

L'OSPEDALE

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

**L'ANDAMENTO DELLA
VACCINAZIONE ANTI
COVID-19 NELLA PROVINCIA
DI CALTANISSETTA
PRIMA E DOPO L'AVVIO DEL
GREEN PASS**

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

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





48^o CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

**QUALE OSPEDALE PER IL FUTURO DELL'OSPEDALE:
DA SEMPRE FULCRO DELL'INNOVAZIONE**

NAPOLI, 17-18-19 MAGGIO 2023

4 L'andamento della vaccinazione Anti Covid-19 nella Provincia di Caltanissetta prima e dopo l'avvio del green pass

Alfonso Cirrone Cipolla, Bartoluccio Giacomo, Salvatore Pane, Benedetto Trobia, Paola Marcella

7 Comunicazioni 47° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.

24 Poster 47° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 75 - Numero 4 - ottobre dicembre 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. Serrano

Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: I.I. Mura

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

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

Abbonamenti

Italia annuo € 31,00

Europa

Paesi Extra Europei € 103,00

Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

Fotolito e stampa:

T&T STUDIO - MILANO

Aziende Grafiche Printing - Peschiera Borromeo (MI)

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

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

associato a:

ANES ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA DI SETTORE

L'andamento della vaccinazione Anti Covid-19 nella Provincia di Caltanissetta prima e dopo l'avvio del green pass

Alfonso Cirrone Cipolla¹, Dott. Bartoluccio Giacomo², Salvatore Pane³, Benedetto Trobia⁴, Paola Marcella⁵

1 Responsabile Direzione Medica di Presidio P.O. Cecilia Basarocco" Niscemi,

2 Referente PUA Distretto Sanitario di Gela,

3 Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva Università di Catania,

4 Direttore U.O.C. "S. Elia Caltanissetta",

5 Santino Direttore Santario.

PAROLE CHIAVE:

Green Pass, Vaccinazioni, Prima dose

INTRODUZIONE

I vaccini rappresentano forse la più grande scoperta della medicina, insieme agli antibiotici e a qualche altro farmaco come il cortisone, la morfina, l'insulina. Oggi con la pandemia sa Sars-Cov-2 i vaccini arrivano come l'arma risolutiva. Lo sviluppo di un vaccino contro il covid-19 in tempi così brevi rappresenta un altro incredibile successo della ricerca. E non bisogna avere paura poichè sono frutto degli avanzamenti della biologia, dei quali molti cittadini non erano al corrente ed anche il frutto di un rinnovato patto tra ricerca pubblica e ricerca privata, che finalmente si è concretizzata.

L'efficacia stimata dei vaccini oscilla tra il 90 ed il 95 %. Per la somministrazione dei vaccini anti covid e l'intera organizzazione della campagna vaccinale sono stati coinvolti medici, operatori sanitari, protezione civile, informatici e volontari.

Domenica 27 dicembre 2020 è la data simbolica scelta dall'Unione Europea per l'avvio della campagna vaccinale contro il Covid-19: una data storica, destinata ad essere ricordata come l'inizio della fine di una pandemia che sta mettendo a dura prova i sistemi sanitari, le economie mondiali e le vite umane.

La Sicilia ha intrapreso tempestivamente, in armonia con l'Ue e secondo le indicazioni del piano

strategico ministeriale, la campagna vaccinale di almeno 12 mesi necessari per vaccinare quel 70% della popolazione individuata come soglia minima da raggiungere per determinare l'immunità di gregge. In Italia la schedula vaccinale per Sars-Cov-2 è stata aggiornata dalla circolare ministeriale del 5 maggio in ricezione del parere del Comitato tecnico scientifico. In particolare per quanto riguarda i vaccini RNA Pfizer e Moderna, fino ad oggi somministrati con un intervallo tra le due dosi di 21 e 28 giorni rispettivamente, viene raccomandata la somministrazione della seconda dose dopo 6 settimane dalla prima dose. Per quanto riguarda invece AstraZeneca la seconda dose dovrebbe essere somministrata in un intervallo compreso tra le 4 e le 13 settimane.

Ad oggi nella nostra Regione sono state somministrate oltre 35 mila terze dosi, metà delle quali a cittadini over 80. Si tratta di soggetti che sono stati inoculati con vaccini a RNA messaggero, indipendentemente dalla tipologia di siero ricevuto nel ciclo primario di vaccinazione. È un risultato che non solo non va compromesso, ma incoraggiato attraverso i nuovi input della comunità scientifica. Dallo scorso 20 Settembre, possono ricevere la terza dose coloro che hanno completato da almeno sei mesi il ciclo primario di vaccinazione (prima e seconda dose o dose unica Johnson & Johnson ed ex positivi al Covid), indipendentemente dalla tipologia di vaccino ricevuta. Inoltre sono ammessi alla dose addizionale tutti i soggetti immunocompromessi, trapiantati o in attesa di trapianto che hanno completato da almeno 28 giorni il proprio ciclo primario di vaccinazione, anch'essi indipendentemente dalla tipologia di vaccino ricevuta.

La provincia di Caltanissetta ha disposto l'apertura di 15 centri vaccinali compresi il servizio di vaccinazione domiciliare ed il servizio di vaccinazione presso le farmacie. Al mese di ottobre sono state somministrate 319122 dosi ai residenti della provincia di Caltanissetta, con una percentuale maggiore

nella fascia che va dai 50-59 anni d'età. Ad oggi si registra una percentuale maggiore di vaccinati di sesso femminile rispetto al sesso maschile.

Dal 6 agosto l'avvio del Green pass ha dettato indicazioni precise per accedere a molti servizi e attività quali servizi di ristorazione per consumo al tavolo, al chiuso, spettacolo aperti al pubblico, eventi e competizioni sportivi, musei, piscine, palestre luoghi della cultura ed altro, sagre, fiere e congressi, concorsi pubblici etc...

La certificazione serve ad attestare di aver fatto almeno una dose vaccino oppure essere risultati negativi ad un tampone molecolare o rapido nelle 48 ore precedenti oppure di essere guariti da Covid-19 nei sei mesi precedenti. In Italia è il Ministero della Salute a rilasciare la Certificazione verde attraverso Piattaforma nazionale sulla base dei dati trasmessi dalle Regioni e Province Autonome.

OBIETTIVI

Obiettivo dello studio è quello di analizzare e descrivere l'andamento delle vaccinazioni nella provincia di Caltanissetta prima e dopo l'avvio del green pass, suddividendo altresì la popolazione di vaccinati per fasce d'età e sesso.

MATERIALI E METODI

Per monitorare le vaccinazioni della Provincia di Caltanissetta e seguirne l'andamento, sono stati estratti con regolarità giornaliera le registrazioni delle somministrazioni effettuate sul portale "somministrazioni.vaccinocovid.gov.it" dagli operatori dei centri vaccinali dell'Asp di Caltanissetta e successivamente caricati su un database aziendale per le elaborazioni.

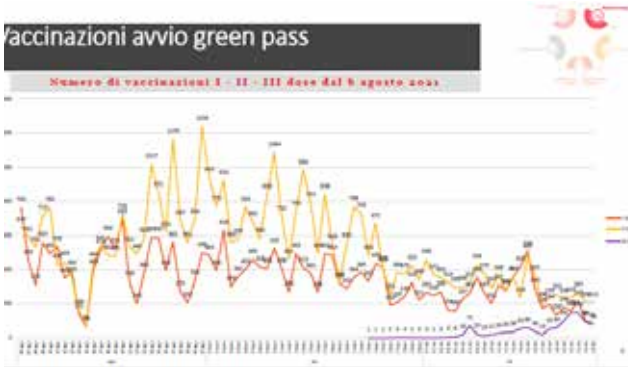
RISULTATI

Dall'analisi dei dati esaminati si evince che il picco massimo delle vaccinazioni in seconda dose si è riscontrato nel mese di Giugno in cui la Provincia di Caltanissetta ha raggiunto 42298 prime dosi somministrate di cui 39754 con somministrazione Pfizer. Dall'avvio del green pass quindi dal 6 Agosto 2021 è interessante notare che si è registrato un picco massimo pari a 762 prime dosi il 6 Agosto, successivamente dal 7 Agosto in poi si registra un calo repentino delle vaccinazioni che raggiunge il minimo storico di 200 dosi in tutta la Provincia. La somministrazione registra un aumento intorno alla

Centro Vaccinale

Numero di vaccinazioni per Centro vaccinale

CENTRO VACCINALE	I DOSE	II DOSE	III DOSE	TOTALE
ASP CALTANISSETTA STRUTTURA PNEUMATOLOGICA	113	36		149
CL - CENTRO VACCINALE DI CALTANISSETTA - PO S. GIULIO	13148	9378		22526
CL - HUB CETRUS - CALTANISSETTA	60649	68603	658	129910
CL - PRESIDIO SANITARIO DI CALTANISSETTA (Via Mabe)	3549	1175		4724
CL - SETTI A - CETRUS	9606	8011		17617
CL - Vaccinazioni domiciliari	4248	4812	82	9142
CL - VACCINAZIONI FARMACIE	95	7	9	111
GEA - CENTRO VACCINALE DI GELA (PO V. S. GIUSEPPE)	7778	2677		10455
GEA - HUB PALLA COTONARA GELA	87038	80548	180	167766
GEA - PRESIDIO SANITARIO DI GELA (PO S. MATTEO)	7618	634		8252
MARZARINO - PO S. SANTO STEFANO	5752	5318	15	11085
MARZARINO - PO S. IMMACOLATA CONGO	6514	2487	48	9049
MESEMI - AMBULATORIO VACCINALE COVID TERRITORIALE	3884	6164	44	10092
MESEMI - PO S. LUCA A MARABOTTO	5187	5188		10375
NON CATALDO - S. CANALE	6814	3884	16	10714
TOTALE	177999	169343	1138	348480



prima metà di Settembre registrando 628 somministrazioni prima dose. I comuni che hanno registrato una maggiore somministrazione di prime dosi al 24 Ottobre 2021 sono: Sutera con 76,1%, Bompensiere con 80,3 di popolazione vaccinata, San Cataldo con 78,2 e sottolineando che queste percentuali dipendono anche dal minor numero di abitanti rispetto ai grandi comuni come Caltanissetta e Gela in cui si registrano relativamente il 76,4 di prime dosi e 61,9 di somministrazioni II dose su Gela. Per quanto riguarda le terze dosi siamo ancora all'inizio, sono state somministrate 471 dosi al 24 Ottobre 2021



su Caltanissetta e 232 su Gela. La fascia d'età che ad oggi risulta maggiormente vaccinata e quella che va dai 50-59 seguita dalla fascia d'età che va dai 60-69. Inoltre le donne risultano in vaccinate in percentuale maggiore rispetto agli uomini.

CONCLUSIONI

Da una prima ipotesi inizialmente formulata, se-

condo la quale l'avvio del green pass avrebbe dato un forte impulso alle vaccinazioni nella provincia di Caltanissetta, dai dati raccolti si evince che così non è stato. Anzi al contrario si registra una diminuzione importante nella somministrazione di prima dose, in parte poiché la campagna di vaccinazione aveva già raggiunto una grossa fetta della popolazione prima dell'avvio del green pass ed in parte poiché i cittadini non hanno accolto positivamente l'idea di veder limitata la propria libertà in mancanza della carta verde, per questioni politiche o ideologiche.

BIBLIOGRAFIA

1. Database aziendale, ASP Caltanissetta
2. Popolazione Vaccinata - NAR (Nuova Anagrafe Regionale) / SOGEI
3. Portale Vaccinazioni Anti-Covid-19
4. Residenti per fascia d'età - ISTAT 01/01/2021
5. Somministrazioni.vaccinacovid.gov.it

DA AMUCHINA PROFESSIONAL IL PULITO IMBATTIBILE

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



Angelini S.p.A.
 Servizio Consumatori
 Numero Verde:
 800.802.802

Le misure di contenimento per la pandemia hanno favorito l'aumento della violenza?

L. Melpignano, R. Dario, G. Massari, V. Abbasciano, C. Angrisani, F. Mele, S. Fontanelli, A. Stellacci, A. Daleno.

Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico Bari - U.O.S.D. Direzione Medica di Presidio, Direzione Medica Presidio Ospedaliero Pediatrico - Regione Puglia - Via Amendola n.207 70120 Bari, Italy direzionemedicaxxiii@policlinico.ba.it

Parole chiave: Autolesionismo, Aggressione, Pandemia da Covid-19

INTRODUZIONE

Il 9 Marzo 2020, la World Health Organization (WHO) dichiarò lo stato di pandemia, a seguito della diffusione, imprevedibile ed imprevedibile, della Malattia da Sars-CoV-2, cioè una malattia infettiva prevalentemente respiratoria. Infatti, le misure di contenimento necessarie, tra queste principalmente il distanziamento fisico e l'isolamento, ebbero conseguenza dannose sulla salute fisica e mentale della popolazione mondiale. In particolare, la riduzione dei contatti sociali per evitare il contagio, soprattutto in soggetti fragili, fu correlata con l'aumento dell'incidenza della violenza. L'obiettivo del nostro studio è quello di valutare l'andamento degli episodi di violenza nel territorio pugliese sia nell'ambito pediatrico-adolescenziale che relativamente alla popolazione adulta. I dati a nostra disposizione sono quelli relativi agli accessi in P.S. del P.O. pediatrico "Giovanni XXIII" e del Policlinico di Bari in una finestra temporale compresa tra il 2017 e il 2021.

CONSIDERAZIONI

Sono stati esaminati tutti gli accessi al P.S. dell'Ospedale Pediatrico e l'Azienda Policlinico di Bari nel periodo compreso tra il 2017 e il 2021. I dati raccolti sono stati inseriti nei grafici allegati.

CONCLUSIONI

Il lockdown ha comportato un incremento dello stress e relativo aumento degli episodi di violenza. I dati emersi da questo studio preliminare consentono di affermare che, al netto della riduzione dei contatti sociali e dell'isolamento imposto durante la fase pandemica, gli episodi di violenza siano aumentati, in misura relativa, confermando il trend generale emerso in altri studi. Si può quin-

di affermare che anche nel territorio barese, le misure di isolamento sociale hanno influito sulla stabilità psichica della popolazione generale. Una sensibile riduzione degli accessi per autolesionismo si è rilevata per i pazienti pediatrici: tale dato è giustificabile in considerazione del maggior controllo da parte dei genitori, costretti a lavorare a domicilio, sui minori.

Pertanto, ci si interroga su quanto il nostro Sistema Sanitario sia preparato, oggi e nel prossimo futuro, a sostenere le conseguenze psicologiche delle misure restrittive sulla popolazione generale.

Impatto della pandemia COVID-19 sui volumi di ricoveri urgenti in un ospedale spoke della Regione Veneto

Milvia Marchiori¹, Chiara Cabbia², Paola Anello²

¹ Direttore Medico del Presidio Ospedaliero di Camposampiero, Azienda ULSS 6 Euganea

² Dirigente medico Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Camposampiero, Azienda ULSS 6 Euganea

Parole chiave: covid-19, ricoveri urgenti

INTRODUZIONE

I servizi sanitari si sono dovuti rapidamente adattare all'emergenza Covid-19, con una riduzione di prestazioni erogate rispetto all'epoca pre-pandemica. Il Ministero della Salute ha quantificato una riduzione di 1,3 milioni di ricoveri ospedalieri dal 2019 al 2020, di cui il 52,4% di area medica, e il 42,6% riferito a prestazioni urgenti. Obiettivo del presente lavoro è analizzare lo scostamento del volume di ricoveri urgenti negli anni 2020 e 2021 rispetto al 2019 in un ospedale spoke che in epoca pre-pandemica contava 342 posti letto (PL).

CONTENUTI

La Direzione Medica ha elaborato un prospetto rappresentativo della dinamica delle riorganizzazioni nei reparti e delle variazioni nel numero di posti letto dall'inizio della pandemia. In aggiunta, ha analizzato il numero di ricoveri urgenti (U) per unità operativa (UO) per mese e per anno. Per ciascuna UO sono stati calcolati mediana e range interquartile (IQR) del numero di ricoveri mensili per anno. La differenza tra mediane del 2019-2020 e 2019-2021 per UO e per ricoveri U/P è stata verificata con il test di Wilcoxon-Mann-Whitney.

CONCLUSIONI

Dall'inizio della pandemia le UO ospedaliere hanno subito riorganizzazioni con conseguente variazione nella dotazione di posti letto (tabella 1). Le motivazioni prevalenti erano: (1) l'apertura di posti letto Covid nel nostro presidio, o il contributo a riorganizzazioni su scala aziendale; (2) la necessità di garantire, nelle aree di degenza, distanziamenti e isolamenti. Dallo schema si evince una riduzione di posti letto trasversale in area medica, con apertura di aree di degenza Covid nel 2020, e una riduzione di posti letto in area chirurgica che ha interessato

principalmente ortopedia e week surgery. In tabella 1 sono riportati mediana e IQR del numero di ricoveri U/mese per UO e per anno. La riduzione dei ricoveri è, in molti casi, coerente con la riduzione di posti letto: interessa trasversalmente l'area medica (cardiologia, oncologia, gastroenterologia), mentre nell'area chirurgica interessa ortopedia, urologia, oculistica e ginecologia. In considerazione delle discipline maggiormente coinvolte, ulteriori valutazioni potranno riguardare indicatori di esito per patologie tempo-dipendenti quali infarto miocardico acuto, fratture di femore, patologie oculari e dell'apparato digerente.

Aree di degenza	feb-20	nov/dic-20		mag-21		
		n	Δ feb-20	n	Δ feb-20	
Area medica	Geriatria	50	25	-25	32	-18
	Medicina Generale	35	22	-13	26	-9
	Nefrologia	8	4	-4	3	-5
	Cardiologia	14	9	-5	9	-5
Area chir	Ortopedia	50	23	-27	21	-29
	Week Surgery	23	0	-23	12	-11
	Chirurgia (ocu-gastr)	23	23	0	23	0
	Urologia	19	19	0	19	0
Reparti COVID	Malattie infettive	0	20	20	0	-20
	T.intensiva COVID	0	8	8	0	-8
	Geriatria COVID	0	25	25	0	-25
Totale	342	290	-52	232	-110	

Tabella 1. Prospetto sintetico di alcuni momenti significativi della dinamica delle riorganizzazioni di alcune UO ospedaliere

Unità operativa	2019	2020	p.Δ2019-20	2021	p.Δ2019-21
Medicina	96 (93 - 103)	80 (70 - 108.5)	0.06	68.5 (62 - 80)	<0.001
Geriatria	120 (112.5 - 128.5)	96 (83 - 104.5)	0.009	69.5 (61 - 76.5)	<0.001
Cardiologia	39.5 (35 - 43)	35 (30.5 - 39.5)	0.099	29.5 (27.5 - 34.5)	0.001
Nefrologia	8 (6.5 - 10.5)	7 (4 - 8)	0.665	6.5 (4 - 10.5)	0.432
Oncologia	3.5 (2.5 - 4.5)	2.5 (2 - 3)	0.053	1 (1 - 2)	0.001
Gastroenterologia	4.5 (2.5 - 5.5)	4 (1 - 5)	0.028	1 (1 - 2)	0.001
Chirurgia generale	46.5 (40 - 49.5)	44.5 (40 - 50)	0.068	51 (45 - 55.5)	0.103
Ortopedia e traumatologia	36 (34 - 39)	31.5 (29 - 36)	0.066	32 (28 - 34.5)	0.018
Urologia	23 (19.5 - 27)	18.5 (14.5 - 25)	0.862	18.5 (13.5 - 21.5)	0.018
Obstetrica e ginecologia	106 (89.5 - 113.5)	83 (77.8 - 94)	0.009	97.5 (90 - 108.8)	0.644
Oculistica	17 (15.5 - 18)	14 (5 - 17.5)	0.062	3 (1 - 4)	<0.001

Tabella 2. Mediana e IQR ricoveri mensili urgenti per UOOO area medica e chirurgica - confronto tra gli anni 2019-2020 e 2019-2021

Ospedale ed igiene delle mani: le nuove sfide dell'era post-pandemica

Zeduri M.¹; Sguelgia A.C.¹; Vigezzi G.P.¹; Ferrara P.²; Lanave M.L.³; Galvi R.⁴; Abela S.⁵; Novelli V.⁶; Muzzi A.⁶; Odone A.⁷

1 Medico in formazione specialistica; Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina sperimentale e forense, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia; 2 Ricercatore; Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina sperimentale e forense, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia; 3 Assistente sanitario; Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia; 4 Infermiere; Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia; 5 Infermiere; Qualità e Risk Management, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia; 6 Dirigente medico; Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia; 7 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: Igiene mani, Infezioni Correlate all'Assistenza, Covid-19

INTRODUZIONE

In ambiente nosocomiale, le mani degli operatori sanitari (OS) rappresentano il veicolo più comune per la trasmissione di microrganismi, con possibile insorgenza di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA). La corretta igiene delle mani (IdM) costituisce la più efficace misura di controllo e prevenzione delle ICA e, insieme alle altre precauzioni standard, ha rivestito un ruolo cruciale nel contenimento del Covid-19. Il presente studio valuta l'aderenza degli OS alle buone pratiche di IdM nell'era post-pandemica, al fine di migliorare la qualità delle azioni volte a promuovere la sicurezza del paziente attraverso una maggiore consapevolezza del personale sanitario.

CONTENUTI

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo (Pavia, Italia) ha implementato un piano di monitoraggio volto a valutare l'aderenza degli OS alle buone pratiche assistenziali sulla base del modello dei 5 momenti dell'IdM raccomandato dall'OMS. Le osservazioni sono state effettuate tra Marzo ed Aprile 2022 da personale specificamente formato tramite il Manuale dell'Osservatore, ed addestrato ad utilizzare la checklist di valutazione validata dall'OMS. I dati raccolti sono stati stratificati in base a professione, opportunità di igienizzazione ed Unità Operativa; ogni struttura è stata visitata almeno due volte.

Per quanto riguarda i risultati, sono stati osservati complessivamente 302 OS appartenenti a 18 Unità Operative (105 medici, 108 infermieri, 84 OSS e 5 studenti). Su 1382 opportunità, l'aderenza globale è stata del 52% con 190 lavaggi e 598 frizioni. L'indicazione che ha

riportato i risultati più incoraggianti è stata "dopo il rischio di esposizione ad un liquido biologico" (76%), mentre le opportunità seguite da una bassa aderenza sono state "dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente" (40%) e "prima del contatto con il paziente" (43%). Le chirurgie specialistiche e il reparto di ematologia rappresentano le unità più virtuose, mentre al contrario le prestazioni peggiori sono state registrate nell'unità di medicina generale (29%). Medici ed infermieri hanno riportato un'aderenza rispettivamente del 45% e del 61%. Inoltre, durante i sopralluoghi sono state osservate alcune criticità nell'utilizzo dei guanti: mancata igienizzazione prima dell'uso, nessun ricambio tra i pazienti, frizione sui guanti, utilizzo non necessario.

CONCLUSIONI

Questi risultati preliminari mostrano come la pandemia da Covid-19 abbia profondamente modificato la percezione dell'IdM negli OS. Infatti, durante il periodo emergenziale, gli OS erano portati a considerare i pazienti affetti da SARS-CoV-2 come un'unica entità, abituandosi ad igienizzare le mani soprattutto alla fine delle procedure assistenziali piuttosto che prima del contatto con il malato, con l'obiettivo più di proteggere se stessi dalle infezioni che salvaguardare l'unità individuale del paziente. In questo contesto emerge quindi l'importanza del monitoraggio delle buone pratiche di IdM nella clinical governance nonché nella prevenzione e controllo delle ICA, così da rinforzare la resilienza del sistema sanitario organizzando e promuovendo iniziative specifiche per incrementare la qualità delle cure e la sicurezza del paziente nell'era post-pandemica.

La gestione informatizzata della procedura di constatazione di decesso ospedaliera

Bergamasco S.¹, Montemurro D.², Zago D.³, Mussi A.², Buggio ME.², Contin L.², Fattoretto E.², Fortuna P.⁴

1 Sistemi Informativi, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova, Italia

2 Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Piove di Sacco, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova, Italia

3 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Area Medica, Università degli Studi di Udine

4 Direttore Generale, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova, Italia

Parole chiave: constatazione, decesso, tanatogramma

INTRODUZIONE

Presso il Presidio Ospedaliero di Piove di Sacco è stata implementata una nuova modalità innovativa per l'attestazione di decesso del paziente ospedaliero. Il renewal di tale procedura, basato sull'uso di strumenti tecnologici all'avanguardia, ha garantito un notevole incremento della qualità del modello precedentemente in uso.

CONTENUTI

Il medico dell'unità operativa di presa in carico del paziente deceduto richiede di eseguire la constatazione di morte attraverso l'esecuzione del tanatogramma.

L'esame viene richiesto informaticamente nella cartella clinica elettronica di reparto o Pronto Soccorso. Per la registrazione ed acquisizione dell'ECG con durata pari a 1210 secondi vengono utilizzati: (i) un apparecchio ECG a 12 derivazioni; (ii) un pc portatile collegato, via cavo USB, all'ECG.

Al termine della registrazione, il medico effettua la validazione del tracciato e, se accettato, lo archivia in formato digitale all'interno del PACS aziendale.

Procede dunque con la redazione della documentazione accertante il decesso del paziente: l'attestato di morte, il certificato di visita necroscopica, gli eventuali moduli per il trasferimento della salma e per la richiesta di riscontro diagnostico.

La documentazione assume valore medico-legale mediante apposizione, da parte del medico, della firma digitale. Tale documentazione viene trasmessa alla struttura obitoriale al momento del trasferimento della salma.

CONCLUSIONI

la reingegnerizzazione del processo quale descritta nel paragrafo precedente, resa necessaria nell'ambito delle attività di innovazione tecnologica previste dal PNRR, muove dalla necessità di efficientare i percorsi precedentemente vigenti promuovendo, al contempo, un'ottimizzazione dei tempi e una miglior qualità ed umanizzazione dei percorsi di cura. L'accertamento di decesso mediante esecuzione del tracciato ECG (secondo Art. 1 del decreto del Ministero della Salute del 11 aprile 2008) ha consentito di abbattere i tempi di trattenimento della salma presso il reparto, favorendo una liberazione più rapida del posto letto occupato dal paziente. La riduzione di tale tempistica ha consentito inoltre di velocizzare il trasferimento del defunto presso la struttura obitoriale ospedaliera, minimizzando in questo modo gli accessi da parte dei familiari ai reparti di degenza.

Percorso terapeutico assistenziale presso la Fondazione CNAO, centro di riferimento per l'oncologia

Giacomo Pietro Vigezzi^{1,2,*}, Riccardo Calsolaro¹, Arianna Serra³, Alexandra Ferent⁴, Viviana Mutti^{4,5,6}, Anna Odone^{1,6}

*1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli studi di Pavia, Pavia; 2 Collegio Ca' della Paglia, Fondazione Ghislieri, Pavia; * Presenting author; 3 Ufficio Qualità & Regulatory Affairs, Fondazione CNAO, Pavia; 4 Risk Management e Clinical Governance, Fondazione CNAO, Pavia; 5 Servizio Sicurezza, Prevenzione e Ambiente, Fondazione CNAO, Pavia; 6 Direzione Sanitaria, Fondazione CNAO, Pavia*

Parole chiave: centro di riferimento, percorso diagnostico terapeutico, adroterapia oncologica

INTRODUZIONE

Il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) è l'unico in Italia, di 6 strutture a livello globale, ad erogare trattamenti di adroterapia mediante protoni e ioni carbonio, detti adroni. L'adroterapia è particolarmente indicata per la cura di tumori radioresistenti o inoperabili. CNAO ha sviluppato un'attività assistenziale e scientifica organizzata in team specializzati per gruppo di patologia. Ogni team ha competenze altamente specifiche per la gestione di pazienti per Percorsi Terapeutici Assistenziali (PTA).

CONTENUTI

Il percorso di un paziente che esegue un trattamento adroterapico standard prevede le seguenti fasi:

1. Valutazione dell'eleggibilità del paziente al trattamento con adroni

Il primo contatto ai fini della valutazione di un caso clinico avviene: i) in autonomia da parte del paziente tramite il servizio del Consulto Specialistico Preliminare (CSP) oppure ii) da parte di medici specialisti o del medico curante con la Direzione Medica (DM). Qualora il caso presentasse criteri di eleggibilità, la DM e/o il CSP procede a fissare i primi accessi del paziente secondo le prime disponibilità del PTA di appartenenza.

2. Prima visita ambulatoriale

La valutazione iniziale del paziente è condotta, in momenti differenti, dai seguenti professionisti: dall'infermiere che effettua un primo screening, dal medico radioterapista di patologia che raccoglie l'anamnesi patologica e oncologica e inquadra lo stato clinico e dallo specialista psicologo, per quanto attiene lo stato psicosociale e i bisogni del paziente. Il medico radioterapista conferma o meno l'indicazione al trattamento con adroni. Ad ogni paziente arruolato viene assegnato un codice di priorità che determina la tempistica di programmazione dell'accesso alla terapia.

3. Procedure di simulazione

Su indicazione del medico radioterapista di PTA, si imposta l'iter di simulazione (studio TC e RM) e si provvede ad informare il paziente circa le date e la modalità di effettuazione degli esami di centratura.

4. Definizione del piano di cura

È frutto del lavoro di cooperazione tra l'Unità di Radioterapia Clinica e quella di Fisica Medica ed è costruito sulla base degli esami di simulazione. Nel piano di cura sono specificati: la tipologia di particella, la prescrizione di dose totale, il frazionamento e i vincoli di dose ai bersagli tumorali e agli organi a rischio.

5. Ciclo di adroterapia

Il paziente è sottoposto al ciclo di adroterapia sulla base del piano di cura sottoscritto dal medico radioterapista e dal fisico medico. Il trattamento segue le prescrizioni dei PTA o di protocolli sperimentali. Per tutta la durata del trattamento, il paziente viene sottoposto a controlli periodici da parte del personale infermieristico e medico.

6. Follow-up del paziente

Consiste nel monitoraggio del controllo locale della malattia e dello stato clinico del paziente (tolleranza al trattamento) attraverso l'effettuazione di esami diagnostici TC e/o RM. La frequenza di tali controlli è trimestrale nel primo anno, semestrale e annuale rispettivamente dal secondo anno in poi. Trascorsi cinque anni, è possibile proseguire il follow-up a distanza grazie alle nuove tecnologie tramite televisita.

CONCLUSIONI

La strutturazione di diversi PTA permette di standardizzare per specifici ambiti di patologia l'assistenza clinica al paziente, garantisce l'elevato contenuto professionale e scientifico delle prestazioni e assicura la continuità dell'iter terapeutico collaborando con altri centri e con i curanti.

Accreditamento volontario d'eccellenza di un centro di riferimento nazionale: la Fondazione CNAO

Riccardo Calsolaro^{1,*}, Giacomo Pietro Vigezzi^{1,2}, Arianna Serra³, Alexandra Ferent⁴, Viviana Mutti^{4,5,6}, Sandro Rossi⁷, Anna Odone^{1,6}

*1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli studi di Pavia, Pavia; * Presenting author; 2 Collegio Ca' della Paglia, Fondazione Ghislieri, Pavia; 3 Ufficio Qualità & Regulatory Affairs, Fondazione CNAO, Pavia; 4 Risk Management e Clinical Governance, Fondazione CNAO, Pavia; 5 Servizio Sicurezza, Prevenzione e Ambiente, Fondazione CNAO, Pavia; 6 Direzione Sanitaria, Fondazione CNAO, Pavia; 7 Direttore Generale, Fondazione CNAO, Pavia*

Parole chiave: cocentro di riferimento, accreditamento volontario d'eccellenza, Joint Commission International

INTRODUZIONE

Il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) è l'unico in Italia, di 6 strutture al mondo, in grado di erogare trattamenti di adroterapia, una forma avanzata di radioterapia, mediante l'impiego di protoni e ioni carbonio, detti adroni. Queste particelle sono più pesanti e dotate di maggiore energia rispetto agli elettroni e quindi più efficaci nel trattamento di alcuni tumori radioresistenti alla terapia tradizionale con raggi X o inoperabili. Nel 2011 il Ministero della Salute ha istituito il CNAO come fondazione di partecipazione e senza scopo di lucro. La struttura opera nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale accreditata come poliambulatorio, certificato ISO 9001 e ISO 13485, e rappresenta un centro di riferimento internazionale dal punto di vista clinico e scientifico.

CONTENUTI

Joint Commission International (JCI) è il principale ente di accreditamento internazionale volontario in ambito sanitario: è considerato a livello mondiale il più efficace e completo strumento per migliorare la qualità in sanità e l'aderenza agli standard organizzativi e prestazionali proposti costituisce motivo di eccellenza per le strutture ospedaliere o ambulatoriali.

L'accreditamento JCI, di durata triennale, certifica l'impegno di un'organizzazione sanitaria nel garantire un ambiente sanitario sicuro con attenzione alla qualità dei servizi e alla riduzione dei rischi per pazienti, visitatori e personale.

A fine settembre 2019 CNAO ha contattato Progea, rappresentante di JCI Italia, per un assessment iniziale finalizzato a identificare gli interventi organizzativi richiesti per la certificazione. È stato stilato un piano di lavoro con l'obiettivo di effettuare a metà 2021 una simulazione della visita ispettiva o survey di accre-

ditamento e valutare il livello di preparazione della struttura.

CNAO ha, quindi, proceduto ad istituzionalizzare alcuni Comitati e integrare nel team Qualità gruppi già esistenti e figure strategiche per il coordinamento delle attività di stesura delle procedure e di implementazione dei processi.

Per ottenere l'accreditamento JCI Ambulatory Care è stato necessario rispettare standard specifici, ossia requisiti oggettivi costantemente aggiornati e monitorati. Gli standard sono raggruppabili in due macroaree denominate Patient Centred Standars (8 aree: IPSG, ACC, PFR, AOP, COP, ASC, MMU, PFE) e Health Care Organization Management Standards (6 aree: QPS, PCI, GLD, FMS, SQE, MOI). Dal punto di vista documentale, sono state implementate circa 150 procedure interne aziendali (70 standard JCI e 56 istruzioni generali), cui è seguito un poderoso sforzo di implementazione delle best practices nei percorsi aziendali. Una commissione di esperti, composta da almeno un medico, un infermiere e un esperto di amministrazione, è stata inviata dalla sede centrale di Chicago, USA, per accertare il rispetto degli standard, verificando gli indicatori misurabili e attribuendo un voto a ciascuno di essi.

CONCLUSIONI

Il lavoro implementato in vista dell'accreditamento JCI ha portato al superamento della visita ispettiva tenutasi a dicembre 2021, che ha rilevato solo 6 non conformità lievi su circa 650 elementi misurabili. L'attività svolta ha apportato un notevole miglioramento della struttura aziendale, che è stata valutata nella complessità delle sue articolazioni attraverso l'implementazione di un set di indicatori in grado di valutare i risultati in termini di qualità e sicurezza dell'assistenza e fluidità dei processi manageriali.

La nicchia ecologica di una struttura ospedaliera: esempio di responsabilità ambientale a Mantova

Boschetti A.³, Bellometti S.A.¹, Giorgetti M.², Ferrari A.³, Negri R.⁴, Franzoni M.⁴

1 Direttore Sanitario Aziendale ASST Mantova, Componente Cabia di Regia Ministeriale COVID (Ministero della Salute); 2 Direttore F.F. S.C. Direzione Medica P.O. Mantova; 3 Dirigente Medico S.C. Direzione Medica P.O. Mantova; 4 Inf. S.C. Direzione Medica P.O. Mantova

Parole chiave: Responsabilità ambientale delle strutture sanitarie, One Health Policy, Hospital Pest Management

INTRODUZIONE

Il P.O. di Mantova è sito presso la Valle del Paiolo, area riconosciuta come Riserva Naturale di estremo interesse per la biodiversità: l'Ospedale infatti sorge nella prima fascia urbanizzata ai confini con la riserva. Negli ultimi anni molte aree del P.O. sono state investite da massive e persistenti presenze di esemplari di api razza autoctona con numerosi episodi di introduzione di insetti nell'ambiente indoor (degenziale e ambulatoriale) con correlati rischi di puntura e reazione immunopatologica in pazienti ed operatori.

Nonostante i molti interventi tecnici e considerando lo status di specie protetta (con divieto di disinfezione classica), tali eventi hanno continuato a riproporsi, al punto che la DMPO, soppesati i rischi, ha dovuto disporre misure di grande impatto organizzativo (sino all'inibizione di stanze di degenza), riducendo quantitativamente il rischio biologico ma implementando quello organizzativo. Da ciò nasce un progetto di miglioramento, volto a governare le interazioni della Struttura Sanitaria con l'ambiente senza alterarne gli equilibri ecologici

CONTENUTI

Il Servizio Veterinario di ATS Valpadana e l'Ufficio Ambiente del Comune hanno confermato la coerenza con le normative -vigenti in tema di protezione faunistico-ecologica e di attività degli apiari- della proposta della DMPO, per ridurre l'impatto sulla "nicchia ecologica". Al progetto, approvata dalla DSA, ha partecipato la DMPO, che sta innovando il percorso di Pest Management ospedaliero, supportati da Ufficio Tecnico e dal contributo volontario di Apicoltore Accreditato.

Nella stagione primaverile le famiglie d'api tendono a sciamare, con la conseguenza che migliaia di api abbandonano il nido alla ricerca di un nuovo

luogo, ottenendo la riproduzione della precedente famiglia d'api. Normalmente la colonia che ha sciamato preferisce luoghi riparati (cassonetti delle tapparelle, cavedi, cavità nei muri,..) ed è attirata dal profumo di cera lasciato dalle api sciamate negli anni precedenti, giustificando il ritorno nello stesso posto negli anni successivi. In sopralluogo il tetto del Blocco A del P.O. è stato individuato come area per il posizionamento delle arnie contenenti favi di cera. Obiettivo è indirizzare la scelta dalla colonia in sciamatura, in modo da agevolare la cattura senza impatto ed il trasferimento delle api sciamate in apiario registrato posto ad una distanza superiore ai 5 Km.

Si è individuato luogo non accessibile al pubblico con ingresso inibito in cui sono state poste arnie e telaini con favo costruito e/o foglio cereo, garantendone la stabilità anche contro il vento. Ci sarà una sorveglianza ad ispezione visiva e in caso si individuino la presenza di sciami, interverrà l'Apicoltore. In orario notturno accerterà che le api siano tutte contenute nell'arnia, la richiuderà e procederà al trasferimento. E' previsto anche posizionamento in tutti i cassonetti delle tapparelle di canfora, sostanza emettente un odore sgradevole per le api, repellente naturale e non tossico né per le api né per l'uomo ed ecologico.

CONCLUSIONI

Secondo la One Health Policy ogni ospedale deve dare conto della propria responsabilità sociale e ambientale nella comunità, trovando una modalità per garantire in maniera integrata sostenibilità ambientale, produzione di prestazioni e sicurezza delle cure. Il progetto presentato rientra nella revisione dei processi di pest management con un governo a basso impatto ambientale e nel rispetto della propria nicchia ecologica.

Progetto presa in carico precoce (pcp) ospedale San Giuseppe

Silvia Guarducci¹, Luca Masotti², Roberto Tarquini³, Simone Vanni⁴, Lorian Meini⁵, Elisabetta Daini⁶, Moira Bonfanti⁷, Cinzia Burgassi⁸, Federico Manzi⁹, Giuseppe Carello¹⁰, Valentina Barletta¹¹, Vanessa Verniani¹²

1 Direttore ff SOC DSPO Empoli, Azienda USL Toscana Centro; 2, Direttore SOC Medicina Interna 2 San Giuseppe, Azienda USL Toscana Centro; Roberto Tarquini³, 3, Direttore SOC Medicina Interna 1 San Giuseppe Azienda USL Toscana Centro; 4, Direttore SOC Medicina d'Urgenza San Giuseppe, Azienda USL Toscana Centro; 5, Direttore SOC Assistenza infermieristica Empoli Azienda USL Toscana Centro; 6, infermiere Bed Manger San Giuseppe, Azienda USL Toscana Centro; 7, infermiere Bed Manger San Giuseppe, Azienda USL Toscana Centro; 8, infermiere Bed Manger San Giuseppe, Azienda USL Toscana Centro; 9 dirigente medico DSPO Empoli, Azienda USL Toscana Centro; 10 dirigente medico DSPO Empoli Azienda USL Toscana Centro; 11 dirigente medico DSPO Empoli Azienda USL Toscana Centro; 12 medico in formazione specialistica Igiene e Medicina preventiva Università degli Studi di Firenze, DSPO Empoli

Parole chiave: Presa in Carico Precoce, Pronto Soccorso, boarding

INTRODUZIONE

Per far fronte al fenomeno del boarding in Pronto Soccorso, alle criticità di personale di Medicina d'urgenza e alla mancanza di spazi, (accentuata anche dalle necessità di distanziamento per l'emergenza COVID), in base alle indicazioni regionali e aziendali è stato implementato il Progetto della Presa in Carico Precoce (PCP) nell'Ospedale San Giuseppe di Empoli.

CONTENUTI

Nel corso degli anni sono stati fatti numerosi studi e proposte svariate soluzioni per migliorare il flusso del paziente nel Pronto Soccorso e in Ospedale, cercando di allineare domanda e offerta di ricovero (di base la disponibilità di posti in area medica si verifica di solito nel pomeriggio, mentre il fabbisogno di letti è già critico dalla mattina).

Nel Progetto PCP il Dipartimento delle Specialistiche Mediche si fa carico di attività internistiche nell'area medica nel Pronto Soccorso, riducendo così l'impegno del personale della Medicina d'Urgenza. Tutte le mattine, per la gestione del boarding (pazienti in destino da più di 16 ore, in attesa di posto letto) un medico di Area Medica prende in carico i pazienti (fino ad un massimo di 8) durante un briefing matutino con medici del DEA e Bed Manger.

Non avendo a disposizione spazi fisici liberi nell'Ospedale, nelle stanze singole dei setting delle aree mediche e chirurgiche sono stati progressivamente raddoppiati i testa-letto in modo da passare, da 24 a 26 letti. Questa operazione ha creato sia la possi-

bilità di partire con il Progetto di PCP, ma anche di far fronte a situazioni di iperafflusso.

I pazienti presi in carico vengono ricoverati nei letti aggiuntivi, e il pomeriggio, in base alle dimissioni, vengono resi disponibili i letti per la PCP della mattina successiva. Ciò significa che ogni setting, lavora con massimo 26 letti mattina e pomeriggio e 24 letti la notte, lasciandone 2 liberi per la mattina successiva. Questa modalità permette di alleggerire il DEA la mattina, evitando gli spostamenti dei pazienti.

Sono stati definiti gli indicatori: giornate di boarding al PS, giorni in cui la stanza doppia viene usata come singola, numero di giorni al mese in cui i letti di PCP non sono disponibili, orario in cui i pazienti in PCP arrivano in reparto.

Il progetto di PCP ha permesso di alleggerire il DEA in media della metà dei pazienti in boarding ogni mattina, con solo 2 giornate nel periodo novembre 2021- maggio 2022 in cui i posti per la PCP non sono stati disponibili. I pazienti salgono in reparto fra le 8.40 (orario primo invio) e le 10.30.

CONCLUSIONI

Il progetto di PCP ha determinato diversi miglioramenti nella gestione del percorso del paziente verso il ricovero.

Le azioni di miglioramento sono state realizzate con una forte integrazione multidisciplinare, coinvolgendo ed impegnando i diversi profili, portando anche ad un miglioramento del clima interno, ma soprattutto del livellamento tra attività di ammissione e dimissione nelle degenze mediche.

GSD Hub Tamponi SARS-CoV-2 di Rho Fiera (MI): analisi dei dati e monitoraggio delle attività

Colucci S. ¹, Cutrì B.², Gaetti G.^{1,2}, Alovisei V.³, Bertini B.², Anconetani F.², Giambuzzi C.², Paglialunga F.³, Sorgente A.⁴, Ferri C.⁵, Signorelli C.¹, Crugnola R.³, Alberti V. F.²

1 Università Vita-Salute San Raffaele, Milano (MI); 2 Sovrintendenza Sanitaria, Gruppo San Donato sistemi e servizi s.c.a.r.l., Milano (MI); 3 Istituto Ortopedico Galeazzi S.p.A., Milano (MI); 4 Relazioni Istituzionali, Gruppo San Donato sistemi e servizi s.c.a.r.l., Milano (MI); 5 Farmacoeconomia, Gruppo San Donato sistemi e servizi s.c.a.r.l., Milano (MI)

Parole chiave: COVID-19, Hub tamponi, drive-through

INTRODUZIONE

Per fronteggiare l'ondata pandemica da COVID-19, su manifestazione di interesse di ATS Milano, apre in soli 4 giorni l'Hub Tamponi del Gruppo San Donato (GSD) di Rho Fiera, dove sono stati eseguiti test molecolari (PCR) SARS-CoV-2 su prenotazione tramite Agenda Mercurio (ATS Milano, MMG/PLS) o ad accesso diretto (prescrizione MMG/PLS, certificato di fine isolamento ATS) e successivamente anche test antigenici per setting scolastico. Obiettivo dell'articolo è descrivere l'andamento dei flussi dei test effettuati, i volumi e gli esiti.

CONTENUTI

Dal 4 gennaio all'11 febbraio 2022, periodo di apertura dell'Hub, sono stati eseguiti 25.074 test molecolari e 5.426 antigenici, su un bacino d'utenza che abbraccia la zona Nord-Ovest di Milano Provincia, con prevalenza presso Milano e Rho. Analizzando la media giornaliera sul periodo di apertura, si è evidenziata una percentuale di nuovi casi presso l'Hub dell'1,4% rispetto alla media di Regione Lombardia (RL) e del 4,5% rispetto a Milano Provincia, a fronte di un numero di tamponi molecolari eseguiti presso Rho pari allo 0,5% degli stessi in RL. Nel giorno di maggior affluenza (8 gennaio) è stato rilevato il 2,7% dei nuovi casi e lo 0,8% dei tamponi molecolari rispetto a RL e, rispetto a Milano, l'8,3% dei nuovi casi, mentre nel giorno con meno accessi (9 febbraio) lo 0,3% dei nuovi casi e lo 0,1% dei tamponi molecolari in confronto a RL e lo 0,9% dei nuovi casi rispetto a Milano. In totale, vi è stata un'incidenza di nuovi casi rispetto a RL pari all'1,2% e rispetto a Milano del 4,0%. Analizzando la percentuale del numero di positivi di Rho su Milano, il trend generale identifica il lunedì e il sabato come giorni con picco di accessi

rispetto al resto della settimana. Non si evincono, inoltre, differenze significative di incidenza tra i due sessi, mentre per età, la maggior affluenza è stata per la fascia 45-49 anni, la minore per i < 4 anni e i > 60 anni. Dal 24 gennaio, sono stati eseguiti anche test antigenici, corrispondenti al 4,5% dei tamponi totali, considerando anche i test molecolari. In generale vi è stata una graduale diminuzione degli accessi, in linea con un decremento dei contagi su scala nazionale.

CONCLUSIONI

L'Hub Tamponi di Rho Fiera ha fornito, con tempestività organizzativa, un importante sostegno ad ATS Milano nella rilevazione di nuovi casi Covid-19 e di conferma dello stato di fine isolamento, in una situazione emergenziale di ripresa dei contagi.

	Regione Lombardia		Milano Provincia			Rho			% Rho su RL		% Rho su Milano	
	NUOVI CASI	TAMPONI MOLECOLARI	NUOVI CASI	TAMPONI MOLECOLARI	TAMPONI ANTIGENICI	NUOVI CASI	TAMPONI MOLECOLARI	TAMPONI ANTIGENICI	NUOVI CASI	TAMPONI MOLECOLARI	NUOVI CASI	TAMPONI MOLECOLARI
MIN	3216	44765	1055	10	37	0	0,3%	0,1%	0,3%	0,1%	0,9%	0,3%
MAX	52693	819123	37086	1413	2677	28	2,7%	0,8%	8,3%	0,8%	8,3%	8,3%
MEDIA	23808	366417	7252	329	761	10	1,6%	0,5%	4,5%	0,5%	4,5%	4,5%
TOTALE (04.01-11.02)	928518	6490252	282840	11180	25883	157	1,2%	0,8%	4,0%	0,8%	4,0%	4,0%

Tabella 1: Sintesi descrittiva del numero dei tamponi eseguiti e dei nuovi casi rilevati di Rho Fiera in confronto alla Provincia di Milano e Regione Lombardia nel periodo di apertura dell'Hub (04.01.2022-11.02.2022)

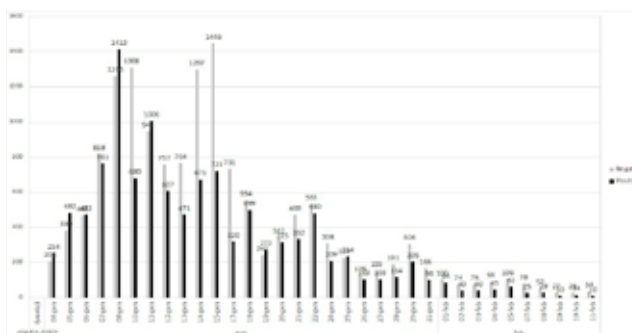


Figura 1: Volume ed esiti giornalieri del numero di test molecolari SARS-CoV-2 (PCR) eseguiti presso l'Hub Tamponi di Rho Fiera con i relativi risultati negativi (in grigio) e positivi (in nero), durante il periodo di apertura dell'Hub (04.01.2022-11.02.2022)

L'Audit Organizzativo per il miglioramento della qualità – l'esperienza e i risultati di Niguarda

Moreno M.¹ (Direttore Sanitario), Mazzali C.², Colombo P.², Micocci M.², Piantelli A.², Saporetti G.² (Direttore)

1 S.C. Qualità e Rischio Clinico; 2 ASST GOM Niguarda

Parole chiave: audit organizzativi, checklist, miglioramento

INTRODUZIONE

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda è azienda capofila del progetto di ricerca di rete finalizzata 2016 dal titolo “Performance evaluation and value assessment for cardiovascular and oncological care paths in a regional network context: challenges and opportunities”. Obiettivo del progetto è lo sviluppo di metodi innovativi di audit per il miglioramento delle organizzazioni sanitarie. In particolare, si è rilevata la necessità di audit organizzativi per valutare i processi nelle attività sanitarie.

CONTENUTI

Per raggiungere questo scopo è stato sperimentato l'utilizzo della Checklist di autovalutazione predisposta in Regione Lombardia e adottata con Delibera XI / 2700 del 23/12/2019. La Checklist consente di evidenziare i processi che rispettano i requisiti qualitativi dell'organizzazione e di identificare i principali punti di attenzione, facendo emergere le opportunità di miglioramento in un'ottica di sviluppo continuo.

La Checklist indaga 7 aree, che sono declinate in 39 standard:

1. Engagement – Empowerment – Diritti
2. Informazione e Ascolto – Comunicazione e Relazione
3. Assistenza e Cura
4. Organizzazione delle cure e Continuità assistenziale
5. Prevenzione e Gestione del Rischio Clinico
6. Servizi di assistenza e Cura
7. Servizi di assistenza territoriali

È stata quindi pianificata l'attività di Audit per gli anni 2021 e 2022. Nel 2021 sono stati condotti 9 audit organizzativi in 3 dipartimenti: Cardiotoracovascolare, Ematologia Oncologia e Medicina Nucle-

are e Neuroscienze Testa e Collo. Le aree indagate sono state le prime 5 della lista sopra riportata e per ognuna di queste si è posta particolare attenzione ad alcuni elementi specifici.

Obiettivo dell'audit è far emergere i punti di forza del reparto ed eventuali criticità, che saranno poi affrontate suggerendo azioni di miglioramento.

Per i 3 dipartimenti i punti di forza hanno riguardato soprattutto: gestione del follow-up a distanza di pazienti gravi, coinvolgimento multidisciplinare nell'attività di briefing, coinvolgimento dei caregiver nel percorso di cura, esplicitazione e comunicazione circa la composizione dello staff e formazione del paziente e dei familiari nel processo educativo.

Tra le criticità rilevate riportiamo: mancanza di un percorso ben strutturato circa il trasferimento interno dei pazienti, mancanza di informazioni dettagliate circa l'utilizzo off label di alcuni farmaci, errata compilazione di documentazione “Checklist – time out per la registrazione delle attività di verifica preventiva”.

Infine, tra le azioni di miglioramento suggerite riportiamo: perfezionamento della compilazione dei verbali operatori e dei consensi informati, registrazione in cartella degli interventi educativi e degli obiettivi educazionali di pazienti, caregiver e familiari, redazione di documentazione che definisca i criteri di accesso e dimissione dalle terapie intensive e sub-intensive e maggiore aderenza alla procedura aziendale sulla gestione dei farmaci LASA.

CONCLUSIONI

L'accuratezza dell'analisi, insieme all'estrema duttilità di utilizzo, permettono di individuare nella Checklist un'ottima misura per evidenziare punti di forza e di debolezza della struttura, e suggerire azioni di miglioramento mirate.

Ambulatorio follow-up covid IRCCS Inrca: modello organizzativo di integrazione tra clinica e ricerca

Ludovico Biardi¹, Anna Rita Bonfigli², Andrea Vesprini³, Cinzia Giammarchi⁴, Vittorio Marconi⁵, Fabrizia Lattanzio⁶, Francesco Spannella⁷, Letizia Ferrara⁸

1 Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche - Ancona; 2 UO Ricerca, Innovazione e Trasferimento Tecnologico – Clinical Trial Office - IRCCS INRCA - Ancona; 3 Direttore Sanitario IRCCS INRCA – Ancona; 4 Direzione Scientifica IRCCS INRCA ~ Ancona ~ Italy; 5 Scuola di specializzazione in Statistica Sanitaria e Biometria, Università Politecnica delle Marche - Ancona; 6 Direttore Scientifico IRCCS INRCA – Ancona; 7 UO Clinica Medica e Geriatrica - IRCCS INRCA - Ancona; 8 UOSD Qualità e Sicurezza del Paziente, Benessere Organizzativo e Accreditamento - IRCCS INRCA

Parole chiave: Modelli organizzativi, Informatizzazione, COVID-19

INTRODUZIONE

Per garantire un adeguato Follow-Up dei pazienti che hanno contratto l'infezione COVID-19, l'IRCCS INRCA ha attivato un servizio ambulatoriale secondo un modello Day Service, nel quale, nell'arco di una singola mattinata, vengono erogate da un team multidisciplinare numerose consulenze specialistiche e accertamenti diagnostici, in un setting assistenziale innovativo (Casa Amica, una Smart House all'interno del POR di Ancona).

CONTENUTI

All'ambulatorio accedono pazienti precedentemente ricoverati per COVID-19 presso i presidi INRCA. In un ambiente accogliente, simile ad un appartamento dotato di tecnologia domotica (Casa Amica) i pazienti sono accolti dal coordinatore del Clinical Trial Office e assistiti da personale infermieristico che provvede all'esecuzione di TNF, prelievi ematici e alla registrazione del tracciato ECG. In rapida successione, nell'arco della mattinata si avvicendano i diversi specialisti del team multidisciplinare (Cardiologo, Geriatria, Psicologo, Fisiatra, Pneumologo) che eseguono visite, test funzionali, scale di valutazione ed esami strumentali (Ecocardiografia, Spirometria, Ecografia Polmonare). Al termine, lo specialista Case Manager (Internista/Infettivologo) elabora una relazione clinica di sintesi, indica eventuali ulteriori approfondimenti specialistici e programma la Presa In Carico per i successivi Follow-Up, consegnando al paziente i referti di tutte le prestazioni e degli esami di laboratorio e strumentali effettuati nella mattina.

L'attività assistenziale offerta, oltre a rispondere ad un bisogno di salute della popolazione, rien-

tra in un più ampio progetto di ricerca sviluppato dall'INRCA già a partire dai primissimi mesi della pandemia (ReportAge COVID, Aprile 2020) e integra al suo interno l'attività delle 3 Reti degli IRCCS nazionali a cui l'Istituto partecipa (Rete Aging, Rete Cardiologica, e Rete delle Neuroscienze e della Riabilitazione).

Per favorire una completa integrazione tra attività clinica e ricerca scientifica, all'interno della Cartella Clinica Elettronica già in uso nell'Istituto per tutti i processi assistenziali, è stato progettato ed implementato un nuovo modulo ambulatoriale che permette una gestione clinica multidisciplinare e multiprofessionale, la gestione di consensi, delle agende di prenotazione e di Presa In Carico, delle ricette dematerializzate e soprattutto la raccolta di dati clinici strutturati che alimentano il Datawarehouse aziendale, secondo le variabili contenute nello specifico Case Report Form (CRF) del protocollo di studio clinico.

CONCLUSIONI

La strutturazione di questo servizio ambulatoriale multiprofessionale, frutto di un notevole sforzo clinico, organizzativo e progettuale, pone le basi per un nuovo modello di gestione clinico-assistenziale multidisciplinare spendibile, oltre che per il Follow-Up COVID, anche per la gestione di molte altre patologie croniche che richiedono un approccio assistenziale e di presa in carico multidimensionale. Inoltre, la completa informatizzazione del processo assistenziale, favorisce una più efficiente collaborazione tra i vari specialisti, un'efficace gestione dei dati raccolti anche ai fini di ricerca e, complessivamente, una migliore risposta alle necessità degli utenti.

I limiti della legge: disposizioni anticipate di trattamento

Massari G.¹, Melpignano L.², Stellacci A.³, Abbasciano V.M.B.¹, Dario R.², Mele F.⁴, Angrisani C.⁴, Fontanelli S.¹, Daleno A.⁴

1 - Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro; 2 - Direzione Medica di Presidio Giovanni XXIII, AOU Policlinico di Bari; 3 - Scuola di specializzazione in Medicina Legale, Università degli Studi di Bari Aldo Moro; 4 - Direzione Medica di Presidio delle Maxi-Emergenze, AOU Policlinico di Bari

Parole chiave: libertà di scelta, DAT, testamento biologico.

INTRODUZIONE

Il Legislatore tutela la libertà del singolo di autodefinirsi in merito alla propria salute. Pertanto ognuno può accettare o meno - del tutto o in parte - i trattamenti e le procedure, più o meno invasivi, che gli vengano proposti dai sanitari, con facoltà di revoca. Le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), comunemente definite “testamento biologico” o “biotestamento”, sono regolamentate dall’art. 4 della Legge 219 del 22 dicembre 2017, entrata in vigore il 31 gennaio 2018, che “tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all’autodeterminazione della persona”. La stessa ha sancito che nessun trattamento sanitario può essere intrapreso, in assenza di consenso libero e informato dell’interessato, salve particolari situazioni previste dalla legge. Tale normativa disciplina in modo estremamente dettagliato le modalità con le quali il singolo possa esprimere o revocare il consenso informato e delinea l’ambito di applicazione dello stesso; inoltre, definisce le DAT, attraverso le quali ogni soggetto maggiorenne, nell’ipotesi di una probabile futura inabilità di autodefinirsi e dopo esser stato adeguatamente informato sulle conseguenze delle sue decisioni, ha la facoltà di manifestare le proprie volontà riguardo gli accertamenti diagnostici, le scelte terapeutiche e i singoli trattamenti sanitari. Scopo di questo lavoro è fornire uno spunto di riflessione sulle DAT a seguito della pratica ospedaliera quotidiana.

CONTENUTI

È giunto alla nostra attenzione il caso di un paziente di anni 46 affetto da Fibrosi Polmonare Idiopatica che nel settembre 2020 sottoscrisse le DAT dichiarando specifico dissenso alla ventilazione invasiva. Nel pieno contesto pandemico, il paziente contrasse l’infezione da Sars-Cov-2 e fu costretto all’ospeda-

lizzazione. Durante la degenza il quadro polmonare già critico, ma stabile in riferimento alla patologia di base, subì un brusco peggioramento per l’infezione virale. Al fine della risoluzione del quadro acuto legato al Covid, si rese necessaria la ventilazione invasiva per la quale in passato il paziente aveva espressamente firmato il Dissenso.

Solo dopo colloquio con il personale sanitario, in associazione al supporto psicologico fornito dall’ospedale, il paziente decise di bypassare le precedenti volontà sottoscritte e di permettere la somministrazione terapeutica invasiva, esclusivamente per la risoluzione del quadro acuto infettivo, e non della patologia di base.

CONCLUSIONI

Il caso esaminato ha permesso di porre serie riflessioni in merito ad una eventuale modifica delle DAT. In altri termini, secondo gli Autori, dovrebbe prevedersi la possibilità di superare le DAT precedentemente rilasciate, qualora i pazienti si trovino in una condizione di incapacità di esprimere il proprio consenso, prevedendo che, qualora insorga una nuova patologia, non prevedibile all’atto della sottoscrizione delle DAT, i sanitari possano intervenire per risolvere esclusivamente il quadro morboso instauratosi successivamente. Tanto vale nel caso di una patologia subentrante di tipo acuto a rapida risoluzione mediante un trattamento transitorio e non definitivo. L’esperienza della nostra Direzione, dimostra come in tali casi, qualora possibile, sia fondamentale e centrale il colloquio con il paziente da parte dei “curanti” che, insieme al supporto psicologico per lo stesso, permetta la trasmissione e comprensione di una informazione chiara e completa che consenta l’esercizio di un diritto di scelta consapevole, legalmente garantito.

Cartella clinica incompleta: nella chirurgia tiroidea, chi paga?

V.M.B. Abbasciano*, A. Stellacci[§], G. Massari*, R. Dario[°], C. Angrisani[§], F. Mele[§], S. Fontanelli*, A. Daleno[§], L. Melpignano[°], A.M. Minicucci[°]

[°] Direzione Medica Presidio Ospedaliero Pediatrico 'Giovanni XXIII', * Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva- Università degli Studi di Bari Aldo Moro, [§] Scuola di specializzazione in Medicina Legale- Università degli Studi di Bari Aldo Moro, [§] Direzione Medica di Presidio Ospedaliera Delle Maxi emergenze, [°] Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale Policlinico Bari Regione Puglia - Via Amendola n.207 70120 Bari, Italy, + 39 080 5596666 Email: direzionemedicaxxiii@policlinico.ba.it

Parole chiave: Thyroidectomy ; Health malpractice ; Damage assessment

INTRODUZIONE

Nella chirurgia tiroidea, le complicanze descritte in Letteratura sono frequenti, e spesso indipendenti dall'operato del Sanitario chirurgo. Più dettagliatamente, l'ipoparatiroidismo è la complicanza più frequente, a seguire sono descritte le lesioni del nervo ricorrente, la disfagia, l'emorragia e per finire le infezioni.

Alla luce di tanto, anche in rapporto al contenzioso in ambito chirurgico sono state esaminate nove sentenze emesse tra il 2018 ed il 2021 relative a richieste di risarcimento danni per presunta malpractice sanitaria.

Questo articolo ha lo scopo di valutare la natura delle richieste risarcitorie per presunta malpractice sanitaria in ambito di chirurgia tiroidea in Italia. In particolare alla luce delle nuove normative Italiane sull'argomento (L. 24/2017) ci siamo chiesti quali fossero:

- le caratteristiche delle controversie instaurate;
- i presunti danni più spesso lamentati;
- le condotte eventualmente censurabili dei sanitari;
- i motivi di accoglimento o rigetto della domanda di richiesta di risarcimento.

CONTENUTI

Sono state esaminate nove sentenze emesse dal 2018 al 2021 e relative a chirurgia tiroidea. Dall'analisi delle motivazioni di accoglimento delle domande, è emerso che i risarcimenti sono stati riconosciuti sulla base della lacunosità della cartella clinica, in particolare per ciò che riguarda la descrizione dell'intervento chirurgico eseguito: l'assenza di una descrizione dettagliata di come

fu operata l'identificazione e la preparazione dei nervi laringei, nella tecnica eseguita, è stata fonte di attribuzione di responsabilità. In altri termini, a fronte di un danno nervoso, la mancata descrizione di accuratezza operativa ha favorito l'ipotesi di assenza nei fatti della stessa da parte dell'operatore.

CONCLUSIONI

I dati illustrati in questo lavoro dimostrano come una maggiore attenzione nella compilazione delle cartelle cliniche riduca la possibilità, in caso di contenzioso per presunta responsabilità professionale, che l'Ospedale sia condannato a pagare risarcimenti non dovuti, esclusivamente alla impossibilità di dimostrare la assenza di errore: i Giudicanti hanno condannato le strutture solo per «carezza documentale».

Abbiamo quindi dimostrato che un adeguato e periodico controllo sulla compilazione della Documentazione Clinica da parte della Direzione Sanitaria, previa adeguata formazione del personale, permetterebbe una riduzione dei costi del contenzioso dell'ospedale.

HPR in AUSL Romagna: tecniche di OM per efficientamento Sale operatorie ed governo liste di attesa

Tarlazzi P.¹, Raggi F.², Bravi F.³, Sisti V.⁴, Tellarini D.⁵, Lazzari C.⁶, Caruso B.⁷, Ravaioli C.⁸, Ciotti M.⁹, Carioli U.¹⁰, Masperi P.¹¹

1 FF Direttore di Presidio Ospedaliero di Lugo, F.2 Direttore di Presidio Ospedaliero di Rimini, 3 Direttore di Presidio Ospedaliero di Ravenna, 4 Ingegnere Gestionale presso DM Presidio Ospedaliero di Ravenna, 5 Direttore di Presidio Ospedaliero di Faneza, 6 Direttore di Presidio Ospedaliero di Cesena, 7 Direttore di Presidio Ospedaliero di Riccione, 8 Medico di Direzione Presidio Ospedaliero di Ravenna, 9 Medico di Direzione Presidio Ospedaliero di Rimini, 10 Medico di Direzione Presidio Ospedaliero di Ravenna, 11 Direttore di Presidio Ospedaliero di Forlì

Parole chiave: buone pratiche, operations management, efficienza

INTRODUZIONE

Nel 2020, in AUSL della Romagna, sono stati eseguiti circa 40 mila interventi chirurgici, diminuiti di circa il 20% rispetto alla produzione nel 2019, in ragione della pandemia da SARS CoV2. Vi è pertanto necessità di efficientare l'attività chirurgica per recuperare gli interventi scaduti, assicurando sicurezza delle cure.

CONTENUTI

A febbraio 2021 è stato istituito il progetto aziendale Healthcare Process Reengineering (HPR), nel cui ambito un gruppo di lavoro si è occupato di "Massimizzazione dell'efficienza delle sale operatorie", allo scopo di applicare i criteri di Operations Management e il concetto di "value based" all'attività delle sale operatorie. Il gruppo multidisciplinare era costituito da infermieri, medici di direzione, ingegneri gestionali, anestesisti, chirurghi generali e specialistici. All'interno del team si è stabilito un metodo di confronto comune, identificando i fattori critici di successo - FSC del percorso del paziente, partendo dalla presa in carico da parte dell'equipe chirurgica fino al rientro in reparto.

Su indicazione dei coordinatori sono state organizzate site visit, come da accreditamento regionale, nel blocco operatorio del presidio assegnato, allo scopo di osservare la logistica e l'attività chirurgica e compilare la check list condivisa (17 items), descrivendo modalità organizzative e criticità di ciascun blocco. In seguito sono state realizzate SWOT Analysis sottolineando punti di forza e di debolezza, opportunità e minacce percepite, al fine di un riscontro strutturato, esterno ed imparziale della situazione del blocco operatorio. Dopo

la presentazione dei risultati ciascun presidio ha formalizzato azioni di miglioramento da mettere in pratica.

CONCLUSIONI

L'applicazione dei principi dell'Operations Management può migliorare sicurezza ed efficienza dell'attività di sala. A settembre 2021 ne è stata valutata l'efficacia delle azioni di miglioramento rispetto agli elementi di criticità riscontrati: compilazione check-list SOS.net, tempi di cambio, rispetto della lista operatoria. Grazie ad esse è stato possibile incremento del 10% della produzione chirurgica, erogando circa 50 mila interventi chirurgici, con una prospettiva di crescita produttiva per il prossimo biennio nel rispetto delle risorse disponibili, efficienza e sostenibilità economica.

PDTA per il trattamento della calcolosi urinaria: integrazione ospedale territorio

Nasi G.^{1,2}, Blefari F.³, Sapienza M.^{1,2,5}, Pucello D.⁴

1 Direzione Sanitaria Ospedale Cristo Re, Roma, 2 Anmdo Sezione Lazio, 3 Direttore UOC Urologia Ospedale Santo Stefano, Prato, 4 UOS Urologia e litotrissia Ospedale Sandro Pertini, Roma, 5 Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica UCSC

Parole chiave: litiasi, PDTA, modello organizzativo integrato

INTRODUZIONE

La calcolosi o litiasi urinaria è una patologia molto diffusa nel mondo occidentale, nelle Nazioni socioeconomicamente più avanzate la prevalenza varia fra il 4% e il 20% e le recidive sono frequenti, tanto da verificarsi in una percentuale che varia dal 25 al 50% dei casi dopo 5 anni. In Italia si calcola che colpisca circa il 10% della popolazione maschile e il 5% di quella femminile, con un'incidenza stimata di circa 100.000 nuovi casi all'anno, maggiormente nell'età compresa tra i 30 e i 50 anni. Occorre pertanto farsi carico correttamente dei pazienti con calcolosi urinaria attraverso percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) che possano dare una risposta efficace ai relativi bisogni sanitari soddisfatti da setting diversi.

CONTENUTI

Lo scopo del PDTA è trattare la calcolosi urinaria valorizzando al massimo l'efficienza del territorio attraverso la multidisciplinarietà, l'appropriatezza e lo sviluppo dell'interconnessione delle comunicazioni sanitarie, come richiesto nei recenti piani operativi e atti di indirizzo, con particolare riferimento al DM 71/2022, potenziando le strutture funzionali a livello aziendale e sovra-aziendale in grado di integrare l'ospedale con il territorio facilitando l'utilizzo dei diversi setting secondo la complessità clinica. Infatti, questa organizzazione sanitaria agevola fortemente la personalizzazione delle cure e il "care management" che sono il cardine della continuità assistenziale dalla fase acuta al recupero dell'autonomia domiciliare, da declinare, in particolare per i pazienti cronici, in una serie strutturata di azioni di un unico processo. La gestione del percorso richiede anche il supporto di piattaforme tecnologiche di comunicazione e di telemedicina, attraverso l'utilizzo coordinato di

risorse, a condivisione di informazioni e strumenti di valutazione, la maggiore tempestività del trattamento riabilitativo.

In quest'ambito si è predisposto un piano di formazione tale da uniformare le attività degli specialisti coinvolti nella gestione degli assistiti portatori di calcolosi renale, non solo in qualità di urologi ma integrando le attività di organizzazione sanitaria, diagnostica di laboratorio e di diagnostica strumentale radiologica, con il fine di farsi carico a 360° della problematica del paziente proseguendo su un PDTA ben delineato con un primo livello territoriale che per gli urologi si basa sulla propria capacità clinica e strumentale (ecografia, terapia espulsiva e successivi controlli, antibiotico terapia ecc.), potendo indicare al Paziente le fasi successive avvalendosi di strutture terze, accedendo direttamente alla relativa programmazione delle prestazioni (Laboratorio, Citodiagnostica, Radiologia, Medicina Nucleare ecc.).

CONCLUSIONI

Il PDTA così strutturato offre sul campo una risposta efficace per arrivare al più presto alla diagnosi e quindi al trattamento idoneo tramite l'utilizzo di mezzi diagnostici razionali e possibilmente meno invasivi, coinvolgendo gli specialisti appropriati. In ultima analisi tale organizzazione consente una presa in carico dalla diagnosi alla riabilitazione del paziente riducendo sia il margine di errore nella terapia con l'utilizzo di best practice e di EBM (evidence base medicine), sia il dispendio di risorse economiche, ponendo in essere i principi valoriali della qualità espressi in termini di effectiveness e outcome, instaurando il coordinamento e la sinergia tra gli urologi del territorio, specialisti ospedalieri e medici di medicina generale.

Governo dei servizi ambulatoriali nella fase post Covid

Ciancia G.¹, Adani G.², Longo A.³, Bortolotti M.⁴, Pinelli P.⁵, Giacobazzi C.⁵, Trebbi U.⁶, Di Tella S.⁷, Reggiani S.⁸

1Medico di Direzione Sanitaria, Ospedale di Sassuolo SpA, 2 Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Modena e Reggio Emilia, 3Controllo di gestione, Ospedale di Sassuolo SpA, 4Responsabile Informativo Aziendale (SIA) Ospedale di Sassuolo SpA, 5Sistemi Informativi Aziendali Ospedale di Sassuolo SpA, 6Artex, Healthcare Digital Architects, 7Direttore Sanitario Ospedale di Sassuolo SpA, 8Direttore Generale Ospedale di Sassuolo SpA

Parole chiave: specialistica ambulatoriale, covid-19, innovazione digitale

L'Ospedale di Sassuolo SpA ha erogato circa 242.000 prestazioni ambulatoriali per esterni nell'anno 2019. Nell'estate 2020, a seguito dell'emergenza Covid e della sospensione di tutte le attività ambulatoriali per circa due mesi, si erano accumulate 18.000 prestazioni non erogate e ad affrontare la duplice sfida di riaprire con le attività recuperando velocemente le prestazioni sospese e gestire la domanda di nuove nel rispetto però di tutte le nuove norme di sicurezza relative alla prevenzione della diffusione del Covid ed in particolare ad evitare gli assembramenti nelle sale d'attesa. Da queste premesse è nato il progetto di governo dei servizi ambulatoriali nella fase post Covid con la collaborazione di Artex per la creazione di un pannello per monitorare gli assembramenti nelle sale d'attesa. Ad una prima fase di analisi dei dati e delle informazioni disponibili quali le prenotazioni esistenti, storico degli accessi, agende di prenotazione e durata delle visite, svolta utilizzando una piattaforma di data analytics, è seguita la fase di sviluppo di un supporto dinamico in grado di aggiornarsi continuamente acquisendo in tempo reale le informazioni e superando le criticità emerse. In particolare, in base alle prenotazioni effettuate dai pazienti, il sistema stima il numero di persone presenti nelle sale di attesa dell'Ospedale, valutando il grado di assembramento e fornendo una rappresentazione grafica dell'andamento giornaliero. Questo ha permesso di effettuare simulazioni ed elaborare strategie specifiche per prevenire gli assembramenti, ad esempio spostando alcuni ambulatori o sfalsando le tempistiche degli appuntamenti. L'adozione di questo sistema ha permesso all'Ospedale di recuperare le visite in sospenso in tempi brevi ed ottimizzare gli accessi alle sale d'attesa, validando i dati del sistema attraverso il

controllo in loco da parte del personale degli assembramenti in essere. L'ospedale intende continuare a sviluppare in futuro algoritmi previsionali, anche basati su tecniche di Intelligenza Artificiale, in grado di fornire con continuità e in tempo reale previsioni sull'orario in cui ciascuna prestazione verrà erogata. In un'ottica di lungo periodo, per gli ambulatori che possono avere un utilizzo polispecialistico oppure tra i vari ambulatori necessariamente mono specialistici per necessità strumentali, si cercherà di passare dall'attuale configurazione collegata al professionista ad una configurazione a gestione "centralizzata" organizzata in base alle richieste in essere e con l'obiettivo di evitare l'affollamento dei pazienti all'interno della struttura. Si tenderà a un modello in cui la visita sarà prenotata per un determinato giorno e orario, mentre il luogo di erogazione all'interno dell'ospedale potrà variare a seconda delle necessità: paziente e medico riceveranno una notifica del luogo in cui verrà predisposto l'ambulatorio. In alcuni reparti questo è già possibile, grazie agli investimenti fatti per rinnovare la rete Wi-Fi dell'ospedale, che ha permesso, inoltre di implementare innovative tecnologie di telemetria e tracciabilità.

Sanità di prossimità: Ambulatorio Infermieristico di comunità Presidio Ospedaliero Suor Cecilia Basarocco

Cirrone Cipolla A.¹ Cona C. V.², Bartoluccio G.³, Trobia B.⁴, Roccia G.⁵, Santino M.P.⁶

1 Responsabile Direzione Medica di Presidio P.O. "Suor Cecilia Basarocco" Niscemi; 2 Dirigente Psicologo Dipartimento di Cure Primarie-P.O. "Suor Cecilia Basarocco"; 3 Responsabile Amministrativo PUA Distretto Sanitario Gela; 4 Direttore UOC Direzione Medica P.O. "S.Elia" di CL; 5 Direttore UOC Cure Primarie; 6 Direttore Sanitario Aziendale ASP di CL

Parole chiave: Infermiere – Comunità – Decreto Rilancio

INTRODUZIONE

L'infermiere di famiglia e comunità è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, con conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e sanità pubblica istituita con il patto per la salute del 2019/2021 e attuato dal Decreto Rilancio. Nell'ottica della sperimentazione di tale servizio, in raccordo agli indirizzi delineati dal PNNR, è si è proceduto ad ampliare il concetto di assistenza e di integrazione delle misure volte all'accompagnamento del paziente post ricovero alla piena riabilitazione. La presa in carico dello stesso da parte dei P.O. determina la necessaria attuazione di interventi finalizzati alla cura del paziente non solo nella fase di post surgery, ma altresì su specifica richiesta da parte dei medici di Assistenza Primaria, Pediatri di libera scelta e Medici di Continuità Assistenziale su ricettario personale.

MATERIALI E METODO

È stato istituito all'interno del P.O. di Niscemi uno specifico ambulatorio di IF/C dal lunedì al venerdì contattabile attraverso tutti i canali di interazione sanitaria in grado di eseguire numerose attività quali: Iniezioni varie, medicalizzazioni, gestioni stomie e drenaggi, terapie endovenose, rilevazioni parametri vitali etc etc. Tali prestazioni vengono erogate attraverso l'ausilio della strumentazione tecnica e non presente all'interno del P.O. In raccordo ai reparti, ai medici di cui alla eventuale prima assistenza sanitaria. Il paziente viene preso in carico e seguito fino alla totale deambulazione autonoma. Tale prestazione nella fase pandemica ha determinato un importante corollario nell'ottica della migliore assistenza del paziente COVID sia nella fase acuta che nella fase di negativizzazione

ne anche sotto l'aspetto della pieno reintegro dello stesso nelle piene funzionalità. Ad un mese dall'attivazione sono stati presi in carico 207 pazienti. Il 90% dei classificati in codice bianco, ha beneficiato dalla novità. L'ambulatorio è ubicato nei locali del Pronto Soccorso al fine di garantire la continuità delle cure, in particolare qualora in presenza di malattie che richiedono trattamenti complessi o il ricovero; integra in sintesi nella rete di sicurezza del Pronto Soccorso una medicina territoriale rispondente a richiesta di salute della popolazione.

RISULTATI

Ad oggi la fase di sperimentazione del servizio è a pieno regime dalla quale si registra una buona risposta in termini di prestazioni che di gradimento da parte degli utenti. La individuazione di tale figura e la correlata erogazione dei servizi ad essa allocati consente di poter affermare oltre ogni ragionevole dubbio che la futura Sanità 4.0 deve prevedere sempre di più una deospedalizzazione che faccia fronte alle esigenze degli ammalati con necessaria implementazione della fase di prevenzione, di screening e di accoglienza del paziente dalla fase pre-acuzia fino alla post acuzia. Tale ottica deve necessariamente partire da una spinta alla domiciliarizzazione delle cure determinando così facendo una decongestione della fase acuzia migliorando la risposta sanitaria in termini di tempi, di qualità e di efficienza nella gestione delle risorse pubbliche. Il P.N.N.R. sarà all'uopo strumento detonatore di tale inversione di tendenza o, nella malaugurata ipotesi, un'altra occasione sciupata.

Progetto di riqualificazione strutturale ed impiantistica dell'Ospedale del Mugello



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE



Autori: Saverio Checchi¹, Niccolò Vonci², Giulia Di Pisa¹, Claudia Capanni³

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

² AUSL Toscana-Centro, Medico DSPO Borgo San Lorenzo

³ AUSL Toscana-Centro, Direttrice SOS DSPO Borgo San Lorenzo



Parole Chiave: edilizia sanitaria, riqualificazione, Ospedale del Mugello

Introduzione: il Mugello ha il suo Ospedale fin dall'anno 1871, quando un comitato di facoltosi locali decise di creare una struttura sanitaria a Luco. Nel 1969 iniziarono i lavori per trasferire l'Ospedale a Borgo San Lorenzo, che vedrà l'apertura nel 1989.

Da tempo è prevista una riqualificazione strutturale ed impiantistica; per il nuovo progetto, rivisto anche alla luce della pandemia da Sars-CoV-2, sono stati presi in considerazione i principali ambiti di miglioramento e stabilite le principali linee di indirizzo.

L'obiettivo dell'elaborato è quello di illustrare i punti cardine del progetto di rinnovamento della struttura.

Contenuti: l'Ospedale del Mugello è classificato come "Ospedale di base". E' quindi dotato di Specialità ad ampia diffusione territoriale e di Pronto Soccorso, per il quale sono previste ristrutturazioni al di fuori della riqualificazione globale, in ottemperanza al D.Lgs 34/2020. Lo stesso Decreto adegua i PL della terapia intensiva (0.14/mille abitanti).

Il progetto di rinnovamento prevede:



Nuova palazzina esterna a 2 piani

NEW

- Direzioni Sanitaria e Infermieristica
- Locali del 118 territoriale
- 2 sale riunioni
- Camera calda

Nuova Cardiologia

NEW

- Nell'attuale spazio ambulatori, che sarà ampliato per inserire
 - Day Service multidisciplinare
 - Preospedalizzazione

Nuovi percorsi più semplici e funzionali

NEW

- Due nuovi ascensori montaletti dai piani -2 a 3
- Accessi diretti e separati per il rifornimento del guardaroba e smaltimento dei rifiuti
- Nuovo ingresso barellati al livello -1

Terza sala operatoria

NEW

- Isolabile dal resto del comparto da utilizzare in caso di malattie infettive diffuse

Reparto volano al 3°P

- Liberato dalle Direzioni e dagli altri servizi
- Dovrà rimanere attivo durante i lavori

Comparto Materno-Infantile

- Mantenute degenza della patologia neonatale, l'area dedicata alla patologia neonatale minima, gli spazi necessari all'attività ostetrica e gli ambulatori
- In testa ai reparti di Ostetricia e Pediatria i fast-track ostetrico e pediatrico

Salute Mentale

- Rimarrà al PT
- Sarà dotato di un ambiente esterno ad uso esclusivo
- Sarà riposizionato per collegarlo direttamente ai percorsi dell'Ospedale senza attraversare altri servizi

Conclusioni: Il nuovo progetto ha tenuto conto delle variazioni strutturali già realizzate o da realizzarsi in tempi brevi, delle nuove necessità emerse e ha, inoltre, corretto criticità presenti nel precedente. Permangono alcuni limiti non superabili, trattandosi di adeguamento di struttura esistente e non di nuova costruzione. Lo scopo è quello di realizzare un ospedale efficace, efficiente e flessibile nel suo ruolo di cura e di presa in carico, capace di garantire elevati livelli di qualità degli interventi e rapportarsi al contesto in cui la rete dell'offerta è inserita.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena



LA DIMISSIONE OSPEDALIERA QUALE FATTORE DISTINTIVO DI UNA PERFORMANCE SINERGICA IN CARDIOLOGIA

Alessandro Callegaro¹, Carlo Capello², Giuseppe Boriani³, Luca Sircana⁴

1. Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
2. Struttura Semplice Degenza di Cardiologia Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
3. Direttore Struttura Complessa di Cardiologia e Dipartimento Malattie Nefrologiche Cardiache e Vascolari Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
4. Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Parole chiave: Cardiologia, Dimissione ospedaliera, Responsabilità condivisa

Introduzione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena quale luogo di cura al servizio del malato, considera progetti clinico-organizzativi innovativi in grado di garantire una efficace presa in carico all'interno dell'ospedale ed un efficiente reinserimento nel territorio.

Contenuti

Si è considerato il progressivo incremento dei ricoveri da Pronto Soccorso: il 2019 con 31 ricoveri medi/die nell'area di medicina interna e di specialistica medica (+3/die rispetto all'anno precedente), il 2020 con 27 ricoveri medi/die esclusi i pazienti Covid positivi e 33 ricoveri medi/die compresi i pazienti Covid positivi (+2/die rispetto all'anno precedente) ed il 2021 con 28 ricoveri medi/die esclusi i pazienti Covid positivi e 35 ricoveri medi/die compresi i pazienti Covid positivi (+2/die rispetto all'anno precedente). È diventata evidente l'utilità di garantire quotidianamente i posti letto necessari al Pronto Soccorso.

Nel contesto sopradescritto l'Unità Operativa di Cardiologia -sede Policlinico- si è assunta l'impegno di rendere disponibili almeno 2 posti letto/die. Il numero di posti letto dell'Unità Operativa è rimasto invariato (n°28 pl) e si è realizzato un recupero di efficienza con l'adozione di una modalità organizzativa in grado di agevolare la dimissione dal reparto di degenza di Cardiologia in sicurezza, non solo dal lunedì al venerdì ma anche nelle giornate di sabato, domenica e festivi.

Il Responsabile della Degenza Ordinaria o il Medico di reparto che ha in carico il paziente, conosce il paziente nel suo iter diagnostico-prognostico-terapeutico: prima del prefestivo o festivo, riporta nella Cartella Clinica la seguente dicitura "in programma dimissione sabato/domenica/festivo" ed appone la propria firma, segnalando eventuali problemi da verificare come condizione prima della dimissione. Il Medico di Guardia, il giorno della dimissione, riporta in Cartella Clinica "paziente stabile, si procede alla dimissione come programmato" e si attua la dimissione. In caso di problemi che controindichino la dimissione si riportano in Cartella Clinica, apponendo la firma, e la dimissione si posticipa. Si realizza così una responsabilità condivisa tra medici di reparto e medici di guardia nella fase di dimissione dei pazienti.

Nel 2019 sono state effettuate 2022 dimissioni di cui 376 dimissioni di sabato, domenica e festivi (18.5% del totale), nel 2020 ne sono state effettuate 1813 di cui 342 dimissioni di sabato, domenica e festivi (18.8% del totale), nel 2021 ne sono state effettuate 1878 di cui 332 di sabato, domenica e festivi (17.6% del totale).

Conclusione

L'intento del Direttore della Cardiologia e della Direzione aziendale è quello di proseguire secondo la modalità adottata. L'idea innovativa è stata considerata nell'ambito di un progetto premiante-incentivante rivolto ai medici della Cardiologia, con un importo economico sostanzialmente simbolico ma che vuole valorizzare l'impegno aggiuntivo di tutta l'equipe.



Riferimenti bibliografici

- 1. Cartabellotta N., 4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, (2019)
- 2. Agenzia Sanitaria Regionale -Regione Emilia Romagna-, Gestione sul territorio secondo il Chronic Care Model Dossier 236, (2016)
- 3. L.M.Chen et al., Continuità o coordinamento delle cure?, JAMA, (2014)
- 4. Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario -CERISMAS-, Evoluzione delle reti assistenziali, (2014)
- 5. Karl E.Weick, Senso e Significato nell'organizzazione, (1997)

Grafica: Mauro Miglioli - Servizio Assicurazione Qualità Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

PBM: esperienza del P.O. Santa Maria Annunziata di Firenze tra primi risultati e prospettive future



Furlan F.¹, Chellini M.¹, Indiani L.¹, Barbieri A.¹, Bassetti A.², Sinisgalli E.³, Papini S.⁴, Gentilini G.⁵, Ermini A.⁶, Cagliuso M.⁶, Paroli G.⁷, Falsetto A.⁷, Secchi S.⁸

¹Medico Direzione medica di Presidio, ²Direttore Sanitario di Presidio, ³Staff Direzione Aziendale ASL TC, ⁴Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina preventiva, ⁵Direttore Medicina Trasfusionale, ⁶Medico Medicina Trasfusionale, ⁷Medico Chirurgia Generale, ⁸Medico Anestesia e Rianimazione

Parole chiave: PBM, trasfusioni, visita chirurgica

INTRODUZIONE

Il Patient Blood Management rappresenta una strategia per la gestione ottimale dell'anemia nel percorso chirurgico del paziente che deve essere sottoposto a intervento elettivo: la precoce presa in carico dell'anemia e dei disturbi coagulativi da parte della SOS Medicina Trasfusionale mira a ottimizzare la programmazione degli interventi e a ridurre tempi di degenza e numero di trasfusioni ematiche post-intervento.

Sono stati elaborati i dati di attività riguardanti il numero di trasfusioni effettuate nel post-intervento nei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva a partire dall'anno di implementazione del PBM (2019), confrontandoli con i dati relativi al periodo pre PBM (tabella 1), e il numero di visite effettuate presso la SOS Medicina Trasfusionale (tabella 2).

CONTENUTI

La SOS di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale ha elaborato i dati relativi al numero di unità di emocomponenti trasfuse nel post-intervento ai pazienti ricoverati in Chirurgia di elezione e sottoposti a interventi di chirurgia addominale, ginecologica e uro-nefrologica (oncologica e non). E' stato possibile estrarre i dati in base al reparto di ricovero del paziente (chirurgia elettiva); per poter inserire anche il 2022 sono stati estratti i dati relativi ai primi 4 mesi di ciascun anno.

Nell'anno 2020 gli interventi elettivi hanno subito una drastica riduzione per l'emergenza Covid19; nel 2021 in Chirurgia elettiva sono stati ricoverati anche pazienti da sottoporre a interventi in urgenza, perciò i dati del 2020/2021 risentono di pesanti interferenze.

La media delle unità trasfuse per paziente (tabella 1) mostra un trend in discesa se si confrontano i dati degli anni pre-PMB con quelli del 2019; negli anni successivi, considerando ciò di cui sopra, si registra un mantenimento della media di unità trasfuse.

G.R.C.	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Totale unità richieste	359	288	354	254	432	179
emocomponenti	(60U)	(61U)	(100U)	(99U)	(176U)	(70U)
Media unità richieste	2,1	2,1	1,8	1,8	2	1,9
Totale pazienti trasfusi	48	38	47	30	67	34
Totale unità trasfuse	136	88	91	56	155	71
Media unità trasfuse	2,8	2,3	1,9	1,9	2,3	2

Tabella 1 (*U=richieste in urgenza)

PMB	2019	2020	2021
Pazienti	55	58	58
Ferro EV	37	36	45
Ferro OS	3	7	13
Pazienti trasfusi post	15	9	9

Tabella 2

CONCLUSIONI

I dati dimostrano che l'applicazione del protocollo PBM in essere permette di ridurre la media di trasfusioni post-intervento nei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva; la recente revisione del protocollo prevede inoltre l'avvio del paziente al percorso già dalla prima visita chirurgica, senza aspettare la visita anestesologica in preospedalizzazione, e l'introduzione del "PBM in urgenza" per pazienti da sottoporre a interventi urgenti differibili (48/72h).



IL MODELLO GIROT COME SUPPORTO AGLI OSPEDALI: L'ESPERIENZA DEL P.O. SANTA MARIA NUOVA DI FIRENZE

Cosma C (1), Cultrera D (2), Giliberti C (2), Stacchini L (3), Cocchi E (1), Furuya M (3), Benvenuti E (4), Naldini S (2)

(1) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Firenze; (2) Direzione Sanitaria P.O. San Giovanni di Dio - Azienda USL Toscana Centro; (3) Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria Nuova - Azienda USL Toscana Centro; (4) Unità Geriatrica P.O. Santa Maria Nuova - Azienda USL Toscana Centro

Parole chiave: COVID-19; Pronto Soccorso; Gestione Ospedale-Territorio

INTRODUZIONE

La pandemia da SARS-CoV-2 ha determinato un importante aumento degli accessi ospedalieri in emergenza, impattando in modo rilevante sulle capacità assistenziali del nostro sistema sanitario.

Con la delibera della Regione Toscana n. 28 del 7 Aprile 2020, nella ASL Toscana Centro è stato messo a punto un modello di cura integrato tra ospedale e territorio.

Il GIROT (Gruppo di Intervento Rapido Ospedale Territorio), équipe costituita da geriatri, internisti, infermieri e altre figure professionali sanitarie, ha operato inizialmente a supporto della gestione dei pazienti COVID-19 positivi nelle RSA e, successivamente, anche dei pazienti - affetti o meno da COVID-19 - presenti in DEA.

A partire da Febbraio 2022 il GIROT opera presso il DEA dell'Ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze.

CONTENUTI

L'attività del GIROT si declina nella presa in carico del paziente, soprattutto anziano, che si reca in DEA e necessita di una gestione multidisciplinare, mediante un iniziale inquadramento diagnostico seguito da una valutazione multidimensionale comprensiva di prognosi e pianificazione del trattamento, e nella gestione del paziente direttamente presso il proprio domicilio, evitando quindi ove possibile il ricovero ospedaliero.

Lo studio ha valutato l'impatto dell'attività svolta dal GIROT presso l'Ospedale di Santa Maria Nuova tra febbraio e aprile 2022.

Abbiamo confrontato il numero totale dei ricoveri per ciascun mese con il numero dei pazienti presi in carico dal GIROT che hanno quindi evitato l'ospedalizzazione.

La percentuale di pazienti in destinazione presi in carico dal GIROT è compresa fra 8,9 e 13,62%.

Per ciascun ricovero presso il P.O. di SMN il numero medio delle giornate di degenza corrisponde a 6,11. La media mensile di ricoveri evitati risulta essere pari a 11,22% con un n° di giornate di degenza ospedaliera risparmiate pari a 192 al mese.



Anno 2022	N° ricoveri ospedalieri	Presa in carico GIROT	% ricoveri ospedalieri evitati	N° totale eventi evitati*
FEBBRAIO	247	31	11,15	186
MARZO	276	27	8,9	162
APRILE	241	38	13,62	228

*totale delle giornate di ricovero ospedaliero risparmiate per l'insieme dei pazienti presi in carico dal GIROT

CONCLUSIONI

Il GIROT ha fornito un importante contributo nella gestione del paziente complesso selezionato direttamente dal DEA realizzando un approccio di "ospedale a domicilio" in grado di mantenere elevati standard di assistenza, favorire una migliore qualità di vita e contribuire alla diminuzione del numero dei ricoveri ospedalieri.

Tale modello si pone come esempio per una gestione innovativa del paziente, che offre interessanti prospettive anche per il futuro post-pandemico.

Riorganizzazione dei percorsi sporco-pulito nel Centro Socio Sanitario Roberto Giovannini di Prato



Di Pisa G¹, Bellini I², Cinalli R³, Lacerenza E³, Tattini L², Ammazzini D³

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

²SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Prato

³SOS Assistenza Infermieristica di Gestione Zona Pratese

INTRODUZIONE

- Il personale sanitario effettuava detersione e ammollo dei DMR con rischio di tagli e di deterioramento degli strumenti chirurgici e con tempistiche lunghe
- Dal 2013 il servizio di ricondizionamento dei DMR è affidato in appalto con contratto Prot. N DC/1338/13
- Il personale lamentava di ricevere una fornitura di divise inferiore
- Mancato tracciamento dei tempi di riconsegna dei DMR e delle divise

PROCEDURA RICONDIZIONAMENTO, TRASPORTO E STOCCAGGIO DEI DMR

METODICHE AFFIDATE AL GESTORE ESTERNO

- Decontaminazione manuale
- Lavaggio manuale
- Lavaggio meccanico
- Lavaggio a Ultrasuoni
- Sterilizzazione a vapore saturo
- Sterilizzazione a perossido di idrogeno con metodica Sterrad
- Trasporto da e per la CDS

COMPITI DEL PERSONALE SANITARIO

- Raccolta de DMR sporchi in contenitore
- Decontaminazione con Umonium
- Controllo stato e quantità DMR sporchi
- Trasporto e stoccaggio in stanza 324
- Una etichetta per ogni strumento
- Chiusura coperchio con DDT apposto sopra
- Tre barcode (invio su DDT, copia archivio, registro paziente)



324

Ritiro dei DMR sporchi alle 18.00

323

Consegna DMR ricondizionati entro 07.30

Data e ora di consegna e di ritiro dello strumentario sono registrati al fine di valutare il rispetto degli orari di consegna e ritiro da parte della ditta in appalto

CONCLUSIONI

- Le nuove procedure hanno richiesto maggiori attenzioni e passaggi per il personale sanitario.
- La nuova procedura sui DMR ha comportato un risparmio di tempo per lo stesso personale, poiché non è più previsto l'ammollo e la detersione degli strumenti.
- Impedendo la detersione manuale, diminuisce anche il rischio di taglio e sono eliminati due passaggi superflui.
- Inoltre c'è maggiore tracciabilità sulla quantità di DMR e divise che sono inviate per la pulizia alle ditte esterne e sui tempi di riconsegna del materiale pulito.
- Sono quasi completamente cessate le lamentele del personale relative alla fornitura inadeguata di divise.

PROCEDURA GUARDAROBA

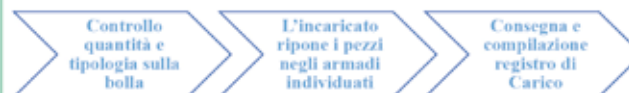
SPORCO

- PT ⇒ stanza 33
- 1P (OSS LP) e 2P ⇒ stanza 223
- 3P ⇒ stanza 326
- Riporre le divise nei contenitori dello sporco e indicare nel registro dello sporco quantità e tipologia

POLIAMBULATORIO X° PIANO			MESE								
			DATA	stanza/pantal.	DATA	stanza/pantal.	DATA	stanza/pantal.			
oper.	NOME COGNOME	consegn a sporco									
oper.	NOME COGNOME	consegn a sporco									
oper.	NOME COGNOME	consegn a sporco									

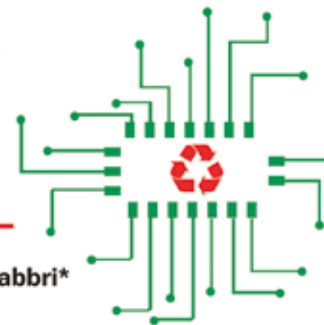
PULITO

- La consegna della biancheria pulita avviene di norma il martedì e venerdì mattina
- PT: stanza 46
- 1P: stanza 126
- 2P e 3P: stanza 322



POLIAMBULATORIO X° PIANO			MESE								
			DATA	stanza/pantal.	DATA	stanza/pantal.	DATA	stanza/pantal.			
oper.	NOME COGNOME	ritiro pulito									
oper.	NOME COGNOME	ritiro pulito									
oper.	NOME COGNOME	ritiro pulito									

Dalla carta al bit: sostenibilità ambientale e vantaggi economici della digitalizzazione



Flavia Rallo*, Andrea Ziglio**, Michela Cataleta***, Rita Vannini****, Giuliana Fabbri*

*UOC Presidio Ospedaliero Unico Aziendale, Staff Direzione Aziendale, Azienda USL di Bologna

**UOC Direzione Sanitaria IRCCS

***Nucleo Interno Controlli -UOC Presidio Ospedaliero Unico Aziendale, Staff Direzione Aziendale, Azienda USL di Bologna- IRCCS-ISN

****UOC Manutenzione Immobili e Progettazione Impianti Elettrici

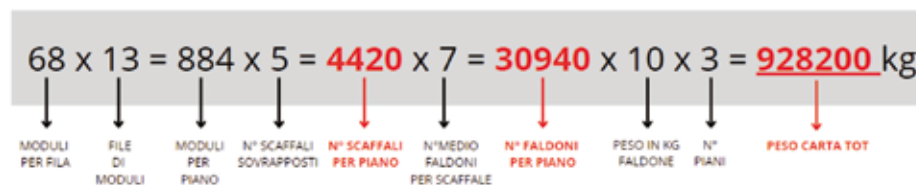
KEYWORDS: digitalizzazione, sostenibilità, archivi

INTRODUZIONE

L'Emilia-Romagna nel 2021 ha stilato l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile (1), che affonda le proprie radici nel Programma di Mandato 2020-2025 della Giunta e nel Patto per il Lavoro e per il Clima sottoscritto nel 2020 con il partenariato istituzionale, economico e sociale. Per raggiungere il GOAL 7 "Energia Pulita e Accessibile", le Aziende Sanitarie sono impegnate nella riduzione del proprio Carbon Footprint (2) nello svolgimento delle attività sanitarie e amministrative. Valutare l'impatto del consumo di materiale cartaceo, plastico e affine risulta cruciale. Nell'Azienda USL di Bologna sono in attivo numerosi progetti per la progressiva transizione digitale: la digitalizzazione delle immagini è obiettivo del RIS PACS e si sta ultimando l'estensione a tutte le UUOO della CCE. A tale scopo, la digitalizzazione degli archivi cartacei svolge un ruolo di fondamentale importanza per implementare una politica sostenibile dal punto di vista sia ambientale che economico.

CONTENUTI

Al fine di valutare la sostenibilità dell'utilizzo della carta e della plastica da parte dell'Azienda USL di Bologna, è stato promosso un Audit nell'Aprile 2022 sul Presidio Ospedaliero Unico Aziendale. Dai dati preliminari, analizzati dalla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e dal Servizio Tecnico, emerge che il contenuto di carta totale ammonta a circa 928.200 kg per il solo Archivio Aziendale di Anzola dell'Emilia (tab.1)



Tab.1

Dai dati del Centro Stampa emerge invece che, nell'anno 2021 sono state acquistate circa 93.600 risme di carta per opuscoli/volantini/stampati vari, per un costo totale di circa 270.000 euro.


Data la criticità dello scenario politico ed economico attuale, si sta assistendo ad un rincaro anche oltre il 50% del costo dei materiali con conseguente aumento dei prezzi di gara, con notevole impatto sui contratti stipulati dalle Aziende dell'Area Metropolitana con i fornitori.

CONCLUSIONI


Ad oggi è auspicabile spingere le Aziende verso una completa migrazione digitale: il PNRR raccoglie la sfida di incentivare il passaggio "carta-bit" per tutta la Pubblica Amministrazione, già raccolta dalla RER con il progetto di conservazione sostitutiva. Lo smaltimento dello storico garantirebbe vantaggi di natura organizzativa e logistica (facile reperimento di documentazione, liberazione di spazi/strutture) e la trasformazione digitale comporterebbe, a fronte di un costo iniziale per l'acquisto di strumentazioni idonee, un vantaggio a lungo termine in termini di sviluppo sostenibile.

Riferimenti

- 1.Strategia Regionale Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile - RER
- 2.L'impronta ecologica delle strutture e dei servizi sanitari - Rete Sostenibilità e Salute



A.O. ORDINE MAURIZIANO TORINO




ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici della Professione Ospedaliera

LOGISTICA AUTOMATIZZATA DI MEDICINALI E DISPOSITIVI MEDICI PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA ORDINE MAURIZIANO DI TORINO

Azzolina Maria Carmen^o, Vitale Arianna^{*}, Gasco Annalisa^{oo}, Marengo Chiara^{**}, Rafele Carlo[@], Dall'Acqua Maurizio Gaspare^{ooo}


^oDirettore Sanitario d'Azienda
^{oo}Direttore SC Farmacia Ospedaliera
^{*}Dirigente Medico SC Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero, Coordinatore di Progetto
^{**}Dirigente Farmacista SC Farmacia Ospedaliera
^{ooo}Direttore Generale
 AO Ordine Mauriziano di Torino
 @Department of Management and Production Engineering, Politecnico di Torino

Parole chiave:
logistica,
automazione,
sostenibilità



Introduzione
 L'A.O. Ordine Mauriziano è HUB per l'Area Torino Ovest - AIC 1 (DGR 1-600/14.7-924/15) e HUB Rete Oncologica (DGR 51-2485/2015) e partecipa al tavolo regionale di logistica del farmaco come rappresentante delle AASSRR dell'area Torino Ovest.

Contenuti
 LAO ha aderito al progetto Lifemed (Logistica integrata del farmaco e dei dm con automazione), per realizzare un modello organizzativo-logistico innovativo di gestione del farmaco e dei dm, collaborando con Enti di ricerca pubblici e privati, tra cui Politecnico di Torino.
 Pertanto è stata attivata una sperimentazione del sistema di logistica automatizzata *Riedl* con software "WMS" (in comodato d'uso gratuito).
 Sono stati monitorati i seguenti indicatori:
 indice di rotazione, correttezza inventario, tempo medio di esecuzione di inventario, frequenza inventario, n° righe OUT/giorno persona, n° righe IN/giorno persona, tempo medio di esecuzione di picking, tempo medio di esecuzione di preparazione ordine, frequenza sottoscorta, % righe OUT consegnate in ritardo, % righe OUT consegnate non conformi, % ordini per urgenze/emergenze dai centri utilizzatori, numero medio prestiti da altro ospedale in urgenza, numero medio righe out consegnate in reperibilità, % errori carico ddt, % recupero dai reparti dei lotti oggetto di ritiro dal mercato, % farmaci scaduti.



LA STAMPA

Al Mauriziano arriva il robot farmacista: distribuisce mille confezioni ogni ora

Il robotista ha aderito ad un progetto di Smart A.O. Ordine Mauriziano con l'obiettivo di unire la cura e la logistica.

ATTUALITÀ

TORINO. È un robot speciale, il quale assiste i pazienti. Si tratta del robot che...

Articolo di Andrea Ferrarini, all' Ospedale Mauriziano di Torino, Bologna 11 su 11. 4 anni di esperienza. 1000+ articoli.

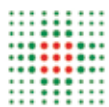
Conclusioni

- Indici di rotazione elevati: significa buona gestione del magazzino
- Tempo medio di esecuzione di inventario: ridotto del 75%
- Inventario fattibile a cadenza settimanale (anziché annualmente)
- Numero di righe emesse (OUT) ed immesse (IN)/die mostrano che attività vengono svolte da un operatore per distribuzione (righe emesse) e da un operatore per controllo quali-quantitativo consegna (righe immesse), supportati da terzo operatore: si ha risparmio netto di 4 risorse umane (dedicate ad altra mansione)
- Tempo medio di esecuzione di picking: ridotto (prima 6 ore, ora 11 minuti)
- Frequenza del sottoscorta: prima 15-20 giorni, ora 7-10 giorni, con diminuzione dell'immobilizzato a magazzino senza pregiudicare corretto e tempestivo approvvigionamento ai reparti
- % Errori carico ddt: prima 5% del totale dei ddt, ora 0,14%

L'implementazione a regime del sistema di logistica con automazione permetterà di integrare anche la gestione dei medicinali che hanno necessità della catena del freddo e dei medicinali utilizzati in sperimentazioni cliniche attive in ospedale.

Infine, l'acquisizione di un sistema di logistica automatizzato permetterà anche l'implementazione della distribuzione diretta automatizzata a livello aziendale, incrementando ulteriormente performance dell'AO (già best performer) e consentendo ulteriore margine di risparmio alla Regione Piemonte relativamente alla spesa farmaceutica, seguendo la direzione che conduce ad una nuova sanità e ad una nuova salute.

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



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
della Direzione Ospedaliera

COVID room ("bolle") nei reparti di degenza: un modello organizzativo dell'Azienda USL di Bologna



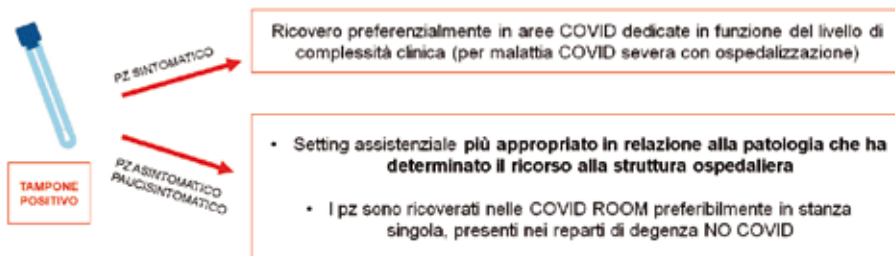
Filippo Sandorfi, Flavia Rallo, Manuela Panico, Flavia Franceschini, Maurizio Pavesi, Rossella D'Avenia, Michela Cataleta, Stefano Guicciardi, Vincenzo Carnuccio, Giuliana Fabbri

UOC Presidio Ospedaliero Unico Aziendale, Staff Direzione Aziendale, Azienda USL di Bologna

KEYWORDS: SARS-CoV-2, Infection Control, Logistica

INTRODUZIONE

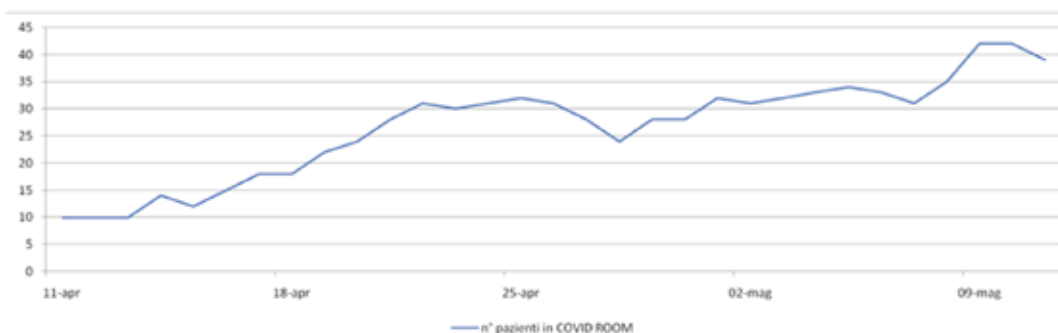
A seguito della Determinazione RER n°4338 del 09/03/2022, la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Unico Aziendale (POUA) dell'AUSL di Bologna, ha redatto un atto di indirizzo per la gestione dei pazienti SARS-CoV-2 positivi e per assicurare il più appropriato setting di ricovero per patologia. Rispetto al biennio 2020-2021, l'attuale contesto epidemiologico e l'ampia copertura vaccinale della popolazione, restituiscono uno scenario in cui il numero di pazienti ricoverati per sintomatologia respiratoria COVID-relata è diminuito, a fronte di un aumento dei pazienti positivi asintomatici/paucisintomatici ricoverati per altra patologia. È stato quindi predisposto uno specifico modello che identifica le COVID ROOM (cosiddette "bolle") in tutti gli stabilimenti ospedalieri del POUA in funzione di criteri logistici, organizzativi, igienico-sanitari e di carico assistenziale.



Tab.1 algoritmo gestione del paziente SARS-CoV-2 positivo

CONTENUTI

Il ricovero del paziente positivo asintomatico/paucisintomatico avviene nelle "bolle", camere di degenza preliminarmente individuate nei reparti NO COVID, ponendo attenzione ai percorsi "sporco/pulito", alla possibilità di isolamento strutturale/funzionale e alle caratteristiche di impiantistica della struttura. Il ricovero del paziente positivo, sintomatico e con polmonite COVID, continua ad essere assicurato nei reparti COVID.



CONCLUSIONI

Nell'attuale fase pandemica l'applicazione dell'atto di indirizzo consente l'utilizzo più razionale della risorsa posti letto, assicurando il normale turnover ed evitando riconversioni di reparti. Al tempo garantisce ai pazienti il setting di cura più appropriato per diagnosi di ingresso, mantenendo un elevato livello di sicurezza a fronte di un modesto incremento del carico di lavoro clinico-assistenziale.



CODICE ROSA E PROGETTO GRETA

Integrazione ospedale-territorio: analisi della percezione del fenomeno

Dimarco S.¹, Giombarresi D.², Caudullo R.³, Battaglia V.⁴, Tomasi L.⁵, Giarratana A.^{**6}, Midolo A.[°], Barbarossa C.[°],
Ella R.¹, Drago G.⁶

1 DIRETTORE SANITARIO - ASP RAGUSA (RG);
2 PSICOTERAPEUTA -CENTRO ANTIVIOLENZA DONNE A SUD;
3 AVVOCATO -CENTRO ANTIVIOLENZA DONNE A SUD;
4 ASSISTENTE SOCIALE SPECIALISTA -CENTRO ANTIVIOLENZA DONNE A SUD;
5 PSICOLOGA -CENTRO ANTIVIOLENZA DONNE A SUD;
*DIRETTORE MEDICO - DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO "R. GUZZARDI" DI VITTORIA - ASP RAGUSA (RG);
**DIRIGENTE MEDICO - DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO "R. GUZZARDI" DI VITTORIA - ASP RAGUSA (RG);
° SERVIZIO INFERMIERISTICO - DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO "R. GUZZARDI" DI VITTORIA - ASP RAGUSA (RG);
6 SPECIALIZZANDA IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA - UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CATANIA.

PAROLE CHIAVE: Integrazione ospedale-territorio; Codice Rosa; Violenza di genere.

INTRODUZIONE

Nel 2013 dall'ASP di Ragusa (RG) è stata adottata la **Procedura Operativa "Codice Rosa"** che disciplina il percorso sanitario assistito di una vittima, adulta/minore, di abuso sessuale/maltrattamento che accede al Pronto Soccorso, consentendo di erogare risposte sanitarie adeguate ed omogenee, anche in emergenza, mediante percorsi specifici dedicati ai diversi *target*: donne, bambini, soggetti fragili. Al fine di adeguare la risposta assistenziale alla percezione ed incidenza del fenomeno sul territorio, il Centro Antiviolenza *Donne a Sud* ha presentato al P.O. *Guzzardi* di Vittoria il **Progetto "GRETA"**, con specifico *focus* sulla violenza di genere.

CONTENUTI

Dal monitoraggio Codice Rosa, nel periodo 2013-2021, i casi registrati nell'ASP di RG sono stati **359** (Fig.1) con una diminuzione dei casi denunciati (44) nel biennio 2020-2021. Nel 2020, dai dati forniti dalla Questura di RG, i casi trattati sono stati **22** con n.3 collocamenti in struttura protetta. Il **Progetto GRETA**, condotto nel biennio 2019-2020 nel territorio di Vittoria, attraverso l'uso di un questionario creato ad hoc, auto-somministrato e anonimo, composto da 11 domande, ha esaminato diversi aspetti della violenza. Dei 1000 questionari distribuiti sul territorio il campione finale è stato di n.582 (162 M; 420 F) con fascia d'età compresa tra i 23-91aa. Dall'analisi dei dati per sesso e fasce d'età, sono emersi diversi aspetti degni di interventi mirati. Tra questi: a) maggiore propensione del campione F a confondere i maltrattamenti fisici e psicologici come forme di amore, sebbene non giustifica nessun comportamento violento dell'uomo sulla donna, b) diversi approcci nella richiesta d'aiuto: il campione M, nonostante sia propenso all'autogestione, sembra far più affidamento a medici/Servizi Sanitari; dal campione F si evince, invece, una forte incapacità di fronteggiare la problematica, rispondendo con incertezza (Fig. 2).

CONCLUSIONI

Obiettivo della strategia sanitaria aziendale è il **potenziamento di azioni sinergiche** tra Enti locali, Centri Antiviolenza e ASP al fine di **potenziare l'accoglienza, sostenere le vittime e prevenire il fenomeno**, riflettendo sulle possibili politiche di intervento. L'entità del fenomeno rilevato in ospedale, nonché i dati della percezione sul territorio, costituiscono un significativo *input* per intervenire a livello sociale ed informativo, per **assicurare un'adeguata risposta ospedaliera e migliorare l'ascolto e l'integrazione**.



Fig. 1



Fig. 2



LA SANTA' DIGITALE: Ruolo della Direzione Medica del P.O. di Vittoria nell'implementazione della CCE

Drago G. *, Dimarco S. °, Midolo A. °, Barbarossa C. °, Patriarca G. °°, Giarratana A. **1

*DIRETTORE MEDICO - DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO "R. GUZZARDI" DI VITTORIA - ASP RAGUSA;
 **DIRIGENTE MEDICO - DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO "R. GUZZARDI" DI VITTORIA - ASP RAGUSA;
 ° SERVIZIO INFERMIERISTICO - DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO "R. GUZZARDI" DI VITTORIA - ASP RAGUSA;
 °° DIREZIONE SANITARIA RAGUSA - ASP RAGUSA;
 1 SPECIALIZZANDA IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA - UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CATANIA

PAROLE CHIAVE: Sanità Digitale; CCE; Direzione Medica.

INTRODUZIONE

L'eHealth, al centro di progetti specifici dell'UE e dell'Italia, e i sistemi di gestione di **Cartelle Cliniche Elettroniche (CCE)** sono stati classificati come dispositivo medico dal *D.Lgs n.37 del 25/01/2010*. La CCE consente una **visione istantanea** della storia clinica del paziente, favorendo la continuità di cura mediante **condivisione e recupero dei dati clinici** registrati. Tra i vantaggi vengono elencati: risparmio di carta e tempo, accessibilità a tutte le informazioni con immediata ed efficace collaborazione tra più operatori sanitari (OS), diminuzione dell'incidenza degli errori, inalterabilità del contenuto e garanzia dell'identità dell'autore. I costi di investimento in *hardware, software*, manutenzione, aggiornamenti ed addestramento sarebbero compensati da maggiori prestazioni e da una migliore qualità dell'assistenza. Compito della Direzione Medica (DM) è incentivare l'implementazione nell'uso della CCE, monitorando la completezza dei requisiti e supportando il personale nel superamento delle criticità.

CONTENUTI

L'ASP di Ragusa utilizza la piattaforma *software* **CliniClick** per la gestione del sistema informativo ospedaliero, che consente la gestione integrata dei percorsi di Accettazione, Diagnosi, Cura, Trasferimenti e Dimissione dei pazienti di tutte le Unità Operative (UU.OO.), Pronto Soccorso incluso. Utilizza la stessa modulistica in uso nell'U.O. per una **maggiore efficienza**, nessuna complicazione e **operatività immediata**. Al P.O. *Guzzardi* di Vittoria (RG) l'uso della CCE è stato implementato ad Ottobre 2021 prevedendo: fornitura di PC portatili, addestramento del personale e proposte migliorative dell'interfaccia del *software*. Nell'ambito dei controlli analitici periodici, effettuati da parte della DM del P.O. di Vittoria, sono stati eseguiti **controlli di qualità** su un campione di CCE per ogni U.O., con particolare attenzione alla corrispondenza tra il formato elettronico e cartaceo, di fondamentale importanza in questa fase di transizione fino al completamento del processo di conservazione sostitutiva. Da ciò sono emerse diverse criticità, principalmente legate alla difficoltà di adattamento dell'OS al *software*: disomogeneità nelle richieste di esami di laboratorio, di radiodiagnostica e consulenze specialistiche; difficoltà per alcune UU.OO., come la Pediatria, nell'inserimento di informazioni clinico-assistenziali del neonato per la non congruenza della CCE specifica con quella cartacea; necessità di effettuare l'*upload* di documenti con conseguente non ottimizzazione dei tempi. Si è reso, pertanto, necessario organizzare attività di *Audit* tra la DM e le UU.OO., insieme all'U.O. Rischio Clinico e Servizio Informatico, per un *training* mirato sulle criticità rilevate e un *upgrade* sulle modalità di interazione del *software*.

CONCLUSIONI

La CCE rappresenta un valore qualora sia in grado di supportare l'attività dell'OS in modo proattivo e non viceversa. La sua completezza, oltre al valore legale, rappresenta un importante **strumento di supporto alle scelte decisionali della DM** grazie alla quantità di dati registrati in essa ed immediatamente fruibili. E' fondamentale, quindi, il ruolo di **monitoraggio, supporto e sensibilizzazione degli OS** da parte della DM per una maggiore consapevolezza del valore della Sanità Digitale, al fine di superare le logiche tradizionali di compilazione delle cartelle, tutelando, al contempo, il "Burnout da CCE", fenomeno descritto nei Paesi dove il suo utilizzo è consolidato.

Nucleo Bed Management del distretto Ovest dell'ULSS8 Berica: un anno di esperienza.

Varalta M.S.¹, Benoni R.², Cappellari F.¹, Manca M.G.³, F. Dal Cengio³, Vinobianco A.³, Poggiali C.³, Zenere A.¹

¹Direzione Medica Ospedaliera Distretto Ovest ULSS8 Berica, ²Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica Università degli studi di Verona, ³Nucleo Bed Management Ovest ULSS8 Berica

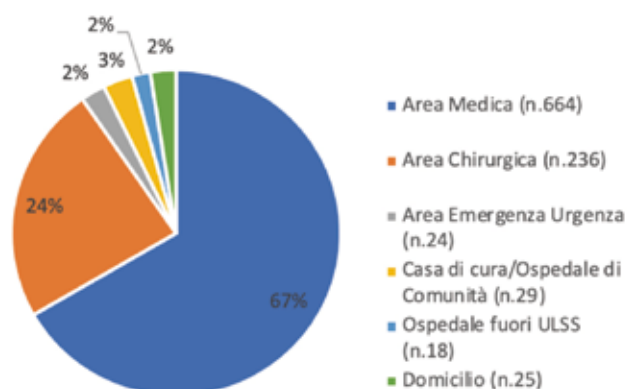
Continuità ospedale territorio, ospedale di comunità, governance

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione e l'alta prevalenza di patologie croniche degenerative comportano lunghi ricoveri ospedalieri e dimissioni difficili. Per facilitare il governo dei percorsi, tramite il coordinamento e l'integrazione tra le diverse aree produttive e i diversi percorsi diagnostici, è stato attivato il Nucleo Bed Management. Il NBM è composto da coordinatore infermieristico, assistenti sociali, infermieri case manager ed è diretto da un medico di DMO. Il NBM si interfaccia con UU.OO. Ospedaliere, COT, Cure Primarie e strutture residenziali per individuare il miglior percorso del paziente. Il NBM si avvale di un software in cui si crea una cartella per ciascun paziente e compilando i differenti score diagnostici si delinea il profilo assistenziale del paziente. Ulteriore strumento di lavoro è l'UVMD che permette di individuare i bisogni assistenziali del paziente e il percorso più appropriato.

Contenuti

Dal 1/03/2021 al 30/04/2022, il NBM ha preso in carico 996 pazienti, 539 donne (54%) e 457 uomini (46%) con un'età media di 78 anni (DS 13). La richiesta di presa in carico è pervenuta sia da UU.OO. ospedaliere che dalle Cure Primarie per pazienti a domicilio (Gfr.1.) con trend in aumento nel periodo in studio. Gli esiti assistenziali dell'attività del NBM spaziano dall'attivazione dei Servizi Sociali Comunali, all'apertura di ADI fino all'inserimento presso i centri servizi e ospedale di comunità (Tab. 2).



Gfr.1 Provenienza segnalazioni

Destinazione Pazienti	Nr.
Inserimento centro servizi	302 (30%)
Inserimento in ODC	297 (29,7%)
Decesso	145 (15%)
Presa in carico integrata - Ex ADIMED	58 (5,8%)
Altro	53 (5,3%)
Cure domiciliari infermieristiche - Ex ADI	53 (5,3%)
Attivazione Servizi Sociali Comunali;	24 (2,4%)
Dimesso a domicilio	23 (2,3%)
Trasferimento UO	12 (1,2%)
Trasferimento Struttura Extra ULSS	9 (0,9%)
Attivazione Servizio Assistenza Protesica	8 (0,8%)
Inserimento in Hospice	5 (0,5%)
Presa in carico SERD	4 (0,4%)
Inserimento in URT	4 (0,4%)
Totale complessivo	996

Tab.2 Destinazione pazienti

Conclusioni

Il nuovo modello organizzativo ha sistematizzato un'attività precedentemente frammentata e dà un supporto concreto alle UU.OO. nei casi complessi. Il coordinamento della DMO offre una visione globale che contribuisce all'efficientamento della gestione dei posti letto per acuti e permette di inserire i pazienti nel setting più opportuno. Il paziente viene accompagnato nella dimissione difficile con notevole impatto di sollievo al contesto familiare in un'ottica di integrazione ospedale-territorio.



**OSPEDALE
EVANGELICO
INTERNAZIONALE**

Ente ecclesiale civilmente riconosciuto



Finestra Rosa OEI: ruolo sanitario nell'Accoglienza alla vittima di violenza, maltrattamento, abuso

Marinella Fulgheri* Alessio Parodi** Barbara Oliveri Caviglia***

*DMO - Responsabile S.S. Direzione Medica Ospedaliera (D.S.) ** Direttore Generale *** Presidente

Introduzione

Violenza: argomento di complessa attualità, di difficile percezione proprio per l'alta percentuale di accadimento in contesto relazionale di affetti intra ed extra famigliari, tuttavia di vicinanza affettiva.

L'Ospedale Evangelico Internazionale (OEI), dal 2013 ha attuato progettualità, con il contributo Otto per Mille Chiesa Valdese, inerente il supporto di Accoglienza, non solo sanitaria alla vittima di violenza, evidenziando il ruolo sanitario dell'Operatore.

Tale approccio ha portato alla formalizzazione di Corsi di Formazione annuali in tema, che vedranno il compimento del 10 anno con la programmazione prevista per il mese di Novembre 2022

La sensibilizzazione, il ruolo sanitario, non scontato, è base informativa e formativa indirizzata al Personale tutto



Contenuti

In costante implementazione, il Progetto si inserisce nell'area Metropolitana della città di Genova, ove sono situate la Sede storica di Castelletto ed il Presidio di Voltri

Nel corso degli anni si è confermata la necessità di percorso stabile nel tempo: la prioritaria continuità di Accoglienza alla vittima e di ausilio al superamento a stereotipi e pregiudizi anche di tipo culturale, ha contribuito ad iter organizzato e dinamico, per il correlarsi dell'attività svolta dalle Psicologhe (Ascolto Psicologico con offerta gratuita di colloqui iniziali), alla sempre attenta formazione anche sul campo con il contributo anche da parte delle Psicologhe, nei confronti degli Operatori dell'Ente, nonché al rapporto positivo verso le realtà di tutela esterne.

Si inserisce come elemento base di Finestra Rosa, l'attenzione al fenomeno anche come attività divulgativa, formativa ed in-formativa, come passa parola e condivisione alle azioni di contrasto alla violenza, azioni in coesione di intenti tra operatori anche non sanitari, soprattutto di Enti di tutela e sostegno alla vittima, come le F.F.O., Centri anti violenza, Regione, condividendone l'indirizzo formativo in-formativo, con momenti di confronto costruttivo.

Anche in anni di pandemia, la differente modalità di relazione di supporto alla vittima, con l'emergere di "metodi" di supporto a distanza, hanno contribuito alla continuità formativa e divulgativa verso le possibili attività per contrastare e supportare, ad implementare il percorso di prevenzione al triste fenomeno, a sottolineare il ruolo sanitario anche in tale tematica di quotidiana attualità negativa.

Conclusioni

Il sempre maggiore utilizzo per facilità d'uso di dispositivi tecnologici e di piccole dimensioni quali smartphone o tablet risultano ulteriori mezzi di possibilità formativa ed in-formativa, per operatore e per vittima interessata. La sensibilizzazione al contrasto al fenomeno violenza, inteso come ruolo sanitario più ampio della dovuta, doverosa e corretta assistenza sanitaria di cura, si correla con il fondamento storico alla base dell'OEI, ovvero accoglienza alla persona nelle sue necessità di salute, intesa come benessere della persona.



Sede Castelletto



Presidio Voltri

Organizzazione di un centro vaccinale in un HUB oncologico: l'esperienza dello IOV - IRCCS

Marconato S.¹, De Luca G.², Ottolitri K.³, Bernardi M.⁴, Cacco M.⁵, Greggio A.⁶, Saieva AM.⁷, Benini P.⁸

¹Dirigente Medico, UOC Direzione Medica, Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova

²Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova, Padova

³Risk Manager, Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova

⁴Titolare di incarico di funzione organizzativa, UOSD Direzione Professioni Sanitarie, Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova

⁵Responsabile UOSD Direzione Professioni Sanitarie, Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova

⁶Dirigente UOSD Direzione Professioni Sanitarie, Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova

⁷Direttore Sanitario, Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova

⁸Direttore Generale, Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova

L'Istituto Oncologico Veneto-IRCCS, unico IRCCS oncologico del Veneto e HUB della Rete Oncologica Veneta (ROV), ha assicurato, per l'intera durata dello stato di emergenza, l'erogazione delle prestazioni di diagnosi e cura ai pazienti nel rispetto delle normative per la mitigazione del contagio.

Allo scopo di garantire la presa in carico globale del paziente oncologico, coerentemente alla mission aziendale, lo IOV-IRCCS ha preso parte alla campagna di immunizzazione nazionale, predisponendo, in parallelo alla costituzione dei centri vaccinali di popolazione da parte delle Aziende ULSS del Veneto, un centro vaccinale dedicato ai soli pazienti in trattamento oncologico attivo o che lo hanno terminato da meno di 6 mesi, rientranti nelle categorie di pazienti da vaccinare. L'Istituto ha proceduto alla declinazione della strategia vaccinale regionale individuando, nel contesto delle sue due sedi, la coorte dei pazienti da convocare, il setting più idoneo per la somministrazione della profilassi, le modalità di chiamata attiva e programmazione delle sedute nonché il monitoraggio degli eventi avversi.

In conformità a quanto previsto dalle linee guida nazionali e dal rispettivo PDTA regionale pubblicato dalla ROV, lo IOV ha proceduto, all'individuazione negli applicativi aziendali dei pazienti in fase di trattamento attivo e in follow up per cui era indicata la somministrazione della profilassi in via prioritaria.

Con l'obiettivo di assicurare i più elevati standard di assistenza nel caso di insorgenza di eventuali reazioni avverse e garantire la massima efficienza del processo di somministrazione, è stato individuato il luogo di esecuzione della profilassi e del successivo monitoraggio nei locali dell'Istituto nelle giornate di sabato e domenica, prevedendo la presenza, oltre che del personale medico vaccinatore, anche dell'anestesista di guardia.

Dopo una prima comunicazione in corso delle visite ambulatoriali, i pazienti sono stati contattati dai medici oncologi per la necessaria informazione e, nel caso di assenso, dopo una prima anamnesi prevaccinale, ne veniva programmata l'immunizzazione. La tempistica della vaccinazione è stata definita dal medico di riferimento in maniera compatibile alla somministrazione della terapia antitumorale/immunoterapica, minimizzando eventuali ritardi per entrambe.

Per mezzo di tale modello, lo IOV ha proceduto alla somministrazione in sicurezza di più 16 mila dosi, suddivise tra prime, seconde e terze dosi, in oltre 7 mila pazienti. I dati raccolti nella prima fase della campagna hanno evidenziato un minore tasso di rifiuto nei pazienti contattati dallo IOV rispetto ad altri centri (3,9% versus 11%) e un ridotto tasso di reazioni avverse (8 su oltre 10mila dosi).¹

Parallelamente, i questionari per il monitoraggio della soddisfazione dei pazienti hanno riportato elevati livelli (>95.5%) di soddisfazione chiarezza, disponibilità e completezza delle informazioni riguardanti la vaccinazione (metodo di somministrazione, scopo e potenziali eventi avversi).²

In conclusione, il modello ha permesso, grazie alla collaborazione dei diversi operatori coinvolti, di garantire un'efficiente presa in carico del paziente, contraddistinta da un'ampia adesione della popolazione, un elevato di livello di soddisfazione per l'informazione ricevuta e una ridotta insorgenza di eventi avversi.

¹ Brunello A., Guameri V., Coppola M., Bernardi M., Ottolitri K., Ghi M.G., Mioranza E., Vianello F., Gottardi M., Lonardi S., Zagonel V., Safety of COVID-19 Vaccine in Patients with Cancer in a High-Volume Comprehensive Cancer Center, *The Oncologist*, Volume 27, Issue 2, February 2022, Pages e203–e205

² Caccese M., Imbevaro S., Feltrin A., Costardi D., Giordano N., Maran M., Martino R., Ottolitri K., Shams M., Vascon F., Roma A., Galliano A., Maruzzo M., Marino D., Lombardi G., Lonardi S., Brunello A., Zagonel V., Cancer Patient-Reported Experience Measures (PREMs) Regarding the Policies Implemented to Contain the Spread of Sars-CoV-2 and Vaccination Campaign at Veneto Institute of Oncology, *Patient Preference Adherence*, 2022;16:353-362



Flessibilità organizzativa per fronteggiare i cambiamenti dello scenario normativo ed epidemiologico

Pietronigro Anna - Medico in formazione specialistica, Università degli Studi di Milano; **Perotti Gabriele Mario** - Direttore Medico di Presidio, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; **Pomponi Giovanna** - Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; **Villa Valentina** - Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; **Triarico Antonio** - Direttore Sanitario, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano.

Parole chiave: Covid-19, Modelli organizzativi e gestionali dei servizi sanitari e dell'assistenza, Organizzazione clinico-assistenziale.

Introduzione

Le variazioni dell'andamento epidemiologico da COVID-19 e della relativa normativa regionale hanno reso necessaria l'adozione di modelli organizzativi radicalmente differenti all'interno del contesto oncologico mono-specialistico quale la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (INT).

A seguito di una riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera in Regione Lombardia, a partire dal 2020 e poi nel 2021 l'INT è stato individuato come Hub COVID-19 free per le urgenze oncologiche, con il compito di garantire in piena pandemia la continuità assistenziale per i pazienti oncologici a livello regionale e nazionale.

Nel 2022, conseguentemente a differenti indicazioni regionali e alla diffusione della variante Omicron del SARS-CoV-2, è stato necessario rimodulare l'attività di ricovero programmato e differibile al fine di garantire continuità assistenziale internamente all'INT anche a pazienti COVID-19 positivi.

Metodi

Sono state messe in atto misure organizzative alternative per far fronte ai due diversi scenari con l'obiettivo costante di garantire la sicurezza dei pazienti oncologici.

Per permettere l'accesso e il ricovero esclusivamente a pazienti COVID-19 negativi, il primo modello organizzativo ha previsto: l'elaborazione di protocolli e procedure interne per la gestione dei pazienti e del personale sanitario; l'introduzione per tutti i pazienti di un test diagnostico nelle 48h precedenti al ricovero e periodicamente (ogni 5 giorni) durante la degenza; l'obbligo dell'utilizzo di DPI da parte del personale sanitario con l'avvio di programmi di formazione e aggiornamento; l'identificazione di un'area di sorveglianza dedicata all'isolamento tempestivo di pazienti sospetti/sintomatici; la definizione di percorsi per il trasferimento di pazienti COVID-19 positivi verso altre strutture della rete regionale.

Nei primi mesi del 2022, per rispondere alle nuove esigenze di gestione in loco dei pazienti COVID-19 positivi e per contenere la diffusione della variante Omicron, la Direzione Medica (DM) ha dato indicazione ai reparti di ricoverare i pazienti esclusivamente in stanza singola; sono state identificate alcune stanze dipartimentali dove isolare temporaneamente i pazienti sospetti; l'area di sorveglianza è stata convertita in un reparto COVID con stanze di degenza destinate a pazienti positivi non dimissibili a domicilio e stanze per accesso diurno per effettuare prestazioni diagnostiche e terapeutiche non procrastinabili con gestione dei pazienti di tipo multidisciplinare; sono stati identificati percorsi distinti per ogni categoria di pazienti.

Risultati

Nel corso del 2021, se da un lato la situazione epidemiologica ha causato un decremento dell'affluenza dei pazienti extra-regionali, dall'altro il ruolo di hub oncologico regionale dell'INT ha contribuito a mantenere costante l'attività di ricovero, seppur modulando l'attività prediligendo interventi clinicamente rilevanti (n. 5213 ricoveri chirurgici sono stati erogati complessivamente nell'anno 2021 vs i n. 5139 ricoveri chirurgici erogati nel 2019.)

Nel 2022 la necessità di ricoverare i pazienti in stanze singole ha ridotto marcatamente il numero di posti-letto disponibili (riduzione sul totale di posti-letto del 26% a Gennaio 2022, del 25% a Febbraio 2022 e del 14% a Marzo 2022), che si è tradotto in una riduzione dei ricoveri chirurgici nei primi mesi dell'anno (n. 543 ricoveri chirurgici a Gennaio-Febbraio 2022 contro i n. 679 ricoveri chirurgici a Gennaio-Febbraio 2021).

Nonostante le limitazioni strutturali e la carenza di spazi disponibili per accogliere in modo del tutto indipendente differenti tipologie di pazienti, le misure organizzative messe in atto hanno tuttavia permesso l'erogazione di prestazioni sanitarie per i pazienti sia COVID-19 negativi sia COVID-19 positivi.

Codice Reparto Specialistica	Descrizione Reparto	2019	2020	2021
		Qta	Qta	Qta
0901	Chirurgia 1 - Epato Gastro Pancreatico e Trapianto di Segno	445	388	430
0902	Chirurgia Colon Rettale	300	342	332
0904	Senologia	929	875	980
0905	Chirurgia Melanoma Sarcoma	990	936	994
4301	Urologia	426	429	484
3801	Dermatologia	267	305	333
3301	Chirurgia Toracica	500	537	570
3701	Chirurgia Vascolare	302	493	528
3303	Chirurgia Plastica	588	477	571
3001	Chirurgia Cranio-Maxillo-Facciale	87	143	221
Totale UD Chirurgiche		5139	4790	5213

N. ricoveri chirurgici erogati 2019-2020-2021 - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

Reparto	Totale UD Gen-Feb 2021		Totale UD Gen-Feb 2022	
	Qta	Qta	Qta	Qta
Chirurgia Oncologica	54	40		
Chirurgia Urologica	38	47		
Chirurgia Dermatologica	40	33		
Chirurgia Cardiovascolare	32	35		
Chirurgia Neurologica	48	48		
Chirurgia Pediatrica	9	34		
Chirurgia Oftalmologica	16	46		
Chirurgia Ginecologica	16	48		
Chirurgia	88	116		
Chirurgia	19	32		
Totale ospedaliere	479	549		

Ricoveri chirurgici confronto Gen-Feb 2021 vs. 2022 - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

Conclusioni

La risposta organizzativa a richieste e bisogni variabili sulla gestione del COVID-19 ha evidenziato l'importanza di capacità e modelli organizzativi flessibili e resilienti, caratterizzati dal coinvolgimento di diverse figure professionali/strutture. L'esperienza della DM dell'INT potrebbe rappresentare un modello nella futura riorganizzazione sanitaria per i centri mono-specialistici non solo oncologici.

LE CIFRE DEL COVID-19 AL PRESIDIO OSPEDALIERO SAN JACOPO DI PISTOIA: SINOSSI DELLE 4 ONDATE

AUTORI: Lucilla Di Renzo^a, Gabriele Vaccaro^b, Giuditta Niccolai^a, Leonardo Capecci^a, Kadjo Yves Cedric Adja^a, Marco Poletto^a, Matteo Bastiani^b

^aSOC Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Jacopo Pistoia e Santi Cosma e Damiano Pescia, AUSL Toscana Centro; ^bScuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze, Firenze, Italia

PAROLE CHIAVE: COVID-19, ricoveri, letalità

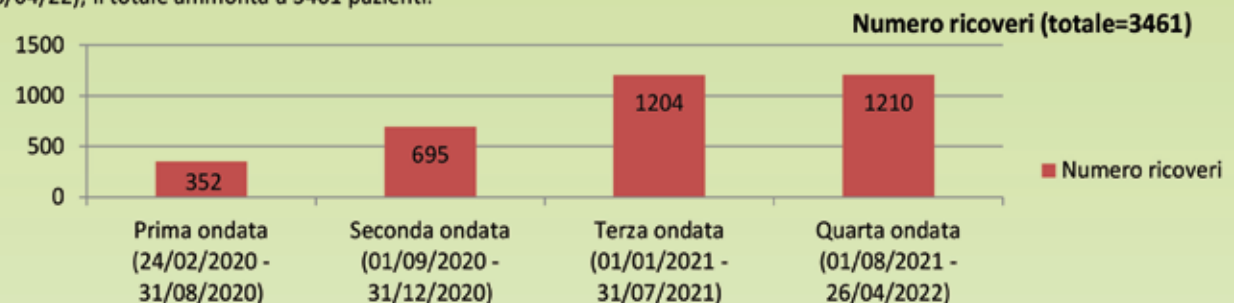
INTRODUZIONE

Il Presidio Ospedaliero San Jacopo di Pistoia ha accolto pazienti positivi al SARS-CoV-2 fin dall'esordio nel febbraio 2020 e in ognuna delle quattro ondate, garantendo una pronta risposta assistenziale alla provincia di Pistoia, comprendente circa 294000 abitanti e con, per adesso, circa 87000 contagi. L'Ospedale, che nell'anno 2019 aveva registrato 19557 ricoveri, ha più volte modificato l'organizzazione in base all'andamento ondulatorio dei numeri della pandemia.

Tentiamo di offrire qualche tratto della pandemia da COVID-19 all'Ospedale San Jacopo in un quadro sinottico delle 4 ondate.

CONTENUTI

I pazienti COVID-19 positivi ricoverati al San Jacopo sono stati 352 nella prima ondata (24/02/20-31/08/20), 695 nella seconda (01/09/20-31/12/20), 1204 nella terza (01/01/21-31/07/21) e 1210 nella quarta tuttora in corso (01/08/21-26/04/22); il totale ammonta a 3461 pazienti.



In ciascuna ondata, si osserva una prevalenza di pazienti di sesso maschile; complessivamente, abbiamo 1940 pazienti maschi (corrispondenti al 56,05%) e 1521 femmine (il 43,95%). L'età media dei ricoverati causa COVID-19 è 69,05 anni.

Il numero di pazienti positivi al SARS-CoV-2 deceduti al San Jacopo conta, rispettivamente per le 4 ondate, 65, 111, 183 e 138 unità, per un totale di 497 persone.

La letalità si attesta sul 14,36%, con un trend in diminuzione da un'ondata all'altra (rispettivamente 18,47%, 15,97%, 15,20%, 11,40%).

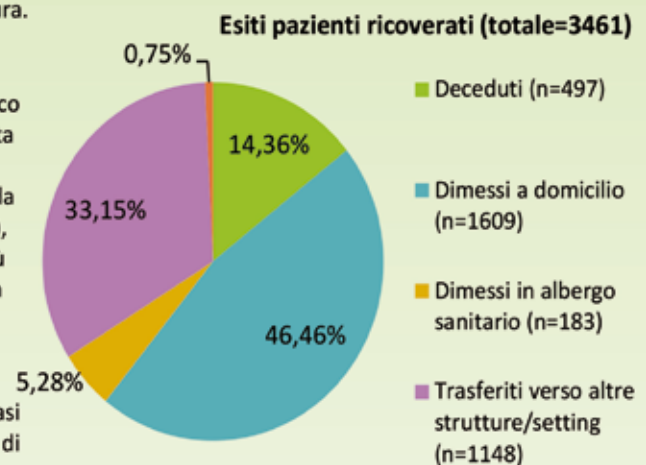
L'età media dei deceduti risulta poco più di 81 anni in tutti i periodi, tranne che nel terzo (78,51 anni), per una media complessiva di 80,13 anni.

I picchi delle quattro ondate si sono registrati nel marzo 2020 con 258 ricoveri, nel novembre 2020 con 326, nel marzo 2021 con 344 e nel gennaio 2022 con 266.

Esaminando gli esiti, il 46,46% dei pazienti è stato dimesso a domicilio, il 33,15% trasferito in altre strutture o in setting no COVID quando la negativizzazione è avvenuta durante il ricovero, il 5,28% è stato dimesso in albergo sanitario, il 14,36% è deceduto e lo 0,75% si trova ricoverato al momento della stesura.

CONCLUSIONI

Tali numeri rappresentano una testimonianza dello sforzo clinico e organizzativo che l'Ospedale San Jacopo ha profuso in risposta alla situazione emergenziale pandemica. Interessante notare come la letalità sia andata costantemente diminuendo (tanto da passare dal 18,47% della prima ondata all'11,40% della quarta), grazie senza dubbio alla comparsa di nuove varianti, magari più contagiose, ma pure meno virulente, agli effetti della poderosa campagna vaccinale, ma anche all'esperienza acquisita sul campo. Risalta il significativo dato dei dimessi direttamente a domicilio, che si attesta sul 46,46% del totale; grazie ad un'attenta programmazione del percorso assistenziale, per quasi la metà dei pazienti non si è quindi dovuti ricorrere a strutture di cure intermedie, fornendo pertanto notevole respiro a un sistema già ampiamente sovraccaricato.



LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE

Niccolai G.(1), Bastiani M.(2), Vaccaro G.(2), Biagini C.A.(3), Tonon E.(3), Turelli L.(4), Adja K.Y.C.(1), Capecchi L.(1), Di Renzo L.(5)

(1)Dirigente Medico DSPO Pistoia e Pescia, Azienda USL Toscana Centro; (2)Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, UNIFI; (3)Direttore SOC Geriatria Pistoia e Pescia; (4)Direttore SOC Ortopedia e Traumatologia Pistoia; (5)Direttore SOC DSPO Pistoia



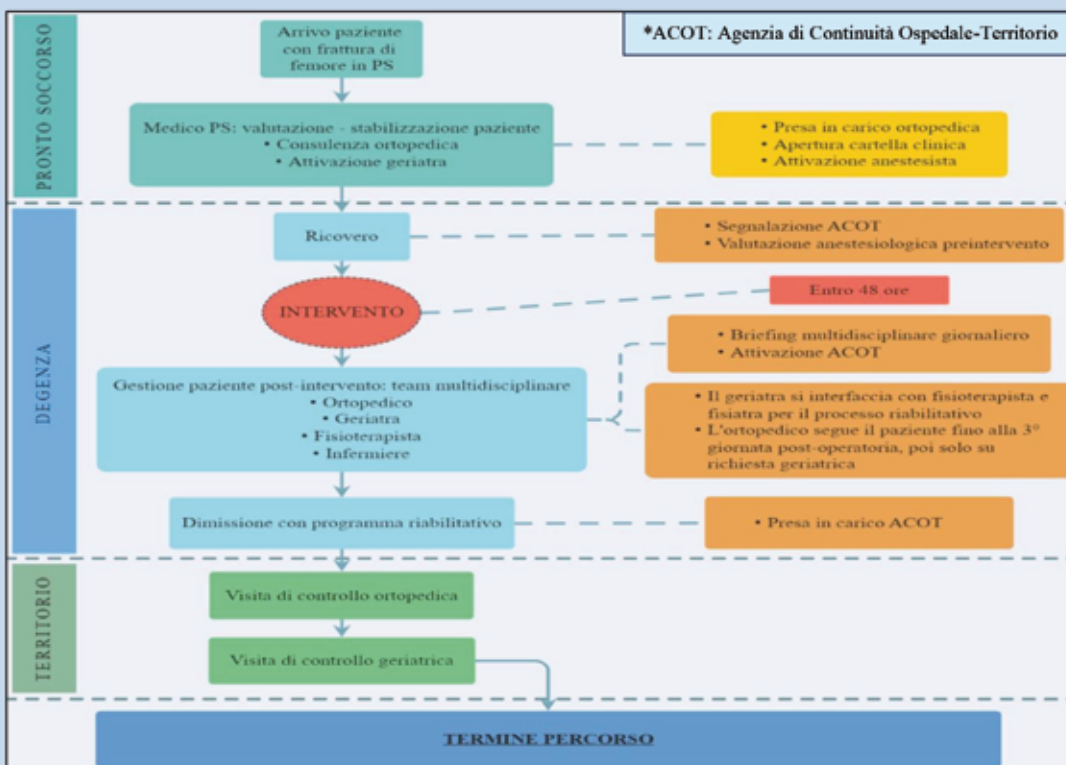
Parole chiave: frattura femore, ortopedia, geriatria

Introduzione

La frattura di femore è una condizione ad elevata incidenza negli anziani (circa l'80%), ad elevata mortalità (20-30% ad un anno) e disabilità residua, con conseguente significativo peggioramento della qualità di vita e dello stato di salute. L'approccio multidisciplinare, con continue rivalutazioni cliniche e tensione riabilitativa, ha dimostrato di migliorare gli outcome funzionali e di ridurre la mortalità.

Contenuti

La co-gestione orto geriatrica è la combinazione di competenze geriatriche e ortopediche applicata all'anziano fratturato con l'obiettivo di garantire rapidi ricoveri e presa in carico, efficace gestione delle comorbidità prevalenti ed incidenti, precoce mobilizzazione, ripresa della deambulazione e recupero del livello funzionale pre-trauma; prevenzione di future cadute e/o fratture.



Al momento della dimissione, la compilazione della SDO è a cura dell'ortopedico, comprensiva di diagnosi principale, parte relativa all'intervento chirurgico e seconda diagnosi con codice 797 ("senilità"), per un ribaltamento in percentuale di parte del ricovero alla specialistica geriatrica.

I pazienti dimessi dall'ortogeriatrica verranno poi rivisti in regime ambulatoriale con appuntamento già fissato al momento della dimissione.

Conclusioni

Tra i vari modelli di gestione del paziente anziano con frattura di femore quello che prevede la co-gestione tra ortopedico, per l'intervento chirurgico, e geriatra, per il trattamento clinico riabilitativo, ha mostrato i migliori risultati, come la riduzione delle complicanze intraospedaliere e il miglioramento del grado di soddisfazione dei pazienti e dei familiari grazie ad un' adeguata comunicazione e informazione riguardo le decisioni prese.

La riorganizzazione delle aree intensive a seguito del DL 34/2020: confronto dei piani regionali

Giuliani M¹, Cavazzana L², Masciulli A³, Taccogna C³, Vailati M³, Busnelli A⁴

1 Assistente Sanitaria – ATS Città Metropolitana di Milano - UOC Autorizzazione Accreditamento Strutture Sanitarie

2 Dirigente Medico - ATS Città Metropolitana di Milano - UOC Autorizzazione Accreditamento Strutture Sanitarie

3 Assistenti Sanitari – ATS Città Metropolitana di Milano - UOS Autorizzazione Accreditamento Strutture Sanitarie Area Milano Città

4 Dirigente Medico Responsabile di UOS - ATS Città Metropolitana di Milano - UOS Autorizzazione Accreditamento Strutture Sanitarie Area Milano Città



PAROLE CHIAVE: Terapia intensiva- semi intensiva- Covid-19

INTRODUZIONE

A tre mesi dall'inizio dell'emergenza, con il DL 34 del 19 maggio 2020 si ponevano le basi per il riavvio della vita del Paese dopo il periodo del primo lockdown.

Il piano di riorganizzazione, volto a fronteggiare adeguatamente la pandemia da COVID-19, doveva garantire l'incremento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e nelle aree di assistenza ad alta intensità di cure, con una dotazione a livello nazionale di 3.500 ulteriori posti letto di terapia intensiva e la riqualificazione di 4.225 posti letto di area medica in posti letto di area semi intensiva.

Obiettivo del lavoro è stato quindi quello di confrontare i piani redatti dalle Regioni e Province Autonome italiane in ottemperanza al Decreto, in merito alla modalità di risposta prevista per il potenziamento delle aree di terapia intensiva e semi intensiva.



Percentuale di incremento prevista dei posti letto di Terapia Intensiva nelle Regioni Italiane

CONTENUTI

Per comparare i piani regionali si sono raccolti alcuni elementi di base che consentissero di contestualizzare i documenti prodotti: numerosità della popolazione residente, numero dei posti letto di terapia intensiva attivi al 2019 e numero di posti letto di cui era indicato l'ampliamento nel DL 34/2020. Nella definizione dei punti chiave su cui basare il confronto, sono state predisposte griglie specifiche per raccogliere le informazioni indicate nei piani, relative a: distribuzione dei posti letto da incrementare, criteri per l'identificazione dei presidi scelti per le nuove realizzazioni, identificazione di specifiche unità operative nel contesto delle quali realizzare le aree semi intensive e infine definizione di nuovi requisiti di accreditamento.

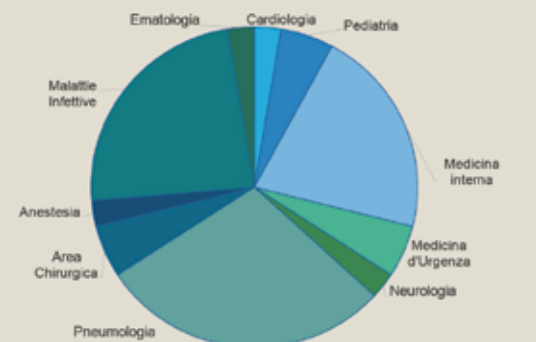
Dall'analisi del contenuto dei piani si è rilevata, in generale, una discreta variabilità nella strutturazione degli stessi. I criteri di programmazione sono stati fortemente condizionati anche dalle peculiarità del territorio: nelle Regioni più piccole le possibilità erano limitate dall'esiguo numero di strutture in possesso delle caratteristiche idonee ad ospitare le aree intensive. Quelle più estese e popolose hanno invece applicato modalità differenti, partendo da una analisi centrale dei fabbisogni, come la Toscana, o dalle proposte presentate dalle singole strutture, come la Lombardia e il Lazio.

Le UO di riferimento maggiormente rappresentate per la realizzazione delle aree semi-intensive sono state: Pneumologia, Malattie Infettive e Medicina Interna, seguite da Medicina d'Urgenza, Pediatria e l'Area Chirurgica.

Per quanto riguarda la definizione delle nuove caratteristiche delle aree intensive, diverse Regioni hanno sottolineato all'interno del loro piano la necessità di adeguare le dotazioni impiantistiche e implementare la multidisciplinarietà dell'assistenza. Alcune, tra cui Veneto e Lombardia, hanno pubblicato l'aggiornamento dei propri requisiti di autorizzazione e accreditamento per l'area intensiva in occasione dell'emissione del piano.

CONCLUSIONI

Il processo di riorganizzazione delle terapie intensive e semi intensive, pur essendo a quasi due anni dal suo avvio, ad oggi risulta ancora in itinere in quanto le profonde modifiche nell'offerta dei diversi Sistemi Sanitari Regionali che questo comporta richiedono maggiori tempistiche per la loro messa in atto. Le modalità di applicazione di quanto indicato a livello nazionale riflettono la variabilità del territorio nazionale italiano, composto da realtà profondamente differenti fra loro, a livello di popolazione, configurazione del territorio e della propria rete di strutture sanitarie.



Specialità di afferenza dei letti di Semi Intensiva indicate nei piani regionali

Intesa 259 Conferenza Stato Regioni del 10/12/2012 Revisione della normativa di accreditamento: a che punto siamo?

Galeazzi A¹, Bronzin S², Martinelli M³, Nigro M¹, Parrino P⁴, Esposito R⁵

¹ Assistente Sanitaria - ATS Città Metropolitana di Milano - UOC Autorizzazione Accreditamento Strutture Sanitarie
² Dirigente Medico - ATS Città Metropolitana di Milano - UOC Autorizzazione Accreditamento Strutture Sanitarie
³ Assistenti Sanitari - ATS Città Metropolitana di Milano - UOC Vigilanza Strutture Sanitarie
⁴ Infermiera - ATS Città Metropolitana di Milano - UOC Vigilanza Strutture Sanitarie Area Ovest
⁵ Dirigente Medico di Struttura Complessa - ATS Città Metropolitana di Milano - UOC Autorizzazione Accreditamento Strutture Sanitarie



PAROLE CHIAVE: accreditamento - criteri- umanizzazione

INTRODUZIONE

Per dare atto all'art. 7 del Patto Sanitario 2010-2012, è stato istituito un processo di revisione della normativa di accreditamento istituzionale da parte di Ministero della Salute, AGENAS, Regioni e Province Autonome. È stato predisposto un documento (Intesa 259/CSR del 10/12/12), approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, che individua 8 criteri e 28 requisiti essenziali per l'accREDITAMENTO istituzionale.

I CRITERI

- 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE
- 2 PRESTAZIONI E SERVIZI
- 3 ASPETTI STRUTTURALI
- 4 COMPETENZE DEL PERSONALE
- 5 COMUNICAZIONE
- 6 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA
- 7 PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE
- 8 UMANIZZAZIONE

Disponibilità di documenti in cui sono declinati i criteri



CONTENUTI

È stato condotto uno studio al fine di esaminare lo stato dell'arte circa l'introduzione dei criteri di accreditamento. La ricerca, effettuata su Google/Google Scholar dal 28/03/22 al 01/04/22, ha utilizzato le parole chiave: intesa stato regioni 259 AND "nome regione". Sono stati inoltre consultati i siti di AGENAS e delle singole regioni relativi alla normativa sanitaria. Dall'indagine risulta che la totalità delle Regioni ha recepito l'intesa con una delibera e 13/20 ne hanno declinato i criteri in documenti tecnici.

Alcune non hanno apportato modifiche sostanziali, altre hanno integrato i criteri sviluppandone aspetti da approfondire ed evidenze attese. Un'analisi ad hoc meritano gli aspetti introdotti con il criterio 8 "umanizzazione", tematica già ripresa anche nel PS 2014-2016 per impegnare le Regioni ad attuare interventi di umanizzazione che affrontino aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza. Lo sviluppo dei processi di umanizzazione deve rappresentare la missione comune per coloro che programmano, pianificano, organizzano e gestiscono l'assistenza specialmente nei confronti di soggetti fragili. Elementi comuni riscontrati sono stati: procedure accoglienza paziente in base ad età, genere, etnia, interprete/mediatore culturale, qualità relazione operatore/paziente/familiare, formazione operatori al counselling, lavoro multidisciplinare/multiprofessionale, partecipazione attiva del paziente al processo assistenziale, protocollo accompagnamento alla morte. Quest'ultima tematica, non prevista nell'intesa ma introdotta da molte Regioni, risulta un elemento di qualità e di attenzione nei confronti della persona/caregiver.

CONCLUSIONI

Il lavoro fornisce una visione d'insieme rispetto al livello di implementazione dei criteri di accreditamento di nuova individuazione e ha evidenziato come le istituzioni sanitarie mirano al raggiungimento di un'assistenza umanizzata ed efficiente, considerando la totalità delle componenti della persona: fisiche, mentali, emotive e spirituali.

Uno strumento di preparazione ospedaliera basato sull'esperienza Covid-19

Calandra V,¹ Nobile M², Ferro G³, Sommariva A⁴, Schiavini F⁵, Da Re N.R.⁶

1. Assistente Sanitaria – ATS Città Metropolitana di Milano - UOC Vigilanza Strutture Sanitarie
2. Dirigente Medico - ATS Città Metropolitana di Milano - UOC Autorizzazione Accreditamento Strutture Sanitarie
3. Tecnico della Prevenzione – ATS Città Metropolitana di Milano – UOSD Verifiche Strutturali e Tecnologiche
4. Medico specializzando in Igiene e Prevenzione, Università degli Studi di Milano
5. Dirigente Medico Responsabile di UOS - ATS Città Metropolitana di Milano - UOS Vigilanza Strutture Sanitarie Area Milano Est
6. Direttore Dipartimento PAAPSS - ATS Città Metropolitana di Milano – Dipartimento PAAPSS



PAROLE CHIAVE: COVID-19, OSPEDALE, EMERGENZA

Introduzione

La pandemia da Covid-19 ha rappresentato una sfida senza precedenti per gli ospedali e per le organizzazioni sanitarie. A partire da questo periodo di esperienza caratterizzato dall'emergenza Covid-19, Regione Lombardia secondo le Linee Guida Nazionali, ha emanato diversi documenti di indirizzo tra cui la DGR 5181/21 "Aggiornamento degli Atti di indirizzo per le Strutture Ospedaliere e le Unità d'Offerta Territoriale in relazione all'emergenza pandemica da parte della Covid-19 e ulteriori determinazioni". Le strutture sanitarie sono state chiamate a implementare soluzioni organizzative differenti, rispetto alla situazione di rischio che via, via è andata configurandosi. L'obiettivo di questo lavoro è quello di sviluppare, a partire dagli elementi richiamati nella DGR 5181/21, uno strumento che può essere utilizzato dalle Strutture sanitarie per monitorare e auto-valutare lo stato dell'arte in caso di emergenza determinata da Covid-19 o altri eventi pandemici, al fine di identificare le azioni da mettere in atto.

Contenuti

Dapprima è stata condotta (da ottobre a dicembre 2021) una revisione della letteratura su PubMed e Google Scholar, utilizzando le parole chiavi **Covid-19, hospital, preparedness**; un'analisi delle linee guida degli strumenti già esistenti quali "Health Emergency Preparedness Self-Assessment" (HEPSA) dell'European Centre for Disease Prevention and Control e parallelamente si è proceduto ad un'analisi delle procedure aziendali sviluppate dalle strutture Ospedaliere ai sensi della DGR 5181/21 del territorio di ATS Milano. La checklist è stata sviluppata prendendo in considerazione le aree tematiche di intervento individuate dalla revisione della letteratura e da quanto emerso dall'analisi delle procedure, in particolare sono state prese in considerazione le aree risultate critiche al fine di fornire elementi utili di valutazione e strategie organizzative appropriate.

Gli aspetti che sono stati presi in considerazione possono essere riassunti in sette domini così come suggerito da ECDC.



Sono state formulate delle domande per guidare la valutazione al fine di costruire uno strumento il più standardizzato possibile per ogni aspetto valutato. Ciascun item viene valutato con un "SI", "NO" e "PARZIALMENTE".

Conclusioni

Questo strumento ha il potenziale per essere modificato per una varietà di scenari pandemici in base alle modalità di trasmissione, ai tassi di diffusione e alle cure.

Le possibilità della validazione dello strumento potrà avvenire a livello aziendale sia di ATS che di organizzazione ospedaliera oppure attraverso l'utilizzo del metodo Delphi study.



Una parte dello strumento/checklist

Dominio	Focus DGR 5181 e smi	Domande di conduzione audit/domande di rinforzo	Valutazione breve		
			1	2	3
Governance	Procedura aziendale in cui siano esplicitate: modalità organizzative secondo le quali sono garantiti gli accessi pazienti, accompagnatori e altre categorie di soggetti autorizzati rispetto al setting di cura.	È stata redatta una procedura aziendale ai sensi della DGR 5181?	1	2	3
		No	Parzialmente	Si	
		La procedura viene aggiornata?	1	2	3
		No	Parzialmente	Si	
		La procedura viene resa disponibile agli operatori?	1	2	3
		No	Parzialmente	Si	
È sviluppata una strategia di comunicazione completa per coinvolgere tutte le parti interessate?	1	2	3		
No	Parzialmente	Si			
Le informazioni in essa contenute vengono adeguatamente comunicate all'utenza (pazienti e operatori esterni che operano all'interno della struttura)?	1	2	3		
No	Parzialmente	Si			



DINAMICA COMPLESSIVA DELLE DEGENZE IN PANDEMIA: MODULARITÀ E RESILIENZA IN ASST DI MANTOVA



Bellometti S.A.¹; Boschetti A.², *Ferrari A.², Bolognini M.³, Melegari A.⁴, Vallari A.⁴, Nespeca M.⁴, Cestari S.⁴

1. *Direttore Sanitario Aziendale ASST Mantova; Componente Cabina Ministeriale di regia pandemia COVID (Ministero della Salute)*
2. *Dirigente Medico - Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, P.O. Mantova, ASST Mantova*
3. *Servizio di Bed Management Aziendale, ASST Mantova*
4. *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero ASST Mantova*

Keywords: governo del cambiamento, resilienza, gestione dei ricoveri



INTRODUZIONE:

L'epidemia da SarS-CoV2 in Italia ha acceso un faro sulla necessità di rinforzare l'assistenza territoriale socio-sanitaria, ma ha - forse maggiormente- determinato enormi cambiamenti di paradigmi operativi nell'organizzazione ospedaliera.

E' stata un'epicrisi straordinaria, in evoluzione continua e con scarsa prevedibilità di eventi e conseguenze di azioni organizzativo-gestionali. L'Ospedale, sistema organizzativo iper-complesso, non solo ha dovuto ristabilirsi su un nuovo equilibrio rispetto a input e contesto, ma ha dovuto anche modificare i propri asset di processo verso modularità e resilienza. Paradigmatico è quanto avvenuto nell'organizzazione di ricoveri, dimissioni e dei processi di bed management per acuti.

CONTENUTI:

Dinamicamente si sono succedute tre macro-fasi:

- 1) creazione di reparti COVID a varia complessità assistenziale con netta separazione di spazi, flussi e pratiche assistenziali e contrazione del numero di degenze e linee produttive ordinarie COVID-free;
- 2) graduale ridimensionamento delle degenze nei reparti COVID, corrispondente incremento di pp.II. COVID-free e mantenimento della netta separazione di spazi/flussi "tra Unità Operative";
- 3) identificazione di soluzioni organizzative sicure ma modulari "intra Unità Operativa", con stanze di degenza e percorsi dedicati ai pazienti COVID all'interno di tutti i ripristinati reparti COVID-free, con adattamento delle attività assistenziali e precauzioni anticontagio (pressione negativa, "filtro vero", aree di vestizione/svestizione, procedure aziendali operative-assistenziali revisionate costantemente, formazione e comunicazione interna). Questo scenario s'integra anche con la creazione di aree degenziali chirurgiche e internistiche dedicate a pazienti sospetti o in fase di definizione ("grigi"). L'attenzione a percorsi e comportamenti e la gestione centralizzata di ogni focolaio o sospetto focolaio secondo procedure guidate dai Medici di Direzione hanno evitato anche nel terzo scenario un incremento significativo di cluster intra-ospedalieri.

Questi cambiamenti sono stati affiancati da simili assetti modulabili di pronto soccorso e aree di emergenza e rianimazione, sale operatorie, setting ambulatoriali, servizi diagnostici e degenze di cure intermedie o cure subacute. Essenziale risulta anche la guida del processo di dimissione e interfaccia con strutture di altro setting (subacuti, residenzialità, cure domiciliari,...) con nuove reti e gestione in aree a volte anche sovraprovinciali, regionali od extra-regionali. Per guidare questa modularità organizzativa sono stati usati i classici indicatori epidemiologici ed organizzativi ospedalieri, ma sono stati anche "empiricamente" utilizzati nuovi strumenti di lettura di trend di "nuova generazione": rapporti di destinazione di letti COVID per complessità assistenziale, boarding differenziati COVID/noCOVID, percentuale di ricoverati COVID asintomatici o "incidentali", valutazioni dei livelli di immunocompetenza tra degenti "COVID".

CONCLUSIONI:

Tale riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera nella realtà di una provincia di medie dimensioni verso soluzioni resilienti e modulari ha indotto a riscoprire il ruolo altamente professionale e specialistico delle Direzioni Sanitarie, Mediche e dei Professionisti in Staff: hanno guidato il change management assumendo di fatto grandi responsabilità. Ciò è stato fatto in un'ottica di squadra, integrando le varie professionalità presenti e potenziando vicendevolmente le competenze possedute.



COVID-19: I NUMERI DELLA TERAPIA INTENSIVA DI SCHIAVONIA

Biasi L.^{1,2}; Manzella A.²; Cogo N.²; Marcon E.¹; Baratto F.³; Tronca S.⁴; Andreotti S.⁵; Bovo C.⁶.

¹ Dirigente Medico presso Direzione Medica Ospedali Riuniti Padova Sud "Madre Teresa di Calcutta", Azienda ULSS n. 6 Euganea, Regione Veneto;

² Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Padova;

³ Direttore U.O.C. Terapia Intensiva Ospedali Riuniti Padova Sud "Madre Teresa di Calcutta", Azienda ULSS n. 6 Euganea, Regione Veneto;

⁴ Coordinatore Gruppo Operatorio Ospedali Riuniti Padova Sud "Madre Teresa di Calcutta", Azienda ULSS n. 6 Euganea, Regione Veneto.

⁵ Master di Coordinamento delle professioni sanitarie, Università degli Studi di Padova

⁶ Direttore Medico di presidio presso Ospedali Riuniti Padova Sud "Madre Teresa di Calcutta", Azienda ULSS n. 6 Euganea, Regione Veneto.

Parole chiave: covid-19, covid hospital, terapia intensiva.

INTRODUZIONE

Il PO Ospedali Riuniti Padova Sud di Schiavonia è stato uno dei primi ospedali coinvolti dall'emergenza SARS-CoV-2 in Italia ed è stato trasformato in covid hospital nelle diverse ondate epidemiche. Di seguito sono riportati i dati sui pazienti ricoverati per polmonite da SARS-CoV-2 nella U.O.C. di Terapia Intensiva del PO di Schiavonia.

CONTENUTI

I dati sono stati ottenuti tramite il sistema informatico ospedaliero (dal 21/02/2020 al 14/03/2022). Di 334 pazienti, 88 erano donne e 246 uomini (F=26,3%, M:F=2,8:1) (Fig. 1). L'età media dei pazienti dimessi è stata di 65,0 aa (SD: 10,2 aa, min = 33 aa, max = 87aa). L'età media dei pazienti deceduti era di 71,2 aa (SD: 10,2 aa, min= 52 aa, max= 88 aa). La degenza media è stata di 21,3 giorni (SD: 14,6 g) per i dimessi e di 14,9 giorni (SD: 14,4 g) per i deceduti. I ricoveri più lunghi sono stati di 74 giorni tra i pazienti sopravvissuti e di 52 giorni tra i deceduti. Il 36,2 % dei pazienti è deceduto e la mortalità, stratificata per classe d'età, è stata del 16,9% per i pazienti tra 51 e 60 anni, del 37,4% tra i 61 ed i 70, del 50% tra i 71 e gli 80 anni, del 48% tra gli 81 ed i 90 anni, 0% per tutte le altre fasce d'età (Fig. 2). I decessi tra le donne sono stati 28 (31,8% delle donne) e tra gli uomini 93 (37,8% degli uomini). Le donne hanno rappresentato il 23,1% dei decessi (Fig. 1). La percentuale di donne ricoverate sul totale è in linea con il dato nazionale (27,2%). La mortalità dei ricoverati in TI all'ospedale di Schiavonia è stata inferiore al dato regionale (40%)² e in linea con la letteratura internazionale (24,5-97,2%)³. Anche in rapporto ai dati demografici sul genere della ULSS 6 (M:F=1:1)⁴, è evidente il maggior impatto della malattia covid-19 sugli uomini. Altro dato positivo è la mortalità dei pazienti al di sotto dei 50 anni pari a 0% (percentuale nazionale di tutti i decessi sotto i 50 anni: 1,3%)³. Considerando l'età media di 65 anni dei pazienti ricoverati in TI a Schiavonia, la durata della degenza media prima del decesso è in linea con quanto indicato dalla letteratura internazionale (15 giorni sotto i 65 anni, 12 sopra i 65)⁵.

CONCLUSIONI

Una migliore gestione dei pazienti covid è stata resa possibile dal riassetto organizzativo, dall'acquisto di strumentazione aggiuntiva e dalla stretta cooperazione e coordinazione tra figure professionali e specialisti diversi. L'esperienza conseguita ha valore non solo per l'emergenza covid, ma anche per una migliore gestione futura di patologie complesse in ospedale.

BIBLIOGRAFIA

1. "Caratteristiche dei pazienti deceduti/pazienti all'intervento da SARS-CoV-2 in Italia dal 14 gennaio 2022" Istituto Superiore di Sanità.
2. Dati comparati tra le terapie intensive COVID-19.
3. "Outcomes from intensive care for patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis of observational studies" B.A. Ambring et al 2021
4. https://www.iss.it/files/default/2020/05/05_ISS_052020_COVID-19_Sintesi_Scheda.pdf ULSS6 - CONSULTAZIONE 23/03/22
5. "Rate and indicators for global COVID-19 meta-analysis as a risk factor for death and ICU admission" H. Jochheim et al. Substantive 2020 Institute Communications
6. "Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications" A. T. Limb et al. European Journal of Epidemiology, 06/10/2020.

Fig. 1 - Numero assoluto dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva per polmonite SARS-CoV-2 tra il 21/02/2020 e il 14/03/2022, divisi per genere e per esito del ricovero.

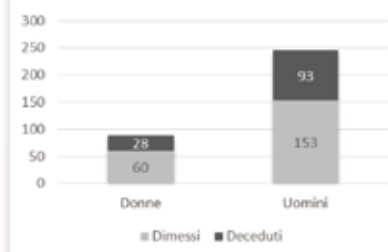
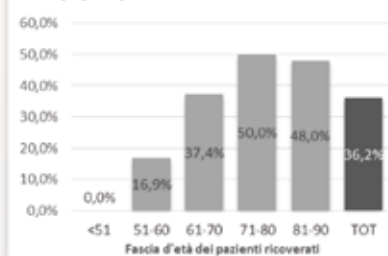


Fig. 2 - Mortalità dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva per polmonite SARS-CoV-2 tra il 21/02/2020 e il 14/03/2022 per classe d'età.



CONSULENZE IN EMERGENZA/URGENZA NELLA ASL ROMA 6 SPERIMENTAZIONE DI UNA RETE INTRA-AZIENDALE

Parole chiave: consulenza; televisita; intra-aziendale.

1) INTRODUZIONE

La ASL Roma 6 tutela la salute della popolazione insistente nell'ambito territoriale caratterizzato da due distinte realtà geografiche e socio-economiche: i Castelli Romani, territorio ricomprendente i comuni collinari e montani del complesso dei Colli Albani; il Litorale latino, territorio ricomprendente le città della porzione sud del litorale romano.

L'Azienda è territorialmente articolata in 6 Distretti (DH1, DH2, DH3, DH4, DH5, DH6) correlati fra loro da una unica struttura, denominata "Dipartimento del Territorio" ed in una rete di stabilimenti di produzione ospedaliera a gestione diretta:



- PO1 - Ospedale "San Sebastiano Martire" - Frascati
- PO2 - Ospedale dei Castelli - Ariccia
- PO3 - Ospedale "P. Colombo" - Velletri
- PO4 - Ospedale "Riuniti" - Anzio/Nettuno

I 4 Presidi Ospedalieri (Ospedale di Anzio, Ospedale dei Castelli, Ospedale San Sebastiano di Frascati e Ospedale Paolo Colombo di Velletri) sono dotati di Pronto Soccorso ed inseriti nella Rete Emergenza Adulti della Regione Lazio. La finalità di tale progetto è creare una rete tra i quattro presidi ospedalieri per l'effettuazione delle consulenze per i pazienti presenti in Pronto Soccorso, ogni presidio secondo le proprie disponibilità specialistiche, al fine di evitare il trasferimento del paziente per l'effettuazione delle consulenze (con conseguente impegno dei mezzi Aziendali) velocizzandone il tempo per l'effettuazione e la conseguente presa in carico da parte dello specialista.

2) MATERIALI E METODI

La realizzazione del progetto è possibile grazie all'utilizzo del software GIPSE (senza oneri aggiuntivi di spesa) e di una piattaforma informatica aziendale.

E' stata eseguita una ricognizione di tutte le specialità presenti all'interno dell'Azienda da inserire nel progetto, suddividendole per Presidio Ospedaliero e specificandone gli orari di attivazione.

SPECIALITA'	
OSPEDALE DEI CASTELLI	Pediatria
	Oculistica
	Psichiatria
	Chirurgia Vascolare
	Ginecologia
	Nefrologia
	Urologia
	Gastroenterologia
	Emodinamica
	Radiologia Interventistica
	Stroke Unit/Neurologia
	FRASCATI
ANZIO	Otorinolaringoiatria Elettrofisiologia Cardiaca Diabetologia Dialisi Oncologia
VELLETRI	Otorinolaringoiatria Reumatologia Ematologia

3) DISCUSSIONE

Operativamente il progetto si suddivide in tre fasi:

FASE 1: Possibilità di collegare i 4 presidi ospedalieri per le consulenze in emergenza/urgenza tramite GIPSE: il medico di Pronto Soccorso, previo ingaggio telefonico, richiede su GIPSE la consulenza specialistica. Lo specialista, abilitato all'accesso al GIPSE dei quattro Presidi Ospedalieri, accede al GIPSE del PO desiderato ed ha la possibilità di visualizzare l'intera cartella di Pronto Soccorso per la quale è stata richiesta la consulenza.

FASE 2: ad integrazione della consulenza GIPSE, in caso di necessità, lo specialista ha la possibilità di richiedere la televisita del paziente nell'ambulatorio virtuale disponibile sulla piattaforma informatica aziendale. In caso di ulteriore necessità di visitare il paziente fisicamente, lo specialista può richiedere il trasferimento del paziente per effettuare de vivo la consulenza richiesta.

FASE 3: Attivazione della televisita su piattaforma informatica aziendale anche per le richieste da reparto (sempre su indicazione dello specialista).

4) RISULTATI ATTESI

I risultati attesi dalla realizzazione del suddetto progetto sono:

- Presa in carico precoce del paziente da parte dello specialista competente;
- Riduzione del rischio connesso al trasferimento dei pazienti;
- Ottimizzazione dell'uso dei mezzi Aziendali dedicati ai trasferimenti dei pazienti;
- Garanzia della tracciabilità delle consulenze erogate;
- Monitoraggio del fabbisogno consenziale per ogni presidio;
- Ottimizzazione dell'utilizzo di tutte le risorse umane disponibili all'interno dell'Azienda;
- Riduzione dei tempi di permanenza dei pazienti in PS.

5) CONCLUSIONI

La creazione di una rete informatica intra-aziendale è mirata ad implementare l'interconnessione tra i quattro Presidi per il miglioramento dell'offerta assistenziale nei confronti dei pazienti con conseguente miglioramento della qualità dei servizi percepita dagli stessi.

CREDITS:

- Dott. F. Maccari (Direzione Sanitaria Aziendale ASL Roma 6);
- Dott. C. Campori (Direttore Generale ASL Roma 6);
- Dott.ssa M. Spitaleri (Direzione Sanitaria Aziendale ASL Roma 6);
- Dott.ssa E. Mancini (Direzione Sanitaria Aziendale ASL Roma 6);
- Dott. A. Romanelli (Direttore ff UOC Pronto Soccorso PO H3);
- Ing. J. Tagliente (UOC Ufficio Tecnico e del Patrimonio);
- Ing. G. Scoponi (Direttore UOSO Sistemi Informatici e Tecnologie dell'Informazione);
- Dott. R. Corsi (Direttore Sanitario Aziendale ASL Roma 6).



MONITORAGGIO DEL CONSUMO OSPEDALIERO DI ANTIMICROBICI SECONDO LA CLASSIFICAZIONE OMS "AWaRE"

Marcon E.¹; Manzella A.²; Cogo N.²; Biasi L.^{1,2}; Ferrari S.³; Mezzapelle G.⁴; Graziato M.⁵; Spotti B.⁶; Bovo C.⁶

- 1 Dirigente medico. Direzione Medica Ospedali Riuniti Padova Sud "Madre Teresa di Calcutta", Azienda ULSS n. 6 Euganea, Regione Veneto;
- 2 Medico in formazione specialistica. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Padova;
- 3 Farmacista. Farmacia Ospedaliera di Ospedali Riuniti Padova Sud;
- 4 Dirigente Biologo, responsabile U.O.S. Microbiologia afferente al laboratorio analisi di Ospedali Riuniti Padova Sud;
- 5 Infermiere ISRI;
- 6 Direttore medico di presidio, Ospedali Riuniti Padova Sud.

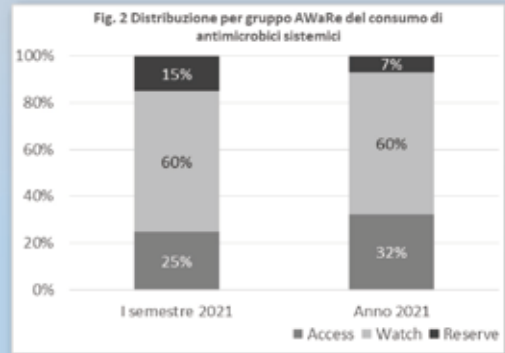
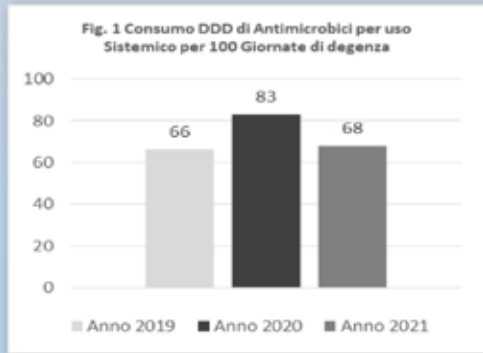
Parole chiave: antimicrobico-resistenza, AWaRe.

INTRODUZIONE

Per fronteggiare l'antibiotico-resistenza, l'OMS ha avviato nel 2019 la campagna AWaRe, classificando gli antibiotici in 3 gruppi (Access, Watch e Reserve), per sensibilizzare i medici ad un uso degli antimicrobici più appropriato, sicuro ed efficace (1-3). L'obiettivo è quello di aumentare il consumo di antibiotici nel gruppo Access ad almeno il 60% e ridurre quello dei gruppi Watch e Reserve, da utilizzare in casi selezionati. Dal 2021 il PO di Schiavonia ha attivato il monitoraggio del consumo di antimicrobici secondo le categorie AWaRe. Si presentano i dati raccolti in particolare del 2021, durante il quale è stata fatta una campagna di sensibilizzazione tra i medici ospedalieri (4-7).

CONTENUTI

Il consumo ospedaliero di antimicrobici per uso sistemico in regime di ricovero, rapportato alle giornate di degenza (DDD x 100 GG deg), risulta diminuito del 19% nel 2021 rispetto al 2020, ed aumentato del 2% rispetto al 2019, i dati evidenziano quindi la tendenza al ritorno alla situazione pre-pandemica (Fig. 1). Rispetto al consumo di antimicrobici ad uso sistemico suddivisi per le classi AWaRe, si evidenzia un miglioramento dell'utilizzo di farmaci del gruppo Access considerando i dati dell'intero anno 2021, rispetto a quelli del I semestre 2021 (Fig. 2). Tale miglioramento può essere spiegato da diversi fattori. Il PO di Schiavonia, classificato dal 2020 come Covid hospital, ha accolto la maggior parte dei pazienti Covid della provincia di Padova, pertanto, durante i picchi pandemici, si evidenzia un maggior utilizzo dei farmaci Watch e Reserve. Inoltre, nel corso del 2021, è stata portata avanti una campagna di sensibilizzazione tra i medici prescrittori ospedalieri attraverso incontri di condivisione dei dati relativi ai consumi di farmaci e al tasso di resistenza per microorganismo, coinvolgendo Direttori di U.O. e i referenti delle Infezioni Correlate all'Assistenza di ciascun reparto. Tali incontri, promossi dalla CIO, sono stati condotti dalla Farmacia Ospedaliera e dal referente della Microbiologia di presidio.



CONCLUSIONI

Secondo l'OECD, oltre il 50% degli antibiotici è utilizzato in modo inappropriato con il crescente rischio di incrementare l'antibiotico-resistenza (8). AWaRe può quindi guidare la scelta prescrittiva garantendo le cure ai pazienti e limitando contestualmente l'utilizzo degli antibiotici maggiormente a rischio di resistenza. Oltre all'impatto clinico il maggior utilizzo dei farmaci Access comporta una riduzione della spesa farmaceutica (3).

BIBLIOGRAFIA
 OECD (2018), Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264307599-en>.
 Alessandro Cassini, MD, Liselotte Diaz Högberg, PhD, Diamantis Plachouras, PhD, Annalisa Quattrocchi, PhD, Ana Hoxha, MSc, Gurnar Skov Simonsen, PhD et al., Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis, The Lancet Infectious Diseases, Volume 19, Issue 1, 2019, Pages 56-66, ISSN 1473-3099, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30605-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30605-4).
<https://adoptionaware.org/>
 Elaborazioni Controllo di Gestione su dati - Consumi-Spesa: Qlik Eusis Consumato agg. 30/7/2021
 Elaborazioni Controllo di Gestione su dati - Giornate di Degenza: DataMart Onit su SSI-Areas agg. 30/7/2021
 Elaborazioni Controllo di Gestione su dati - Consumi-Spesa: Qlik Eusis Consumato agg. 11/3/2022
 Elaborazioni Controllo di Gestione su dati - Giornate di Degenza: DB Onit su Areas agg. 18/3/2022
 "Antibiotici. Uso inappropriato una volta su due. Focus Ocs: in medicina generale prescrizioni inadeguate con punte fino al 90%" (https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmacii/articolo.php?articolo_id=47405)

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

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

il sito di riferimento
per i medici delle
direzioni ospedaliere





Buon Natale e felice 2023

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