettivo di questo lavoro è quello di descrivere la riorganizzazione di parte dei posti letto disponibili all'interno dell'ospedale Santo Stefano durante il picco delle prime tre ondate di pandemia Covid-19 (31/03/2020, 25/11/2020, 08/04/2021).

## CONTENUTI

I posti letto di degenza ordinaria dedicati a Covid-19 mostrano un trend progressivo in aumento nelle tre ondate passando dai 135 della prima ai 148 della seconda fino ai 176 della terza. A questo si associa una riduzione dei posti letto dedicati alla degenza ordinaria in area medica del 23% nella prima ondata (176 posti letto disponibili) e di circa il 30% nella seconda e terza ondata (156 e 161 rispettivamente).

I posti letto di area chirurgica sono stati ridotti dell'83% nella prima ondata (20), del 66% nella seconda (40) e del 58% nella terza (50). I posti letto di degenza intensiva sono incrementati nella prima ondata a 46 (aumento del 35%), di cui 40 dedicati a Covid-19, e nella seconda ondata a 52 (53%), di cui 32 dedicati a Covid-19, per infine stabilizzarsi a 43 (26%) nella terza ondata, di cui 20 dedicati a Covid-19.

I posti letto di degenza della medicina d'urgenza si sono ridotti a 20 nella prima ondata (dedicati

esclusivamente all'OBI) e azzerati nella seconda e terza ondata. Complessivamente, nella prima e seconda ondata l'utilizzo dei posti letto disponibili si è ridotto di circa il 10% (397 e 396 rispettivamente sui 430 disponibili), mentre nella terza ondata è stato garantito l'utilizzo al 100%. All'analisi statistica la rimodulazione dei posti letto è risultata significativa ( $p < 0,001$ ).

## CONCLUSIONI

I posti letto disponibili di degenza ordinaria in area chirurgica durante la prima ondata hanno subito una netta riduzione, mentre nella seconda e terza ondata, nonostante l'incremento dei posti letto di degenza ordinaria dedicati a Covid-19, mostrano un trend in aumento, al fine di garantire al presidio un'adeguata attività chirurgica.

L'aumento dei posti letto di degenza intensiva è stato inizialmente possibile grazie all'apertura di posti letto nelle sale chirurgiche e nella recovery room del blocco operatorio, mentre successivamente è stato garantito da interventi strutturali sull'ospedale e dal potenziamento del livello di assistenza 2A nell'area di degenza ordinaria.

I posti letto dedicati all'HDU, interni al Pronto Soccorso, sono stati fin da subito chiusi per garantire a quest'ultimo nuovi spazi dedicati alla gestione dei pazienti Covid positivi. I posti letto dedicati all'OBI sono stati progressivamente ridotti sia per recuperare personale sia per garantirne la trasformazione in posti letto di degenza ordinaria dedicati a Covid-19. Infine, nella terza ondata è stato possibile garantire l'utilizzo della quasi totalità di posti letto disponibili grazie alla minor complessità dei pazienti Covid positivi ricoverati. La significatività statistica della rimodulazione dei posti letto supporta la consistenza dell'intervento nell'ambito del bed management ospedaliero.

# Analisi di fattibilità: estensione dei livelli di assistenza della TIN (Ospedale di Camposampiero)

Lattavo G.<sup>1</sup>, Anello P.<sup>2</sup>, Cabbia C.<sup>2</sup>, Vecchiato L.<sup>3</sup>, Marchiori M.<sup>4</sup>

*1 Medico in formazione specialistica in igiene e medicina preventiva, Università di Padova; 2 Dirigente medico Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Camposampiero; 3 Direttore UOC Pediatria del Presidio Ospedaliero di Camposampiero; 4 Direttore Medico del Presidio Ospedaliero di Camposampiero*

**Parole chiave:** percorso nascita, analisi di fattibilità, terapia intensiva neonatale

## INTRODUZIONE

La Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dell'Ospedale di Camposampiero (OC), per motivi organizzativi correlati anche a rapido e imprevisto turnover di personale, era passata nel 2018 da un'assistenza a età di accoglimento  $\leq 32$  settimane gestazionali (SG), a  $\geq 32$  SG e peso alla nascita  $\geq 1500$  g. A seguito della richiesta di ripristinare le precedenti condizioni, con accoglimento di prematuri di  $\geq 30$  SG e peso alla nascita  $\geq 1250$  g, la Direzione Medica (DM) ha condotto un'analisi di fattibilità. Obiettivo del presente lavoro è la presentazione del metodo adottato per la valutazione.

## CONTENUTI

E' stata effettuata un'analisi di contesto sui volumi e mobilità attiva e passiva dei parti (DRG 385-391) e da patologia e TIN (ricoveri cod. 73 e cod. 62) negli anni 2018-2021 (Fonte dati: flusso SDO). Per il 2021 è stato analizzato il flusso sui Certificati di Assistenza al Parto (CEDAP) relativo alla distribuzione dei parti e dei nati per SG e peso alla nascita, e i trasferimenti per cure intensive neonatali. L'UOC di Pediatria ha inoltre condotto un'analisi retrospettiva dei back-transfer dalla struttura hub di riferimento, per quantificare i ricoveri recuperabili (fonte: cartelle cliniche di ricovero). Trattandosi di una posizione intermedia tra centro di I e II livello, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 2010, la DM

	Anno				Totale
	2018	2019	2020	2021	
Numero di parti	1329	1093	1186	1310	4918
Ricoveri cod 73-62	81	50	168	174	473

Tabella 1. Trend annuale del numero di parti e ricoveri in TIN/Patologia neonatale nel quadriennio 2018-2021 (cod. 73: dimissioni da Terapia Intensiva neonatale; cod. 62: dimissioni da Patologia Neonatale)

ha elaborato una check-list con i requisiti previsti per entrambi i livelli, compilata di concerto con il Direttore e Coordinatore della UOC di Pediatria, allo scopo di ottenere un'istantanea dei requisiti presenti. Un'ulteriore valutazione ha riguardato il livello di umanizzazione del reparto e la configurazione del centro all'interno della rete STEN.

## CONCLUSIONI

In Tab. 1 è riportato l'andamento annuale del numero di parti e di ricoveri in TIN/patologia neonatale nel periodo 2018-2021. Sulla base dell'analisi dei dati di mobilità, si ritiene che la modifica dei criteri di accesso alla TIN, così come definiti ante 2018, comporterebbe un aumento di attrattività del punto nascita e una riduzione del ricorso dei residenti del distretto di afferenza e di tutta l'Azienda ad altri centri con punto nascita dotati di TIN/Patologia neonatale. La compilazione della check list ha inoltre evidenziato come la TIN del OC raggiunga la totalità dei requisiti di una TIN di I livello, come atteso, e buona parte dei requisiti previsti per un II livello (Tab. 2), ritenuti sufficienti a garantire il ripristino dei criteri già in essere prima della riorganizzazione.

Categoria di standard	Neonatalogie I livello			Neonatalogie II livello		
	Raggiunto	Raggiungibile	Non raggiunto	Raggiunto	Raggiungibile	Non raggiunto
Standard operativi	10			12	2	2
Funzioni collegate ai livelli assistenziali	12			10	1	1
Standard di sicurezza	10			10		1
Standard tecnologici	4			4	1	
Totale	36			36	4	4

Tabella 2. Requisiti previsti dall'Accordo Stato Regioni del 2010 per categoria di standard, e numero requisiti raggiunti, raggiungibili e non raggiunti dalla Neonatologia di Camposampiero

# Conversione di una ex struttura industriale in setting COVID: esperienza del Nuovo Ospedale di Prato

Sindoni A.<sup>1</sup>; Chiesi F.<sup>1</sup>; Giorgi C.<sup>1</sup>; Mannocci F.<sup>1</sup>; Mondanelli D.<sup>1</sup>; Rettori M.<sup>1</sup>; Melani S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Santo Stefano - Prato, Azienda USL Toscana Centro

<sup>2</sup> Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero Santo Stefano - Prato, Azienda USL Toscana Centro

**Parole chiave:** COVID-19; Direzione Sanitaria, low care

## INTRODUZIONE

L'emergenza COVID-19 ha avuto un forte impatto sul Servizio Sanitario Nazionale. Le strutture ospedaliere hanno cercato di ottimizzare il numero e la gestione dei posti letto da destinare ai pazienti affetti da COVID-19, per fronteggiare le ondate della pandemia. Nel mese di dicembre 2020 è stato inaugurato a Prato il Centro Pegaso, struttura di emergenza dedicata alle degenze COVID-19 allestito nel Centro Creaf, una ex fabbrica diventata polo tecnologico di proprietà della Regione, convertita in struttura sanitaria per aumentare la disponibilità di posti letto per i pazienti contagiati e supportare l'Ospedale Santo Stefano di Prato, gravato da numerosi accessi da Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) che necessitavano di ricovero. Lo scopo di questo studio è quello di presentare questa singolare esperienza, cercando di dimostrare come le indicazioni organizzative e gestionali della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero "Santo Stefano" di Prato siano state determinanti nel contesto della pandemia.

## CONTENUTI

Sono stati valutati in maniera retrospettiva i dati dei pazienti affetti da COVID-19 che hanno avuto accesso al DEA di Prato e che sono stati destinati al ricovero nel periodo Dicembre 2020-Giugno 2021 (n=1594), durante il quale il Centro Pegaso ha ricoperto il ruolo di low care con 60 posti letto per i pazienti affetti da COVID-19. I pazienti sono stati divisi in due gruppi: gruppo A, costituito da coloro che sono stati ricoverati e dimessi dal Presidio Ospedaliero Santo Stefano; gruppo B, coloro che sono stati ricoverati e dimessi dal Centro Pegaso. La destinazione dei pazienti è stata gestita secondo le indicazioni date dalla Direzione Sanitaria. E' stata effettuata un'analisi descrittiva ed univariata

dei dati. L'analisi statistica è stata effettuata con Software STATA 13. Valori di  $P < 0.05$  sono stati considerati significativi.

Il gruppo A è composto da 576 M e 538 F, mentre il gruppo B da 307 M e 173 F ( $\chi^2 = 20.38$ ;  $P < 0.001$ ). L'età media è risultata significativamente superiore nel gruppo A ( $71.44 \pm 15.86$  anni) rispetto al gruppo B ( $57.94 \pm 14.75$  anni) ( $P < 0.001$ ). La degenza media è stata di  $12.58 \pm 11.59$  giorni nel gruppo A e di  $16.27 \pm 9.79$  giorni nel gruppo B ( $P < 0.001$ ).

Questi dati dimostrano che l'impiego del setting di low care Pegaso è stato adeguato e ha permesso di gestire i ricoveri COVID-19 a maggior durata, permettendo di risparmiare giornate di degenza nell'Ospedale Santo Stefano, che sono state dedicate a posti letto e ricoveri COVID-19 o di altre patologie ad elevato impatto sulla popolazione. A ulteriore conferma del successo, nel Centro Pegaso non sono stati registrati decessi da COVID-19 nel periodo considerato.

## CONCLUSIONI

Questo studio dimostra quanto siano determinanti in un periodo emergenziale le scelte della Direzione Sanitaria relative a temi di Sanità Pubblica. Il Centro Pegaso ha permesso di garantire continuità di assistenza e risparmio di giornate di degenza nel Presidio Ospedaliero Santo Stefano di Prato. Il nostro studio ha anche dimostrato quanto sia importante in un momento emergenziale, con alto flusso di pazienti in DEA, avere una struttura esterna di low care. La strategia della Direzione Sanitaria è stata quella di governare e garantire, durante i periodi di contagi elevati, il trasferimento di pazienti da DEA a low care, riservando il ricovero in Presidio Ospedaliero a coloro in gravi condizioni da COVID-19 o affetti da altre patologie no-COVID ad elevato impatto sulla popolazione.

# Indagine regionale sulle Direzioni Mediche di Presidio nella Regione Lombardia

**Pezetti F.<sup>1</sup>, Masetti S.<sup>2</sup>, Rossi G.<sup>3</sup>, Canino R.<sup>4</sup>, Bracchi G.<sup>5</sup>, Bianchi F.<sup>6</sup>, Botto R.<sup>6</sup>, Corrao G.<sup>7</sup>**

*1Dirigente Responsabile f.f. Direzione medica di Presidio Ospedale di Cremona, 2Specializzanda Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Brescia, 3Direttore Generale ASST Cremona, 4Direttore Sanitario ASST Cremona, 5Direttore Amministrativo ASST Cremona, 6Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio Ospedale di Cremona, 7Professore Ordinario di Statistica Medica c/o Università degli Studi di Milano Bicocca; Direttore Centro Healthcare Research & Pharmacoepidemiology*

**Parole chiave:** Direzione Medica di Presidio, Gestione Operativa, Management Sanitario

## INTRODUZIONE

Numerose e rilevanti sono state le norme che nel corso degli ultimi anni hanno contribuito a modificare le funzioni, i compiti e le responsabilità del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, tuttavia ad oggi emerge l'esigenza di rivedere questo ruolo per adeguarlo al panorama sanitario attuale, anche alla luce dell'istituzione di nuove strutture all'interno delle aziende Ospedaliere, note come Gestioni Operative (GO).

## CONTENUTI

La ricerca si svolge attraverso la collaborazione tra l'Università Milano Bicocca e ASST di Cremona. Prevede la somministrazione, attraverso la piattaforma Moduli Google, di un questionario semi-strutturato di 19 domande riguardanti struttura, formazione del personale, funzioni e criticità della Direzione Medica di Presidio (DMP) e dell'eventuale GO presente. Il questionario è stato inviato a 27 ASST, 3 IRCCS e 7 gruppi ospedalieri privati accreditati della Regione Lombardia.

A distanza di un mese dall'invio dei questionari il tasso di risposta è stato del 48%: 16 delle 27 ASST, 1 dei gruppi ospedalieri privati accreditati, 1 degli IRCCS.

Riguardo le principali attività è emerso che trasporti, edilizia, gestione della documentazione sanitaria, codifica delle SDO, igiene e logistica, rapporti con l'autorità giudiziaria e organizzazione della produzione sono le funzioni che più impegnano il Direttore Medico. Il dato più rilevante inerente la struttura del personale è il numero di medici di cui è composta la DMP: in media in ogni struttura lavorano 2.2 medici, prevale la Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, seguita da Malattie Infettive e Anestesia

e Rianimazione. Il 74% delle DMP effettua turni in pronta disponibilità e i motivi di chiamata più frequenti risultano essere la gestione dei posti letto e questioni medico-legali. Il 61% ritiene utile mantenere la pronta disponibilità, scelta motivata nella maggior parte dei casi dalla possibilità che quest'ultima possa permettere di dirimere decisioni rilevanti. Le criticità più importanti risultano essere sovraccarico e la gestione caotica del lavoro. Su una scala da 1 a 5, dove 1 rappresenta una assoluta insoddisfazione e 4 molta soddisfazione, il 47% si reputa soddisfatto (4/5) mentre il 47,8% ha espresso valutazioni comprese tra 1 e 3. Inoltre il futuro della DMP, per gli intervistati, sarà maggiormente incentrato su un ruolo gestionale e manageriale della struttura ospedaliera, piuttosto che a funzioni prettamente igienistiche. Nel 54% delle strutture esiste la Gestione Operativa, composta da Ingegneri Gestionali, Medici, Infermieri e Amministrativi. I principali ruoli sono organizzazione delle sale operatorie e della produzione ambulatoriale. Emerge la carenza nella formazione del personale nella capacità di gestire i dati, nell'analisi dei processi e nella realizzazione di cruscotti di indicatori.

## CONCLUSIONI

La raccolta dati è ancora in corso. Gli elementi a disposizione evidenziano la richiesta di riorganizzazione, cambiamento del ruolo delle DMP anche attraverso lo sviluppo di modelli multidirezionali, la volontà di mantenere l'identità strategica della professione e non solo quella tecnica. Emerge inoltre la necessità di rivedere i percorsi formativi e differenziarli, ripensando alle skills degli operatori coinvolti e quindi l'esigenza formulare ipotesi di proposte per lo sviluppo di futuri modelli.



# Analisi quantitativa dell'impatto di un blocco informatico in un presidio ospedaliero del Veneto

Paola Anello<sup>1</sup>, Chiara Cabbia<sup>1</sup>, Milvia Marchiori<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dirigente medico Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Camposampiero, Azienda ULSS 6 Euganea

<sup>2</sup> Direttore Medico del Presidio Ospedaliero di Camposampiero, Azienda ULSS 6 Euganea

**Parole chiave:** percorso nascita, analisi di fattibilità, terapia intensiva neonatale

## INTRODUZIONE

La digitalizzazione in sanità presenta innumerevoli vantaggi ma, allo stesso tempo, espone agli effetti di eventuali interruzioni della rete o di compromissioni del sistema informatico. L'ospedale è particolarmente vulnerabile: un ritardo o un arresto dello stesso può avere ricadute rilevanti sulle attività sanitarie assistenziali, oltre che sulla sicurezza del paziente. Risulta perciò fondamentale analizzare l'impatto di qualsiasi evento che comprometta in modo parziale o totale la sicurezza informatica, e la possibilità di fruire della rete, per migliorare la resilienza digitale. Obiettivo dello studio è un'analisi quantitativa dell'impatto di un blocco informatico sulle prestazioni erogate da un ospedale spoke.

## CONTENUTI

L'analisi ha riguardato il numero di prestazioni erogate nelle 4 settimane prima e nelle 3 settimane successive al giorno di inizio dell'evento critico che ha determinato il blocco informatico, nei seguenti ambiti:

- Ricoveri (flusso SDO): mediana di ricoveri giornalieri totali, urgenti e programmati
- Accessi in Pronto Soccorso (flusso EMUR): mediana di accessi in PS totale e suddivisi per gravità maggiore (codice di accesso rosso, arancio e giallo o codici RAG) e minore (codice di accesso verde e bianco o codici VB)

Prestazione sanitaria	Prima		Durante		p
	mediana	IQR	mediana	IQR	
Ricoveri					
totali	42.5	27.5 - 47.5	29	22 - 40	0.080
urgenti	18.5	13.5 - 21	21	18 - 23	0.130
programmati	22.5	4 - 27.5	9	2 - 16	0.016
Accessi in PS					
totali	104.5	93 - 107	81	70 - 89	<0.001
codici RAG	23.5	19.5 - 27	24	22 - 29	0.236
codici VB	78	75 - 82	55	45 - 57	<0.001
Specialistica ambulatoriale	1141	149.5 - 1240.5	644	59 - 837	0.004
Interventi chirurgici	25	6 - 28	9	3 - 10	0.004

Tabella 1. mediana giornaliera e range interquartile per tipologia di prestazione sanitaria prima e durante il blocco informatico

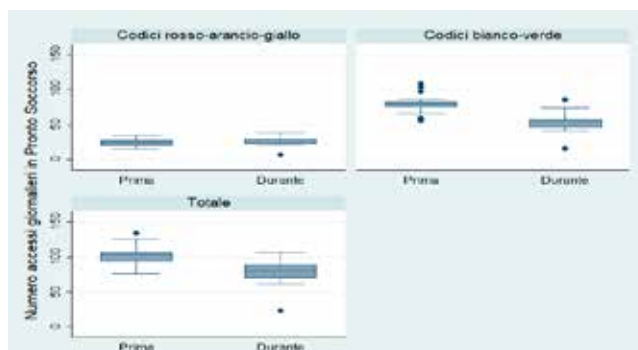


Figura 1. boxplot della mediana giornaliera degli accessi in pronto soccorso, suddivisi per gravità (codice colore rosso-arancio-giallo vs verde-bianco) e totali

- Specialistica ambulatoriale (flusso SPS): mediana di prestazioni giornaliere erogate
- Interventi chirurgici (registro operatorio): mediana del numero di interventi chirurgici giornalieri

La differenza tra mediane prima e durante l'attacco è stata verificata con il test di Wilcoxon-Mann-Whitney.

## CONCLUSIONI

I risultati sono riportati in tabella 1. Nelle settimane successive al blocco informatico si è osservata una riduzione complessiva della mediana di ricoveri giornalieri, che ha interessato i ricoveri programmati ( $p=0,016$ ). Per quanto riguarda gli accessi in PS, si è osservata una riduzione complessiva (v. figura 1), dovuta alla riduzione degli accessi per codici di gravità minore ( $p<0,001$ ). Rilevante è anche il calo del numero di prestazioni erogate di specialistica ambulatoriale e di interventi chirurgici ( $p=0,004$ ). I dati dimostrano che le azioni intraprese hanno consentito di fare fronte alle attività urgenti, e che il blocco informatico ha avuto ripercussioni sulle prestazioni differibili e sull'attività programmata, in particolar modo quella chirurgica, particolarmente vulnerabile in quanto legata all'area tecnologicamente più avanzata dell'ospedale.

# Spazi pubblici e igiene delle mani: il valore delle buone abitudini

## Riassunto

Uno studio Dyson giunto alla sua seconda edizione rivela che l'Italia è tra i Paesi con il maggior numero di persone che si lavano le mani con acqua e sapone 5 o più volte al giorno. Ma la frequenza sta calando ed è sempre alta la preoccupazione per i bagni pubblici. Lavaggio e (soprattutto) asciugatura restano centrali per la salubrità dell'ambiente toilette e per la nostra sicurezza: a dirlo è una ricerca più specialistica commissionata a uno studio indipendente.

La centralità di una corretta igiene delle mani è fondamentale per prevenire patologie trasmesse da agenti capaci di proliferare non appena si abbassi il livello di guardia. La tematica dell'igiene negli spazi condivisi, ovviamente, è diventata ancor più stringente con l'avvento di una pandemia che ha trasformato in maniera permanente (o almeno, così si spera...) le abitudini della popolazione mondiale. E che non è ancora passata.

## LA PELLE DELLE MANI, RICETTACOLO DI MICRORGANISMI

Sappiamo perfettamente che la pelle umana, in particolare le mani, ospita microrganismi residenti e transitori, che possono includere batteri, virus e funghi anche patogeni. Un efficace lavaggio (e una corretta asciugatura) delle mani può aiutare a rimuoverli o a ridurre la proliferazione, svolgendo così un ruolo importante nella prevenzione della trasmissione delle malattie. Ora, è evidente che tutto ciò con il Covid abbia assunto un'importanza ancor maggiore agli occhi dell'opinione pubblica mondiale.

## LO "STUDIO GLOBALE SULL'IGIENE" DYSON

Gli studi in materia, non è nemmeno il caso di dirlo, sono moltissimi, e provengono dalle fonti più disparate, soprattutto università, centri di ricerca, enti terzi, pool accademici e aziende in prima linea a difesa dell'igiene e della sicurezza degli ambienti. A quest'ultimo filone appartiene una recente indagine Dyson, giunta alla sua seconda edizione, che traccia una panoramica sullo stato dell'arte dell'igiene delle mani nel mondo.

## IL CAMPIONE: 20 PAESI, 15MILA INTERVISTE

Lo "Studio Globale sull'Igiene" si basa su dati recentissimi: è stato infatti condotto in pieno Covid, nel luglio 2021, su un campione di 15mila intervistati in 20 Paesi, tra cui l'Italia. L'aspetto più interessante è quello che concerne l'evoluzione delle abitudini igieniche della popolazione in questi mesi particolari. I dati ondeggiavano tra luci e ombre: l'indagine, infatti, rivela che se nel 2020 era l'84% degli intervistati a lavarsi le mani con sapone e acqua 5 o più volte al giorno, nel 2021 questa percentuale è crollata al 74%. Forse il dato va interpretato con una sorta di "effetto rimbalzo": con il procedere della crisi sanitaria, in effetti, molte buone abitudini sono purtroppo andate a perdersi, e ciò è indice di un allentamento dell'attenzione che andrebbe evitato.

## IN ITALIA PERCENTUALI ANCORA ALTE: SIAMO IN "TOP FIVE". MA...

Confortante è che il nostro Paese viaggi, almeno in parte, in controtendenza: in Italia è ancora l'84% a mantenere l'abitudine di un lavaggio frequente, un riscontro che colloca il Belpaese nella "top five" virtuosa. Bisogna dire però che anche da noi la percentuale si è ridotta: nel 2020 erano l'89%. Molto meglio, comunque, di quasi tutti gli altri, specie del "fanalino di coda" Giappone, dove appena il 50% si lava le mani con regolare frequenza.

## RESTA ALTA LA PREOCCUPAZIONE NEI BAGNI PUBBLICI

Altro importante dato rivelato dal sondaggio è quello relativo all'utilizzo dei bagni pubblici, un luogo che genera preoccupazione: restando in Italia, nel luglio 2021 è ben il 75% degli italiani a dirsi ancora più preoccupato di usufruirne rispetto all'anno precedente (forse per l'allentamento delle misure o i limiti orari). A registrare i livelli più alti a livello globale sono Messico, Taiwan e Turchia, con l'80% degli intervistati che hanno affermato di essere più preoccupati nel 2021 rispetto all'anno precedente.

## L'ASCIUGATURA DELLE MANI: I RISULTATI DI UNO STUDIO

Ma restiamo in tema di bagni pubblici, perché lo studio “globale” non è l'unica novità in tema di recenti ricerche commissionate in casa Dyson. A tale proposito, l'azienda ha scelto di concentrarsi sull'asciugatura delle mani, un'operazione che troppo spesso viene trascurata, ma che è importante almeno quanto il lavaggio in fatto di mantenimento delle condizioni igieniche e sanitarie ottimali: è stato infatti dimostrato che le mani bagnate possono trasferire i microrganismi sulle superfici o contaminarsi più facilmente. A questo proposito, l'azienda ha commissionato al laboratorio indipendente Airmid Healthgroup Ltd una ricerca mirata a studiare i diversi metodi di asciugatura delle mani.

### GLI OBIETTIVI

Lo studio, dal titolo “Aerosols and bacteria from hand washing and drying”, ha superato il processo di peer review e ha ottenuto la pubblicazione sulla rivista scientifica *Frontiers in Public Health*. L'obiettivo era indagare sperimentalmente il contributo complessivo del lavaggio e dell'asciugatura delle mani con essiccatori a getto di aria o asciugamani di carta alla concentrazione e alla distribuzione di piccoli aerosol generati dal processo di lavaggio e asciugatura. Gli esperimenti sono stati eseguiti in un ambiente controllato per consentire i vari raffronti.

### IL METODO

In particolare, le concentrazioni di aerosol e batteri sono state misurate nell'aria interna mentre alcuni volontari si sono sciacquati le mani con acqua o se le sono lavate con acqua e sapone prima di asciugarle con salviette di carta o essiccatori a getto d'aria. Ebbene, ne è emerso che l'aumento di aerosol e batteri nell'aria dopo l'asciugatura delle mani con asciugatori a getto d'aria o asciugamani di carta sono comparabili e non statisticamente differenti dalle concentrazioni associate al camminare e al lavarsi le mani nello stesso ambiente.

### LE CONCLUSIONI

Insomma, entrambi i metodi di asciugatura delle mani hanno un impatto relativamente piccolo sulle concentrazioni di aerosol e batteri nell'aria interna rispetto ad altre attività comuni. In questo scenario gli asciugamani a getto possono dunque contribuire a creare un bagno più igienico e “no touch”. Ma soprattutto ciò



che emerge in tutta evidenza è l'importanza dell'asciugatura, che chiude il processo di lavaggio delle mani rendendone i risultati più efficaci, e ne rappresenta un passaggio fondamentale e imprescindibile.

### C'È ANCORA BISOGNO DI SENSIBILIZZAZIONE

Dati che destano l'attenzione di **Salome Giau**, microbiologo senior di Dyson, che a margine ha commentato: “Questi risultati evidenziano la necessità di ulteriore sensibilizzazione sull'igiene delle mani. Sappiamo che le mani umide possono trasferire fino a 1.000 volte più batteri delle mani asciutte, mentre strofinare le mani sui vestiti può compromettere il processo di lavaggio”. Per cercare una ricetta torniamo allo studio globale, perché molti spunti possono arrivare proprio dalle risposte degli utilizzatori. Su questo versante lo studio ha dimostrato che la consapevolezza è alta, ma serve ancora educazione all'igiene: nonostante l'aumento di campagne di sensibilizzazione durante la pandemia, appena il 27% degli italiani dichiara di asciugarsi le mani per motivi igienici. Un numero inferiore rispetto al 2020, quando era il 39% a farlo con in mente l'igiene.

### AUMENTA LA PREOCCUPAZIONE PER I “MONOUSO”

Cresce intanto la preoccupazione per i “monouso”: una delle domande rivolte agli intervistati ha indagato quanto fossero preoccupati dall'impatto dei prodotti monouso sull'ambiente, come mascherine, guanti, bicchieri usa e getta e asciugamani di carta; ben 4 su 5 italiani (e 3 su 4 a livello globale) hanno espresso la propria preoccupazione per l'impatto ambientale associato, il che dimostra un ulteriore interesse per soluzioni più sostenibili come bicchieri riutilizzabili, mascherine lavabili e asciugamani elettrici.

Un trend certo da non sottovalutare, perché in continuo incremento ormai da anni.

# MANICA FA PIAZZA PULITA CON LA FORZA DEGLI IONI DI RAME

È arrivata una nuova generazione di detergenti igienizzanti per il professional cleaning. Sono disinfettanti, biocidi, battericidi, virucidi e sono pure pratici da utilizzare. Pensate possa bastare? Certo che sì.

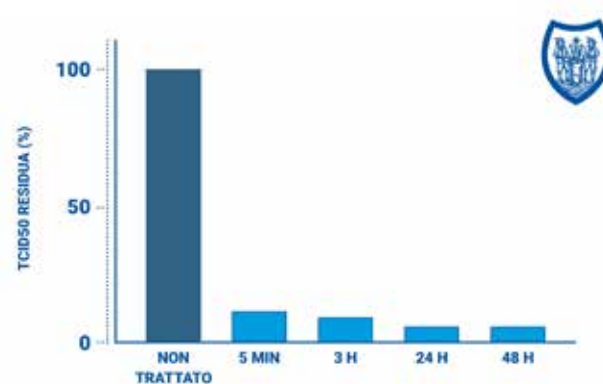
La barriera attiva, prodotta dagli ioni di rame, ancorata alle superfici per più di 48 ore, è la risposta più concreta ed efficace alla crescente richiesta di prodotti sicuri e performanti per i professionisti dell'igiene e della pulizia. La capacità biocida dello ione rame è conosciuta fin dai tempi antichi, e da secoli il rame è utilizzato come disinfettante ad azione profonda e sicura. Manica Spa, sta perseguendo una costante politica di innovazione, e ha creato una linea di prodotti professionali detergenti e sanificanti per ambienti particolarmente esposti e ad alta densità di presenza fisica quali scuole, ospedali, edifici pubblici, attività produttive. Una tematica particolarmente sentita ai giorni nostri, alla quale le capacità e il know-how aziendale unite alle peculiarità uniche del prodotto base, hanno saputo fornire una risposta semplice ed efficace che non ha eguali nel mercato.

## Come funziona l'azione degli ioni rame?

Gli ioni rame  $Cu^{++}$ , possono generare azioni di contrasto a molecole potenzialmente biogene come, ad esempio, gli amminoacidi compiendo verso queste sostanze azioni denaturanti. Nell'ambiente trattato creano condizioni sfavorevoli alla proliferazione di organismi patogeni mantenendo a lungo un basso livello di contaminazione da microbi sulle superfici. È come se si generasse, in forma aumentata, l'azione auto-sterilizzante del rame metallico, utilizzato in ambiente ospedaliero proprio per questa sua caratteristica.

## Quanto dura l'azione del rame sulle superfici?

Da una ricerca effettuata dal CIBIO (Cellular, Computational and Integrative Biology Department dell'Università di Trento) sull'attività dei prodotti sanificanti a base di solfato di rame Manica arrivano i primi risultati: effetto duraturo e persistente. La superficie trattata con il prodotto, infatti, è stata contaminata con soluzione contenente il virus fino a 48 ore dall'applicazione del prodotto e come mostrato nel grafico che segue, il virus



UNIVERSITÀ DI TRENTO  
Dipartimento di Biologia Cellulare, Computazionale e Integrata - CIBIO

Risultati delle prove CIBIO

viene eliminato. Una barriera protettiva sempre attiva, anche a 48 ore dall'impiego, impedisce con continuità la proliferazione del virus SARS-CoV-2. Il virus non prolifera sulla superficie e viene subito neutralizzato non appena vi si deposita.

Manica continua la collaborazione con il prestigioso Istituto di ricerca per verificare l'efficacia dei suoi prodotti detergenti contro S. Aureus, E. Coli e P. Aeruginosa. I risultati ottenuti confermano la lunga persistenza del prodotto che genera uno strato protettivo sul quale i patogeni non riescono ad attecchire e dunque proliferare. I risultati saranno disponibili sul sito manica.com e sui canali social.

Il Sale di Rame prodotto da Manica è autorizzato come principio attivo Biocida presso l'ECHA (European Chemical Agency) secondo il regolamento BPR 528/2012 quale prodotto PT2 costituente di Prodotti usati per la disinfezione di superfici, materiali, attrezzature e mobili non utilizzati in contatto diretto con alimenti destinati al consumo umano o animale.

Manica Spa è un'azienda storica italiana, fondata nel 1948 e giunta alla terza generazione, leader nella produzione di solfato di rame per l'industria e la zootecnia e di agrofarmaci a base rameica, con una presenza in oltre 50 paesi nel mondo. Da sempre si impegna nella salvaguardia della natura, rispettandone i tempi e le risorse, rafforzando al contempo la produttività secondo il decalogo della chimica verde.

[www.manica.com](http://www.manica.com)

VISITA IL SITO



www.anmndo.org

**ANMDO**  
Associazione Nazionale dei Medici  
delle Direzioni Ospedaliere

ASSOCIAZIONE - COME ISCRIVERSI - INFORMAZIONI - PUBBLICAZIONI - CONTATTI - COVID-19

**IN EVIDENZA**

**ISCRIVITI**  
all'Associazione ANMDO

**COMUNICAZIONI**  
CIMO FESMED

**L'OSPEDALE**  
DOSPEDIALE  
L'ospedale 2-22  
Periodico Trimestrale dell'ANMDO  
VAI ALL'ARCHIVIO

**ANMDO NEWS**

**ANMDO WEBINAR COVID-19**

- Webinar "Metodi e strumenti per il miglioramento degli esiti clinici" - 7 ottobre 2022 (h. 9.30-13.30) partecipazione gratuita per i soci ANMDO  
1 Settembre 2022
- Management e necessità di un approccio multidisciplinare nell'ambito delle malattie rare FOCUS ON MALATTIE INTERSTITIALI POLMONARI PRIMITIVE, giovedì 21 Aprile, 14.25 - 17  
22 Aprile 2022
- Web Conference accreditata ECM: "I dispositivi medici in teoria e pratica alla luce del Nuovo Regolamento del D.M.", 3 - 7 - 9 Dicembre 2021, 20.00 - 23.00  
1 Novembre 2021

**LINEE DI INDIRIZZO SULLA VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI SANIFICAZIONE AMBIENTALE E NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE E TERRITORIALI PER IL COVID-19**

3/23  
Periodico Trimestrale dell'ANMDO  
VAI ALL'ARCHIVIO

il sito di riferimento  
per i medici delle  
direzioni ospedaliere





## Sistema PCHS®, sostenibilità sociale e ambientale

Il temine “sostenibilità”, per anni riferito nella produzione di prodotti e servizi esclusivamente alla tutela dell’ambiente, oggi trova un costante richiamo in altri due fattori che purtroppo hanno fatto irruzione nella vita di tutti noi: il Covid19 e la guerra.

Chi offre alla comunità servizi e prodotti è chiamato a rivoluzionare i propri modelli organizzativi. COPMA, per missioni e visione, da decenni ha scelto l’innovazione basata sui principi della misurazione attraverso la solidità dei dati scientifici, la convenienza per il mercato nel rispetto per l’ambiente.

In questo ambito annuncerà presto i nuovi risultati straordinari ottenuti dalla sua grande innovazione, il PCHS®, un sistema di sanificazione e igiene stabile risultato altamente efficace contro



i microrganismi potenzialmente patogeni.

Sperimentato in ambiti ospedalieri, dove gli studi hanno dimostrato la riduzione stabile della presenza di germi patogeni fino al 96%, oltre a rimodulare l’ecosistema microbico limitando

i geni farmacoresistenti fino al 99%, il PCHS® ha ottenuto risultati entusiasmanti anche nell’applicazione in ambienti diversi come quello dei mezzi di trasporto, e i dati saranno annunciati nel prossimo mese di ottobre.

È l’innovazione COPMA, che porta avanti la sua missione per la sostenibilità, riducendo il consumo di sostanze chimiche del 45% e l’impronta di carbonio del 35%, i consumi elettrici e idrici diminuiti del 29/33%.

A questi vantaggi si aggiungono positivi risvolti economici: il PCHS® fa sì che i farmaci siano meno necessari, diminuendo il consumo di antimicrobici per la cura delle ICA (infezioni correlate all’assistenza) del 51% e i relativi costi del 79%.

[pchs.it](http://pchs.it)

## Markas lancia SmartGate, la smart digital platform per i servizi

Markas ha messo a punto una smart digital platform di ultima generazione. Una soluzione che agevola la comunicazione, traccia lo stato di avanzamento dei servizi svolti e permette di valutare la qualità del servizio. La piattaforma si basa sulle planimetrie reali e sempre aggiornate delle strutture, in modo da costruire un sistema altamente personalizzabile e basato sull’effettivo patrimonio immobiliare del cliente. Tutte le informazioni sono “costruite” sulle planimetrie e così l’utente può navigare direttamente nelle planimetrie della propria struttura per aprire richieste di servizio, vedere lo stato del servizio svolto, consultare i controlli di qualità e tanto altro.

Altri vantaggi che SmartGate offre:

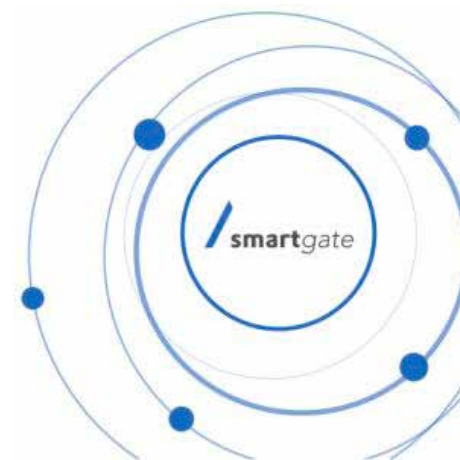
Un unico sistema di gestione. SmartGate è un sistema di gestione multilingua in grado di interfacciarsi e comunicare con i diversi sistemi software del cliente. Questa caratteristica offre un notevole vantaggio in termini di configurabilità, flessibilità e trasparenza.

Tutte le informazioni sempre accessibili. Il cliente, difatti, può autonomamente

esportare qualsiasi dato, oltre che monitorare in tempo reale ogni intervento e richiesta. La tracciabilità, quindi, è uno degli elementi portanti sul quale si costruisce questo sistema innovativo, tant’è che all’interno del portale vengono storicizzate anche tutte le variazioni del patrimonio immobiliare.

Qualità è condivisione. Continuando a ragionare in termini di trasparenza, la condivisione dei controlli e la certificazione di qualità offerta dai servizi giocano un ruolo fondamentale. In questo senso SmartGate permette al cliente di definire i controlli, sia in termini di qualità che di processo, secondo le policy condivise e concordate.

L’integrazione tra innovazione e semplicità. Con SmartGate innovazione fa rima con semplicità: questo sistema integrato, infatti, è dotato di un’interfaccia utente estremamente user friendly e facile da utilizzare. Il sistema, inoltre, è pensato per essere consultato sia tramite desktop che attraverso mobile o smartphone, facilitando di conseguenza un uso sempre più facile e intuitivo da parte di tutto il



personale.

La sicurezza al centro. Quando si parla di digitalizzazione, di utilizzo e tracciamento dati, è fondamentale ricordare che la sicurezza rappresenta una chiave di volta determinante per uno strumento efficiente. Ecco perché SmartGate garantisce, al cliente, la protezione assoluta dei dati raccolti assicurando la loro integrità attraverso policy di monitoraggio e data recovery.

[www.markas.com](http://www.markas.com)

# L'EVOLUZIONE PROFESSIONALE DELL'IGIENE



FERRICOM

**SANICUS** e **IGENFLO** sono **detergenti professionali** di nuova generazione a base di **ioni rame**. Ideali per sanificare ambienti, particolarmente esposti a virus e batteri.  
**Azione disinfettante** profonda e sicura, garantita Manica.

[WWW.MANICUS.IT](http://WWW.MANICUS.IT)



# dyson airblade 9kJ

## Asciugamani igienico e senza contatto

### Filtro HEPA H13 di serie

Il filtro HEPA cattura 99,95% delle particelle\*, compresi batteri e virus dall'aria del bagno – così le mani vengono asciugate con aria purificata, non con aria sporca.



### Tecnologia touch-free

I sensori "Time of flight" rilevano accuratamente le mani in 0,25 secondi per attivare l'aria senza toccare la macchina.

### Aria purificata

Asciuga le mani igienicamente con aria purificata, non con aria sporca.

Solo un Dyson asciuga come un Dyson



Scansiona il QRcode  
e scopri di più

\*Filtro HEPA testato secondo EN1822-5, da un laboratorio di prova indipendente, in condizioni di prova prescritte.