

# L'OSPEDALE

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

**SPERIMENTAZIONI CLINICHE:  
IL RUOLO DELLA DIREZIONE  
SANITARIA NEL PROCESSO DI  
AUTOCERTIFICAZIONE DELLE  
STRUTTURE DI FASE 1  
DELL'IRCCS SAN RAFFAELE**

**IL COORDINAMENTO LOCALE  
DI PRELIEVO 2.0.  
RIPROGETTARE IL PERCORSO  
DELLA DONAZIONE DI ORGANI  
E TESSUTI IN UNA PROSPETTIVA  
DI RETE E DI OPERATION  
MANAGEMENT**

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





# 48<sup>o</sup> CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

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

**NAPOLI, 17-18-19 MAGGIO 2023**  
**Hotel Royal Continental**

- 4** **Sperimentazioni cliniche: il ruolo della Direzione Sanitaria nel processo di autocertificazione delle Strutture di Fase 1 dell'IRCCS San Raffaele**  
*G. Chiecca, E. Bossi, E. Dugnani, V. Maselli, C. Signorelli, R. Mazzuconi*
- 10** **Il Coordinamento locale di prelievo 2.0. Riprogettare il percorso della donazione di organi e tessuti in una prospettiva di rete e di operation management**  
*Elisabetta Masturzo, Federico Pappalardo*
- 17** **Poster**  
**47° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.**

L'OSPEDIALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 76 - Numero 1 - gennaio marzo 2023

**Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità**

EDICOM s.r.l.  
Sede legale: via Zavanasco, 2  
20084 Lachiarella (MI)

Sede operativa:  
Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano  
tel. 02 70 63 36 94  
fax 02 70 63 34 29  
e-mail: info@gsanews.it - www.gsanews.it

**Direttore responsabile:** G. Serranò

**Direttore editoriale:** G. Finzi

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

**Comitato di direzione:** P. Anello, L. Aprea, R. Arione, A. Battista, M. Chittaro, F. Ciruolo, R. Cunsolo, M.T. Cuppone, C. Di Falco, G. Finzi, K.Kob, R. Lanzetta, L. Melpignano, C. Martini, G. Matarazzo, A. Molè, I.I. Mura, G. Nasi, M. Orlando, S. Parrocchia, G. Pelissero, C. Ponzetti, F. Ripa, G. Schirripa, L. Tattini, T. Tedesco

**Comitato di redazione:** F. Auxilia, L. Bertinato, L. Blandi, M. Chittaro, C. Del Giudice, G. Finzi, K. Kob, G. Mazzi, I. I. Mura, O. A. Nicastro, G. Pelissero, G. Pieroni, F. Ripa, L. Tattini

**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:**

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

# Sperimentazioni cliniche: il ruolo della Direzione Sanitaria nel processo di autocertificazione delle Strutture di Fase 1 dell'IRCCS San Raffaele

**G. Chiecca<sup>1</sup>, E. Bossi<sup>2</sup>, E. Dugnani<sup>3</sup>, V. Maselli<sup>3</sup>, C. Signorelli<sup>4</sup>, R. Mazzuconi<sup>5</sup>**

*1 Medico in formazione specialistica Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università Vita-Salute San Raffaele*

*2 Direzione Sanitaria I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele*

*3 Ufficio Organizzazione e Qualità Ricerca I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele*

*4 Unità Epidemiologia e Sanità Pubblica, Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università Vita-Salute San Raffaele*

*5 Direttore Sanitario I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele*

## INTRODUZIONE

Le Strutture di Fase 1 sono Unità cliniche o laboratori in cui vengono condotte attività previste da protocolli di studi clinici di fase 1 in modo esclusivo o parziale, permanente o temporaneo.

Nella sperimentazione clinica di fase 1 rientrano tutti gli studi in cui avviene la prima fase della sperimentazione clinica del principio attivo sull'uomo, il cui fine è scoprire o verificare gli effetti di un nuovo farmaco o di un farmaco già esistente testato per nuove modalità di impiego terapeutico. L'obiettivo è accertarne la sicurezza e tollerabilità, con particolare attenzione alla valutazione dei potenziali effetti collaterali che possono essere attesi, in base ai risultati delle precedenti sperimentazioni sugli animali e la valutazione della modalità di azione e distribuzione del farmaco nell'organismo. La sperimentazione può essere effettuata sia su volontari sani che su pazienti malati; presso le Unità di Fase 1 dell'Istituto Scientifico Universitario Ospedale San Raffaele (OSR) vengono sperimentati farmaci esclusivamente su pazienti malati.

La regolamentazione dei processi delle strutture in cui vengono effettuate sperimentazioni di Fase 1, nonché la definizione dei requisiti minimi standard per l'erogazione delle attività, sono normati dalle Determinazioni AIFA n.809/2015 del 19 giugno 2015 e n.451/2016 del 29 marzo 2016.

Le sperimentazioni possono essere condotte esclusivamente presso Unità/reparti clinici dedicati alle sperimentazioni di fase 1 all'interno di:

- Strutture ospedaliere pubbliche
- Strutture equiparate alle strutture pubbliche con esplicita menzione normativa
- Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.)
- Istituzioni sanitarie private previste dall'art.2, comma 2, del DM 19 marzo 1998.

Ospedale San Raffaele, in quanto I.R.C.C.S., ha attivato fin da subito, nell'anno 2016, le procedure per l'autocertificazione delle Unità di Fase 1. Occorre evidenziare che, prima della pubblicazione della Determinazione AIFA n.809/2015, alcune Unità Cliniche avevano già maturato esperienza nella conduzione di sperimentazioni cliniche di Fase 1, fatto che ha orientato la scelta della attuale strutturazione organizzativa delle Unità di Fase 1, che sono legate alle Unità Operative di afferenza senza essere autocertificate in un'unica struttura contenitore. Ad oggi presso Ospedale San Raffaele sono presenti 11 Unità di Fase 1 autocertificate, di cui 7 unità cliniche e 4 laboratori.

## LA DETERMINA AIFA E IL PROCESSO DI AUTOCERTIFICAZIONE

Nel 2016 OSR ha accolto la sfida lanciata dalla pubblicazione della Determinazione AIFA 809/2015, che definisce i requisiti di una struttura che conduce

studi di fase 1. Tenendo presente che alcune delle Unità cliniche che operano in OSR avevano già esperienza in questo tipo di studi, si è dato inizio al lavoro di assessment per verificare la rispondenza ai requisiti della Determina e per pianificare le azioni da compiere per colmare eventuali divari presenti tra la realtà in OSR e tali requisiti cogenti. Per verificare la rispondenza ai requisiti della Determina AIFA 809/2015 è stato implementato un percorso di autocertificazione delle unità cliniche che svolgono sperimentazioni cliniche di fase 1 che parte dalla compilazione di una check-list elaborata sulla base dei requisiti della Determina per la valutazione degli eventuali gap da colmare. Tale check-list, una volta compilata in tutte le sue parti, viene discussa ed approvata da uno Steering Committee prima del via libera alla richiesta di autocertificazione. Lo Steering Committee è un organo composto da figure direzionali apicali che, oltre a valutare l'assessment iniziale delle unità che vogliono autocertificarsi, si consulta per decisioni di tipo strategico-decisionale o per risolvere eventuali criticità.

Ogni volta che una struttura inizia il suo percorso di autocertificazione può far tesoro da quanto appreso dal percorso seguito dalla struttura precedente e può fornire input di miglioramento per le strutture che si certificheranno in futuro, eventualmente anche per quelle che si sono già autocertificate, innescando un processo di miglioramento continuo e bidirezionale.

Con gli anni e con l'esperienza è stato perfezionato e migliorato il percorso di autocertificazione che ha maturato nel tempo due principali punti di forza di pari importanza: la capacità di interazione delle diverse direzioni/strutture dell'ospedale e la competenza del personale coinvolto a diversi livelli.

Il percorso di autocertificazione è il primo passo in cui si rende indispensabile la collaborazione a diversi livelli di diverse Direzioni e strutture dell'ospedale. Prima di procedere con l'inoltro dell'autocertificazione ad AIFA, in coordinamento con Unità di Fase 1, Ufficio O&Q Ricerca, Direzione Sanitaria, Clinical Trial Center e Direzioni Scientifica e della Ricerca sono intrapresi diversi passi per la verifica dei requisiti tramite un assessment interno, con correzione delle criticità ed individuazione delle necessità.

## LE FASI DEL PERCORSO DI AUTOCERTIFICAZIONE

In prima battuta si effettua un assessment della potenziale Unità di fase 1 in base ai requisiti minimi previsti dalla Determina, valutando quali requisiti necessitano di un adeguamento. Alla struttura di fase 1 in autocertificazione è inviata dall'Ufficio O&Q Ricerca una check-list per definire l'as is dei requisiti. In seconda battuta, con il supporto della Direzione Sanitaria e l'Ufficio O&Q Ricerca, si procede alla compilazione di un Action Plan, che contiene tutte le azioni di adeguamento necessarie alla Unità di fase 1 per ottemperare a tutti i requisiti previsti dalla Determina.

Successivamente, a seguito dell'approvazione da parte dello Steering Committee della compilazione della check-list e dell'Action Plan, l'Unità di Fase 1 procede con tutte le azioni necessarie, tra cui l'elaborazione e/o aggiornamento di organigramma, job description, procedure e processi interni, indicatori, mappatura dei processi. Gli adeguamenti possono anche riguardare gli aspetti strutturali di reparti, ambulatori, aree di preparazione e conservazione dei campioni, archivi, laboratori, oppure



**Figura 1**  
Le fasi del processo autocertificativo

la manutenzione, la taratura o la validazione di risorse tecniche. Completate le azioni, l'Unità di fase 1 comunica all'Ufficio O&Q la chiusura dell'Action Plan. Una volta ricevuta l'approvazione da parte dello Steering Committee a procedere con l'audit di sistema, questo viene programmato dall'Ufficio O&Q, che produrrà un report al termine dello stesso. Se l'audit non va a buon fine, vengono segnalate azioni correttive da intraprendere prima di procedere alla compilazione e all'invio della domanda di autocertificazione.

Se l'audit va a buon fine e non ci sono osservazioni aggiuntive e conseguenti azioni correttive, la struttura di fase 1 compila la domanda di autocertificazione in duplice copia che, con il benestare dello Steering Committee, è inviata al CTC. Infine, avvenuta la validazione interna (CTC e SC) della domanda, si procede all'invio tramite PEC ad AIFA. L'Unità di fase 1 a partire da quest'ultimo momento può sottomettere il Protocollo per studi di fase 1 al Comitato Etico. Trascorsi i novanta giorni di silenzio-assenso di AIFA e la ricezione della lettera di autorizzazione del Rappresentante Legale OSR, può avviare lo studio.

In figura 1 la schematizzazione del processo di autocertificazione.

Quando ad una Unità clinica non autocertificata viene proposto per la prima volta di partecipare ad uno studio di fase 1, si procede a valutare l'effettiva

necessità di autocertificare la nuova Unità rispetto all'integrazione con un'Unità di fase 1 affine già autocertificata, secondo uno dei (o entrambi) i modelli seguenti:

- ampliamento del perimetro di autocertificazione, se necessario uno spazio fisico specifico (es. sale per risonanza magnetica, qualora la partecipazione al nuovo studio preveda l'utilizzo di questo tipo di diagnostica)
- inserimento nell'Unità di fase 1 di personale afferente all'Unità a cui è stato proposto lo studio limitatamente alla durata dello stesso.

L'autocertificazione è per definizione un self-assessment e AIFA non effettua sistematicamente un audit per ogni Unità di Fase 1 che si autocertifica o aggiorna una autocertificazione (es. ampliamento del perimetro, modifiche agli organigrammi, etc.), ma effettua delle ispezioni a campione, per verificare l'effettivo adeguamento ai requisiti della Determina. Qualora non siano soddisfatti alcuni requisiti previsti, AIFA si riserva di sospendere temporaneamente l'Unità, fino al risanamento delle criticità in essere e alla verifica dell'effettivo superamento. Tra il 2021 e il 2022 sono state ispezionate da AIFA due Unità di fase 1 dell'Istituto Scientifico OSR.

La preparazione all'ispezione ha richiesto ancora una volta un lavoro di squadra e ha messo in evidenza la capacità delle diverse direzioni e strutture dell'Ospedale di interagire e cooperare per il

raggiungimento di un risultato comune. La parola chiave per il successo dell'intero processo è infatti integrazione tra i servizi. Un altro punto di forza da sottolineare è la presenza di personale specializzato che permette all'Ospedale San Raffaele di essere autonomo nello svolgimento delle attività di assicurazione qualità, audit e monitoraggio e può confrontarsi con l'esperienza di medici sperimentatori, infermieri di ricerca e study coordinator.

## LE STRUTTURE DI FASE 1 DI OSPEDALE SAN RAFFAELE

L'IRCSS Ospedale San Raffaele ha al momento 11 Unità di Fase 1 autocertificate, di cui 7 Unità cliniche e 4 laboratori. Le prime Unità si sono autocertificate nel 2016 e l'ultima nel 2021.

Le 7 unità cliniche sono:

- Unità Operativa di Immunoematologia Pediatrica (UOPI)
- Ematologia e TMO (ETMO)
- Unità/Programma di Leucemia Linfatica Cronica (PS-CLL)
- Oncologia Medica
- Medicina Rigenerativa e Dei Trapianti (MERITRA)
- UO Urologia – Unità di Fase I
- Unità di Fase I della UO di Neurologia (NEUROL)

I 4 laboratori sono:

- Laboratorio di Monitoraggio Immunologico Terapie Cellulari (MITICI)
- SR-TIGET Clinical Lab
- Laboratorio - Servizio di Medicina di Laboratorio
- Laboratorio – Anatomia Patologica.

Per quanto riguarda l'organico, in totale sono presenti 80 medici sperimentatori, 13 infermieri di ricerca, 25 tra study coordinator e data manager, 4 Responsabili Quality Assurance, 6 referenti qualità, e 4 Auditor.

## RUOLI E COORDINAMENTO DELLE UNITÀ DI FASE 1

Non essendoci una struttura di fase 1 centralizzata, ogni Unità di fase 1 ha il proprio organico richiesto dalla Determina e si avvale di servizi centralizzati, trasversali a tutte le Unità (Farmacia, Gestione campioni, Quality Assurance, Monitor, Medico far-

macologo); quest'ultima caratteristica garantisce una condivisione e una standardizzazione delle principali attività svolte.

Poiché Ospedale San Raffaele è un I.R.C.C.S, l'organigramma aziendale prevede che dal punto di vista gerarchico le Unità di Fase 1 dipendono direttamente dalla Direzione Sanitaria Aziendale e dal Direttore Sanitario, mentre dal punto di vista funzionale, per quanto riguarda l'attività di ricerca clinica, rispondono alla Direzione Scientifica e alla figura del Direttore Scientifico.

A tal proposito lo Steering Committee (SC) che, oltre a valutare l'assessment iniziale delle unità che vogliono autocertificarsi, si consulta per decisioni strategiche o per risolvere criticità di importanza strategica, comprende sia la figura del Direttore Sanitario che del Direttore Scientifico.

Nello SC sono presenti anche il Direttore Scientifico, Direttore Ricerca, il Responsabile Operativo del Clinical Trial Center (CTC), il Responsabile Scientifico Clinical Trial Center (CTC) e il Responsabile Ufficio Organizzazione e Qualità Ricerca (O&Q).

Il Direttore Scientifico ha il ruolo di Coordinamento scientifico e il Direttore Ricerca svolge un ruolo gestionale e di supervisione generale delle attività di Ricerca.

Il Direttore Sanitario e la Direzione Sanitaria hanno un ruolo fondamentale di coordinamento clinico e fanno da trait d'union organizzativo trasversale a tutte le Unità. Per quanto riguarda l'interpretazione e la verifica dei requisiti della Determina, la Direzione Sanitaria si occupa di fornire supporto alle Unità e di aggiornare/verificare le procedure di competenza.

In figura 2 è schematizzata l'organizzazione delle strutture di fase 1 presso OSR.

Altro tema in cui il ruolo della Direzione Sanitaria è strategico è il training per la gestione delle emergenze nelle Unità di Fase 1: per ogni Unità vengono periodicamente organizzate dalla Direzione delle simulazioni di emergenza, con lo scopo di mantenere elevata la prontezza di risposta degli operatori in caso di situazioni di crisi. Alla simulazione partecipano come observer il Medico Referente Qualità dell'Unità, la Direzione Sanitaria e l'ufficio O&Q Ricerca; i partecipanti attivi sono invece i medici sperimentatori, gli infermieri di ricerca, i rianimatori e eventuali altri profili sanitari (es. OSS, altri infermieri di reparto/ambulatorio a supporto).

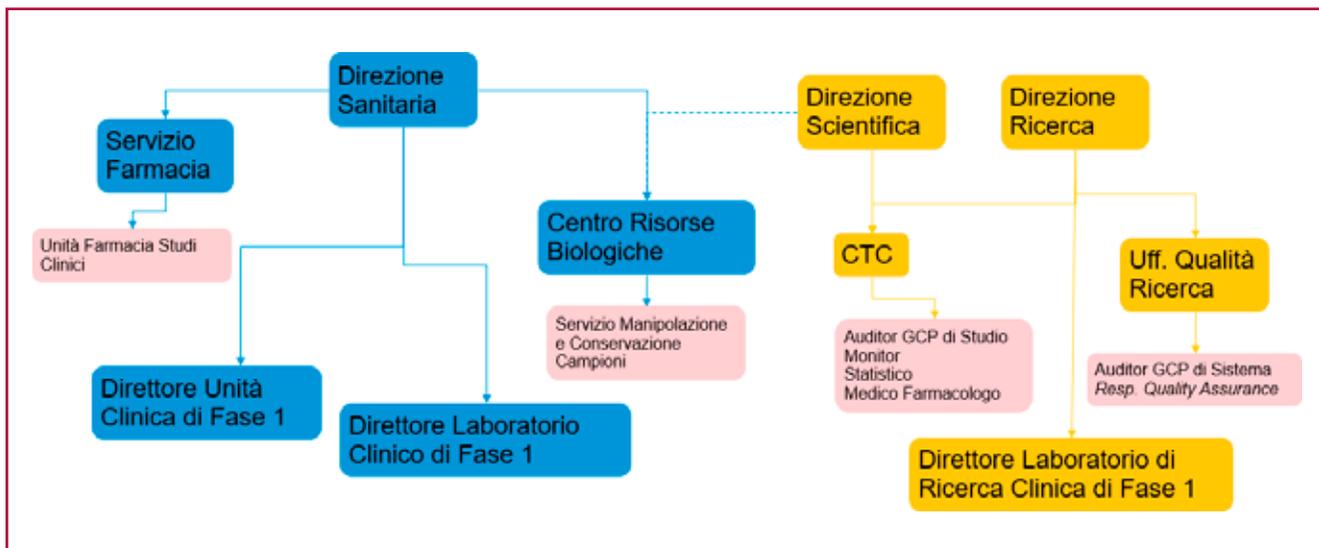


Figura 2 - L'organizzazione delle Unità di Fase 1

L'emergenza viene simulata facendo interagire gli operatori con un manichino controllato da remoto dal rianimatore, garantendo così un'interazione il più possibile realistica. Tutte le chiamate effettuate durante l'emergenza per richiesta di supporto all'anestesista di guardia e allo specialista sono reali e gli specialisti sapranno solo quando giungono sul luogo dell'emergenza che l'emergenza è simulata. Ciò consente di valutare la risposta alla crisi nella maniera più oggettiva e realistica possibile, riducendo i bias al minimo.

Al termine della simulazione viene redatto dalla Direzione Sanitaria insieme con l'Ufficio Q&O Ricerca il verbale, i cui risultati vengono condivisi con tutte le Unità di Fase 1, così da permettere il miglioramento di eventuali criticità.

Restando in tema gestione delle emergenze, secondo la Determina AIFA i medici sperimentatori devono essere in possesso di certificato ALS (o EP-ALS o) in corso di validità. Entrambi i corsi vengono periodicamente organizzati all'interno dell'Ospedale, per garantire il mantenimento del requisito. Il monitoraggio della necessità di rinnovo dei certificati e l'inserimento di medici nei corsi vengono effettuate dalla Direzione Sanitaria.

In sinergia con la Direzione Sanitaria collabora l'Ufficio O&Q Ricerca, che fornisce supporto alle Unità di Fase 1 per quanto concerne l'interpretazione dei requisiti della Determina, l'aggiornamento e la verifica delle procedure di competenza e il co-

ordinamento per impostare e mantenere il Sistema Qualità delle Unità.

Settimanalmente lo staff della Direzione Sanitaria incaricato di seguire le Unità di Fase 1 e lo staff dell'Ufficio O&Q Ricerca si incontrano per discutere tutte le problematiche organizzative cogenti ed individuare congiuntamente soluzioni.

Tale stretta integrazione consente un monitoraggio diretto e costante e una rapida risoluzione delle problematiche, in un'ottica di processo di ottimizzazione, miglioramento continuo e mantenimento di elevati standard qualitativi.

## IL MANTENIMENTO DEI REQUISITI

La partita fondamentale che segue l'autocertificazione e la verifica dei requisiti è il mantenimento degli stessi, non solo in ottica di mantenimento di un sistema di miglioramento continuo, ma anche in previsione di una possibile ispezione a campione di AIFA.

Anche in questo caso è fondamentale il ruolo gestionale e organizzativo della Direzione Sanitaria, che si occupa di verificare le necessità e coordinare azioni di miglioramento, in collaborazione con l'ufficio Organizzazione & Qualità Ricerca. Di seguito alcuni esempi di come nella pratica vengono mantenuti i requisiti dopo l'autocertificazione:

- Sopralluoghi post traslochi di locali e servizi appartenenti alle Unità di fase 1.

- Verifica e modifica delle planimetrie laddove vi siano modificazioni nella collocazione di servizi collegati alle Unità di fase 1 e comunicazione di aggiornamento ad AIFA
- Simulazioni periodiche di situazioni di emergenza all'interno delle Unità di fase 1 (almeno una all'anno per ogni unità), in collaborazione con i medici sperimentatori e gli anestesisti
- Verifica e aggiornamento periodico della formazione ALS per medici sperimentatori (da rinnovare ogni 4 anni). Da Determina AIFA è inoltre necessario che i medici sperimentatori abbiano seguito il corso BLS e/o PBLSD almeno una volta dall'inizio delle attività presso l'Unità di Fase 1.

Durante il mese di Maggio 2021 AIFA ha avviato la prima ispezione di una nostra Unità di Fase I, quella della Neurologia, completata con una site visit nel mese di Febbraio 2022.

A questa è seguita l'ispezione da remoto in epoca pandemica (luglio 2021) dell'unità di fase 1 di ematologia, per la quale siamo in attesa del completamento dell'ispezione con la visita on site.

Il nostro modello ha permesso di superare positivamente due ispezioni di AIFA ed è stato riconosciuto come un punto di forza a garanzia della qualità e funzionalità delle sperimentazioni cliniche condotte da OSR.

## OBIETTIVI FUTURI

L'esperienza positiva di avere un numero ristretto di QA, Auditor e Monitor tra loro allineati, non solo in termini di formazione delle risorse stesse, ma anche in termini di modalità operative condivise, ha confermato l'importanza di un modello dove le figure chiave siano raggruppate sotto un'unica struttura che ne detti i principi di formazione e le job description. Tra i progetti futuri c'è il progetto di implementazione di un'Unità unica di fase 1, che rafforzerà l'efficienza dovuta alla centralizzazione delle risorse. Tale progetto ha recentemente acquisito ulteriore importanza nell'ottica di procedere all'accreditamento del Comprehensive Cancer Center di Ospedale San Raffaele, che vede tra gli scopi principali quello di implementare un modello di integrazione trasversale di competenze in ambito oncologico, cui sarà di fondamentale importanza affiancare un modello analogo in ambito sperimentazione clinica.

Altro tema presente in un futuro sviluppo del modello di OSR sarà la capacità di fare rete con altri ospedali per condividere strategie e risorse.

## CONCLUSIONI

L'ispezione AIFA per la verifica dei requisiti della nostra Unità di Neurologia si è rivelata un successo. Riteniamo questo traguardo una validazione di un sistema organizzativo efficiente.

Nel contesto della visita ispettiva, la Direzione Sanitaria ha partecipato attivamente a diversi tavoli di auditing che hanno affrontato e verificato tematiche di specifica pertinenza organizzativa e sanitaria, tra cui la verifica degli standard di accreditamento istituzionale, la disamina delle planimetrie e la verifica in loco di aree e spazi utilizzati, la programmazione e gli adempimenti in tema di formazione ALS per il personale afferente alla Unità ispezionate e l'organizzazione e condivisione delle apprezzate modalità di svolgimento delle simulazioni di emergenza.

Il nostro Istituto rappresenta un unicum nella modalità organizzativa delle Unità di Fase 1 per quanto concerne il coinvolgimento e la partecipazione diretta e condivisa della Direzione Sanitaria in un'attività trasversale come la ricerca clinica. Questo aspetto denota una forte integrazione tra l'Area Ricerca e l'Area Assistenziale dell'IRCCS, consentendo la condivisione di conoscenze e di esperienze favorendo il team work nell'affrontare problematiche organizzative correlate all'attività scientifica. Tale aspetto costituisce altresì un'opportunità formativa importante per i medici in formazione che frequentano la Direzione Sanitaria, offrendo la possibilità di ampliare le proprie conoscenze al di fuori delle tematiche di igiene ospedaliera.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determina AIFA n.809/2015 del 19 giugno 2015
- Determina AIFA n.451/2016 del 29 marzo 2016
- Art. 11 del DPR 21 settembre 2001, n. 439
- Art. 31, comma 3 del DL 6 novembre 2007, n. 200
- Art. 2, comma 2 del DM 19 marzo 1998
- Sito Istituzionale AIFA – sezione Qualità e Ispezioni (<https://www.aifa.gov.it/qualità-e-ispezioni>)

# Il Coordinamento locale di prelievo 2.0.

Riprogettare il percorso della donazione di organi e tessuti in una prospettiva di rete e di operation management

**Elisabetta Masturzo<sup>1</sup>, Federico Pappalardo<sup>2</sup>**

*1 Responsabile SS del Coordinamento ospedaliero di prelievo di organi e tessuti, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda*

*2 Direttore SC Anestesia e Rianimazione Cardio-Toraco-Vascolare, Azienda Ospedaliera Santi Antonio e Biagio di Alessandria*

## INTRODUZIONE

L'organizzazione delle reti ospedaliere rappresenta la strategia di governo delle attività produttive maggiormente rispondente a logiche di economie di scala e di scopo, con impliciti vantaggi in termini di razionalità di sistema, di ottimizzazione e di recupero di efficienza nell'impiego e nella distribuzione delle risorse, tanto da costituire orientamento privilegiato nelle scelte di politica e di economia sanitaria e, in fase di attuazione locale, da parte del management delle aziende sanitarie (Prestini et al., 2011).

Ne sono testimonianza anche gli ultimi decreti ministeriali sugli standard dell'assistenza ospedaliera e territoriale, tutti orientati ad una riorganizzazione progettuale in rete di servizi volta alla redistribuzione della casistica secondo gerarchie di complessità e di specializzazione, nonché di intensità assistenziale e di volumi produttivi delle strutture. Particolarmente nei frangenti critici sotto il profilo economico e finanziario, diventa ineludibile concentrare le tecnologie più costose, ivi comprese quelle organizzative e informative, e la casistica più complessa presso centri ospedalieri di elezione ma in modo da salvaguardare le singolarità, le sinergie, l'integrazione e il know how degli altri snodi della rete.

L'obiettivo a tendere è quello della sostenibilità, ma con la garanzia della sicurezza, della qualità delle prestazioni, nonché dell'abbattimento degli sprechi,

perseguito anche con gli strumenti del pensiero snello, preservando una flessibilità organizzativa e produttiva sufficiente alle necessità di adattamento dinamico ai mutamenti spesso vorticosi e imprevedibili del contesto, non ultimi quelli imposti dalla recente pandemia.

In questa cornice concettuale non fa eccezione l'ambito della donazione di organi e tessuti, in cui all'alto livello di specializzazione e professionalità, a potenziale rischio di compartimentazione e disomogeneità nella gestione dei processi dovute alla molteplicità numerica e tipologica dei soggetti coinvolti, deve corrispondere il massimo grado di integrazione e di connettività.

Nel 2022 la Regione Lombardia ha ridisegnato il modello organizzativo per la donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto per il biennio 2022-2023. In ambito locale, il cardine del modello è rappresentato dal Coordinamento ospedaliero di prelievo (Cop), stratificato su due livelli a seconda della dimensione del bacino potenziale di procurement, derivabile dalla mortalità ospedaliera per cause neurologiche e non, e della levatura metropolitana dell'ospedale di appartenenza.

È previsto che i Cop di secondo livello siano da riferimento e sostengano con le risorse materiali di cui dispongono o con gli asset intangibili della conoscenza sul campo, gli snodi di secondo livello, i presidi monospecialistici e gli ospedali privati accreditati, questi ultimi impossibilitati a istituire i collegi medici per l'accertamento della morte con criteri neurologici, premessa necessaria alla donazione di organi a cuore battente.

Il modello traccia le coordinate principali all'interno delle quali le strutture sono chiamate a disegnare e plasmare l'organizzazione con un rinnovato spirito aziendale non più basato su logiche competitive e meccanicistiche, ma su logiche cooperative e di mutualità volte a massimizzare i risultati per i singoli centri e per il sistema con una tensione verso un obiettivo comune che non abbia mai fine.

S	W	O	T
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sviluppo di economie di scala attraverso l'aumento dell'efficienza della produzione dovuto all'incremento delle dimensioni della casistica per effetto della centralizzazione negli ospedali hub. Il costo medio per unità di produzione tende infatti a diminuire per la massimizzazione dei costi fissi.</li> <li>■ Sviluppo di economie di scopo attraverso la diversificazione di linee produttive nei centri ad alta concentrazione e specializzazione di risorse. Il costo totale di produzione di due linee produttive (es. Dbd, Dcd) è inferiore al costo di produzione di ciascuna.</li> <li>■ Sviluppo di economie di specializzazione, in particolare, rispetto ai centri Ecmo di 2° e 3° livello e alla filiera Dcd.</li> <li>■ Armonizzazione e integrazione dei Pdta.</li> <li>■ Orientamento alla qualità e alla sicurezza in un'ottica trasversale ai centri di produzione.</li> <li>■ Governo dei processi di produzione.</li> <li>■ Ottimizzazione e rimodulazione dell'offerta in caso di grandi emergenze (es. pandemie).</li> <li>■ Standardizzazione dei percorsi formativi.</li> <li>■ Sussidiarietà e interscambio di risorse e conoscenza.</li> <li>■ Orientamento alla innovazione organizzativa e alla semplificazione.</li> <li>■ Condivisione culturale e valoriale nei termini di un senso di reciprocità e di comunità professionale allargata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mancanza di connettività delle informazioni a causa dell'assenza di una cartella clinica digitale per la consultazione di contenuti sanitari nell'ambito degli snodi di rete o da parte dei team itineranti.</li> <li>■ Difficoltà correlate alle abilitazioni dei professionisti ai portali clinici dei diversi centri per vincoli correlati alla privacy.</li> <li>■ Difficoltà nella logistica del personale.</li> <li>■ Difficoltà nella logistica del paziente.</li> <li>■ Mancanza di confidenza o senso di disorientamento o di estraneità al di fuori dei contesti di lavoro abituali.</li> <li>■ Mancanza di un sistema unificato degli acquisti di dispositivi medici/apparecchiature.</li> <li>■ Maggiori oneri a carico del singolo centro hub in termini di investimento di risorse materiali e tecnologie organizzative, nonché di impegno orario dei professionisti impegnati a supporto della rete.</li> <li>■ Possibile riduzione del senso di appartenenza da parte dei centri spoke.</li> <li>■ Difficoltà di gestione del rischio e del contenzioso in caso di evento avverso o sentinella.</li> <li>■ Difficoltà di una assunzione condivisa di responsabilità in caso di insuccesso del percorso donativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Possibilità di costruire un patrimonio di conoscenze comuni anche digitali, compresa la prospettiva di sviluppo dell'intelligenza artificiale.</li> <li>■ Sviluppo di giochi cooperativi per la massimizzazione dei risultati per i singoli centri e per la rete.</li> <li>■ Adesione al modello di gestione operativa per processi in una logica di superamento dei compartimenti di lavoro.</li> <li>■ Promozione della cultura del team working allargato.</li> <li>■ Aumento del capitale intellettuale della rete.</li> <li>■ Aumento del capitale relazionale e della solidarietà di rete.</li> <li>■ Rafforzamento del training del personale anche in forma di interscambio e di esercitazioni su vasta scala.</li> <li>■ Aumento del clima di fiducia, di mutuo sostegno e del benessere lavorativo.</li> <li>■ Ampliamento del potenziale di innovazione e creatività della rete di fronte a problemi complessi o sfide emergenti.</li> <li>■ Gestione condivisa di tematiche a valenza etica con ricadute sulle decisioni di sospensione delle terapie di supporto delle funzioni vitali o di cura del fine vita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mancanza di una analisi sistemica dei fabbisogni di personale nei diversi scenari, ponderata sulla base dei dati di mortalità e del potenziale di reperimento di organi.</li> <li>■ Indisponibilità di una mappa di posti letto di terapia intensiva</li> <li>■ Mancanza di regole di ingaggio e di un contratto di rete per la datorialità condivisa tra enti anche di differente profilo giuridico.</li> <li>■ Non evidenti ricadute assicurative in termini di ripartizione della responsabilità contrattuale ed extracontrattuale degli enti coinvolti.</li> <li>■ Basso livello di integrazione all'interno della rete.</li> <li>■ Logiche competitive di accaparramento della casistica, del ritorno di immagine o dei risultati in caso di esito positivo della donazione.</li> <li>■ Cultura dell'individualismo spinto, protagonismo mediatico dei singoli professionisti o dei centri.</li> <li>■ Difficoltà nei processi autorizzativi.</li> <li>■ Modalità di rendicontazione e di compensazione tra enti non dichiarate.</li> <li>■ Possibile omologazione delle singolarità, delle culture e antropologie professionali e aziendali.</li> <li>■ Conservatorismo, conformismo e resistenza al cambiamento.</li> </ul>

**Figura 1** – SWOT Analysis di un modello a rete della donazione di organi e tessuti

Figura 2 – Operation management di un Cop di 2° livello

Filiere donative	Medicina legale/direzione medica di presidio	Areu	Pronto soccorso	Discipline chirurgiche	Discipline mediche	Discipline cardiologiche	Discipline di rianimazione e terapia intensiva	Settori delle Neuroscienze	Servizi di diagnostica per immagini	Servizi di diagnostica di laboratorio	Servizi di Anatomia patologica	Hospice	Assistenza domiciliare	Ospedali di comunità	Servizio mortuario	Farmacia	Approvvigionamenti	Banche dei tessuti	Cop 1° livello	Strutture monospecialistiche	Ospedali privati accreditati
	Dbd	■	■	■	■			■	■	■	■	■				■	■	■	■		■
uDcd		■	■	■		■	■		■	■	■				■	■	■	■			
cDcd				■		■	■		■	■	■				■	■	■	■	■		
Dcd Lung		■	■	■			■		■	■						■	■				
Multitessuto			■	■			■			■	■				■	■	■	■			
Cornee	■		■	■	■	■	■			■		■	■	■	■	■	■	■			

Come vedremo, l’ambito donativo non è confinato, né confinabile alle sole rianimazioni o ai settori chirurgici specialistici, in quanto eleva a sistema le integrazioni nello spazio e nel tempo obbligando a stabilire sinergie non solo al suo interno, ma con altre reti e architetture, tra le quali quelle dell’emergenza urgenza, quelle tempo dipendenti dell’ambito traumatologico, neurologico, cardiovascolare e delle sedi Ecmo (extracorporeal membrane oxygenation). La Swot Analysis offre una rappresentazione, sicuramente non esaustiva, dei punti di forza e dei punti di debolezza, delle opportunità e delle insidie sottese al modello delle reti applicate alla donazione nelle articolazioni, spesso inestricabili all’atto pratico, dell’organizzazione «in rete» o «a rete» o, diversamente, «a pendolo» di equipe specialistiche tra i diversi snodi della rete (Legg, 2003).

**OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO**

L’obiettivo, invero ambizioso, di questo progetto è

quello di rendere una immagine - si auspica - inedita e in qualche modo ideale e forse visionaria di una ricombinazione gestionale a carattere ibrido, ridisegnata nella forma di una trama di intersezioni dei diversi livelli e centri di offerta, accompagnata da una stima dei fabbisogni di personale per le principali e più onerose filiere della donazione di organi e tessuti e, nello specifico, della donazione a cuore battente, a cuore fermo refrattario ai trattamenti rianimatori sul territorio o a cuore fermo controllato, in seguito a desistenza terapeutica in un paziente in morte attesa.

In questo complesso multiverso organizzativo viene esaminato il ruolo di coordinamento trasversale dei Cop, posti nell’attuale inquadramento giuridico, nell’Area di Sanità pubblica e nella disciplina di direzione medica di presidio ospedaliero, a sottolineare la funzione di servizio di intermediazione funzionale e di connettività delle parti a supporto di quella peculiare forma di economia circolare a valenza etica costituita dalla donazione di organi.

Figura 3 – Impegno orario e costo del personale per la Dbd e la Dcd

DBD														costo del personale In Euro													
Collegio medico per l'accertamento della morte e gestione del donatore				Diagnostica essenziale per la valutazione di idoneità				Prelievo				Impegno orario totale		medico	infermieristico/tecnico	totale											
Medicolegale/Medico di direzione	Rianimatore	Neurofisiopatologo	Tecnico di neurofisiopatologia	Neuroradiologo	Tecnico di neuroradiologia	Radiologo	Tecnico di radiologia	Microbiologo/Medico di laboratorio	Tecnico di laboratorio	Anatomopatologo	Tecnico di anatomopatologica	Cardiologo (1° operatore)	Cardiologo (2° operatore)*	Chirurgo toracico (1° operatore)	Chirurgo toracico (2° operatore)*	Chirurgo addominale (1° operatore)	Chirurgo addominale (2° operatore)*	Anestesista	Strumentista	Infermiere di sala	OSS	medico	infermieristico/tecnico	OSS			
3	7	3	3	1	1	1	1	3	3	3	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	63	23	6	3.192	460	3.652

DCD														costo per personale in Euro													
Diagnostica essenziale per la valutazione di idoneità				Periodo di ischemia calda totale dopo avvio della desistenza terapeutica				Perfusione normotermica regionale				Prelievo				Impegno orario totale		medico	infermieristico/tecnico	totale							
Radiologo	Tecnico di radiologia	Microbiologo/Medico di laboratorio	Tecnico di laboratorio	Anatomopatologo	Tecnico di anatomopatologica	Rianimatore	Rianimatore ECMO Team	Rianimatore ECMO Team/Cardiologo	Ecocardiografista	Infermiere di rianimazione	Tecnico perfusionista	Rianimatore ECMO Team	Tecnico perfusionista	Chirurgo toracico (1° operatore)	Chirurgo toracico (2° operatore)*	Chirurgo addominale (1° operatore)	Chirurgo addominale (2° operatore)*	Strumentista	Infermiere di sala	OSS	medico	infermieristico/tecnico	OSS	medico	infermieristico/tecnico	totale	
1	1	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	51	23	6	2.584	460	3.044

\* Nella prassi viene coinvolto un medico in formazione

**Figura 4** – Assetto e fabbisogno orario di un Cop di secondo livello nella configurazione di struttura semplice

COP di 2° livello	Debito orario giornaliero	Giorni di assenza retribuita*	Giorni lavorativi	Debito orario/anno
Coordinatore medico	7,5	177	188	1.410,0
Infermiere di coordinamento	7,5	177	188	1.410,0
2° infermiere di coordinamento	7,5	177	188	1.410,0
Collaboratore amministrativo	7,5	177	188	1.410,0

\* 104 fine settimana, 11 giorni per festività infrasettimanali, 31 giorni di congedi ordinari, circa 30 giorni per aggiornamento professionale (4 ore settimanali cumulabili)

COP di 2° livello	PD notturne	PD diurna domenica e festivi	Turni di PD/anno	Retribuzione turno di 12 ore	Retribuzione annua per turno di 12 ore
pronta disponibilità medica	365	63	428	€ 20,66	€ 8.842,48
pronta disponibilità infermieristica	365	63	428	€ 20,66	€ 8.842,48

Collegio medico itinerante	PD notturne	PD diurna domenica e festivi	Turni di PD/anno	Retribuzione turno di 12 ore	Retribuzione annua per turno di 12 ore
Rianimatore	365	63	428	€ 20,66	€ 8.842,48
Medico legale/medico di direzione	365	63	428	€ 20,66	€ 8.842,48
Neurofisiopatologo	365	63	428	€ 20,66	€ 8.842,48
Tecnico di neurofisiopatologia	365	63	428	€ 20,66	€ 8.842,48

Per esigenze di semplificazione ai non addetti ai lavori, le filiere di reperimento sono rappresentate nella configurazione elementare di matrice dei processi, in una logica di gestione operativa trasversale ai soggetti implicati in forma attuale o potenziale. Nell’ambito dei dettami tracciati nell’atto programmatico della Regione Lombardia, viene delineata una ipotesi di «rete hub and spoke» o «a pendolo» per la Città Metropolitana di Milano, connotata da strutture eterogenee non solo rispetto alla gerarchia dei Cop di primo o di secondo livello, degli ospedali sede di Dea di primo o di secondo livello e dei centri Ecmo di secondo e di terzo livello, ma al differente profilo giuridico degli enti coinvolti.

La stima dell’impegno orario per le filiere donative più onerose, soppesate anche rispetto al costo orario medio lordo del personale medico e infermieristico, può offrire agli organi della governance e al management delle aziende sanitarie uno

strumento strategico di orientamento per la massimizzazione dei costi fissi e per la condivisione di regole di ingaggio e di contratti di rete. Sono al contempo determinati criteri ponderati e realistici per il riconoscimento economico delle attività dall’accertamento di morte al prelievo, attualmente non assoggettate al regime tariffario a Drg, ma riconosciute nell’ambito del finanziamento a funzione non tariffaria a valenza retroattiva e dunque non reinvestibile nell’anno di competenza.

## **METODOLOGIA ADOTTATA**

Il modello, scritto a due mani, esprime e integra la forma mentis organizzativa, coordinatrice e gestionale del medico di direzione sanitaria a quella clinica e altamente specialistica del rianimatore di settore, unite a filo rosso all’esperienza pratica. La matrice delle operation management in figura nasce da questa sovrapposizione di visioni con-

temporaneamente analitiche e di insieme. Nello specifico, sono delineate per ogni filiera di reperimento coordinata da un Cop di secondo livello i punti di intersezione con i rami di attività, le discipline o i settori coinvolti all'interno dell'ospedale e con i soggetti esterni della rete precedentemente enunciati. Sono contemplati in nuce anche gli ospedali di comunità e l'assistenza domiciliare nella prospettiva dell'avvio del percorso di donazione di cornee al domicilio previsto dalla normativa regionale, eventualmente con il coinvolgimento degli infermieri abilitati al prelievo nell'ambito di specifici corsi di formazione delle banche regionali delle cornee.

Per la stima dei fabbisogni di personale, viene valutato l'impegno orario dei medici e degli infermieri implicati nelle principali fasi del percorso di donazione ai fini del computo orario totale:

- **Dbd**: attività del collegio medico per l'accertamento di morte con criteri neurologici, mantenimento del donatore, diagnostica essenziale per la valutazione di idoneità del donatore, prelievo di organi in sala operatoria.
- **Dcd**: diagnostica essenziale per la valutazione di idoneità del donatore, periodo di ischemia calda totale, riperfusione normotermica regionale, prelievo in sala operatoria.

Per il calcolo dei costi del personale si è fatto riferimento al costo orario medio lordo del medico ospedaliero, quantificabile in 51 Euro, e al costo orario lordo dell'infermiere stimato a partire da 20 Euro.

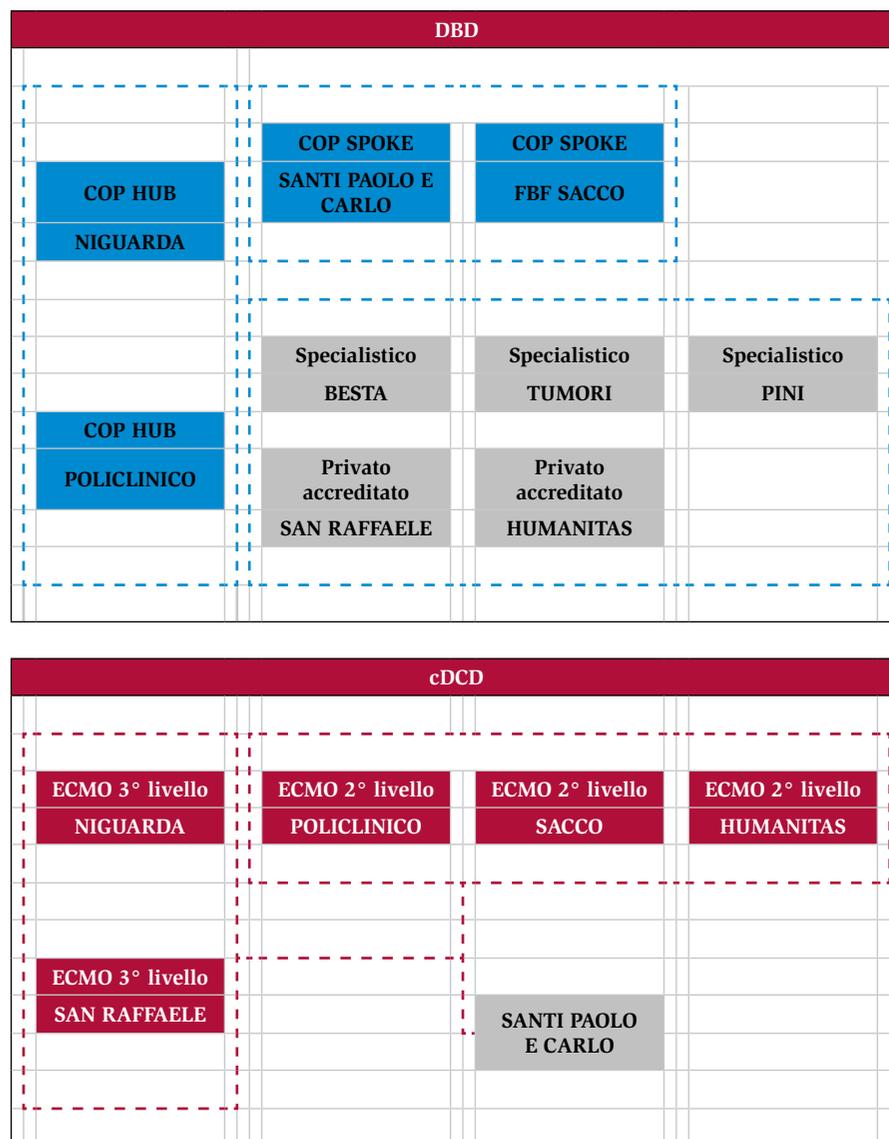
Il costo del personale per la filiera Dbd si approssima in sottostima a 3.600 Euro, mentre quello per la filiera Dcd a 3.000 Euro.

Quest'ultima prevede l'utilizzo di dispositivi medici per la riperfusione normotermica regionale dal costo unitario per procedura di 4.000 Euro.

In conformità con i criteri adottati dalla Regione Lombardia, viene definito l'assetto di un Cop di secondo livello, configurato come struttura semplice, in rapporto di linea con la direzione medica di presidio ospedaliero, e articolato pertanto sulla settimana breve.

Per la copertura delle attività notturne e festive è prevista l'istituzione di una pronta disponibilità medica e infermieristica in seguito determinata per l'anno solare con la relativa base di pagamento a regime contrattuale vigente di turni di dodici

**Figura 5** – Teoria degli insiemi applicata alla donazione a cuore battente e a cuore fermo



ore. Da queste premesse, viene proposta un'architettura applicabile alla rete donativa nell'ambito della Città Metropolitana di Milano; si richiama iconograficamente la teoria degli insiemi al fine di comporre il sistema delle affiliazioni possibili e plausibili tra gli snodi dei Cop e con la gerarchia delle altre reti, in ispecie quella degli ospedali formalmente sede di Dea e dei centri Ecmo.

Sono ipotizzate due traiettorie possibili, ovvero quella dei donatori trasferibili dagli ospedali spoke agli hub di riferimento o, diversamente, quella

a pendolo delle equipe itineranti verso le sedi della donazione non equipaggiate.

Quest'ultima formulazione meglio si attaglia all'evenienza di una mobilitazione su chiamata dei colleghi medici per l'accertamento di morte con criteri neurologici dagli ospedali pubblici verso gli ospedali privati accreditati del territorio di riferimento.

Fatto salvo il caso precedente, si deduce intuitivamente che la rete hub and spoke favorisce, da un lato, economie di scala in ragione della massimizzazione dei costi fissi del personale e, dall'altro, non comporta l'integrazione delle dotazioni a garanzia della continuità assistenziale o l'istituzione di pronte disponibilità finalizzate e la relativa copertura finanziaria per prestazioni a favore di soggetti terzi.

Di contro, il modello a pendolo, particolarmente se applicato alla filiera cDcd, presenta il vantaggio di preservare in sede la competenza clinica e assistenziale rispetto alle cure di fine vita, nonché l'umanizzazione e la primissima elaborazione del lutto da parte dei congiunti nella fase del commiato e delle esequie.

## CONCLUSIONI

La medicina dei trapianti rappresenta il punto di convergenza di interessi compositi, espressione di una molteplicità di detentori di interesse e attori sociali spesso con differenti orientamenti di valore, culturali ed esistenziali, ed il risultato di un faticoso percorso che trae invariabilmente origine dalla donazione.

Assumere una configurazione di rete non soltanto nella forma, ma anche e soprattutto nella sostanza, significa saper dimostrare nei fatti il potere di penetrazione della governance e delle strategie aziendali declinate ai vari livelli del potere decisionale sia nei termini non soltanto di obiettivi, ma anche di scopi e forse addirittura di valori, sia in quelli della valorizzazione e non soltanto dell'impiego delle risorse esistenti, siano esse contestuali, anche se intangibili, o potenziali.

Un passaggio delicato è sicuramente quello che riguarda la capacità e la prontezza con cui il sistema è in grado di attuare le proprie politiche.

In tal senso, diverrà fondamentale far crescere il capitale umano con un orientamento di sistema

valorizzandone le capacità, le attitudini, le potenzialità e, ultima ma non ultima, la creatività necessaria a generare nuove energie positive.

Si dovrà agire sulla leva della partecipazione e della responsabilizzazione, ma anche della motivazione e del giusto riconoscimento del valore individuale e dei team.

Solo così si creeranno le condizioni per entusiasmare i membri delle organizzazioni ad un progetto comune e ad una visione di sviluppo futuro contagiosa.

Gli strumenti, come abbiamo analizzato, ci sono; si tratta di far nascere e crescere una nuova vocazione rispetto al modo di lavorare insieme.

## BIBLIOGRAFIA

Deliberazione Regione Lombardia 2 maggio 2022, n. XI/6329 "Sistema regionale trapianti: sviluppo del modello organizzativo per la donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto - Programma regionale per il biennio 2022-2023"

Deliberazione Regione Lombardia 8 marzo 2020, n. XI/2906 "Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid-19"

Deliberazione Regione Lombardia 2 dicembre 2019, n. XI/2562 "Ulteriori determinazioni in merito all'applicazione della metodica ECMO (extracorporeal membrane oxygenation): individuazione dei centri regionali per il trattamento dello shock cardiogeno o arresto cardiaco refrattario e della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave"

Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della dirigenza dell'Area della Sanità, Periodo 2016-2018  
Prentestini A., Carbone C., Giusepi I., Lega F, Flor L., Garbelli C. (2011), «Logiche e modelli organizzativi per le reti ospedaliere», in Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011, Milano, EGEA

Lega F. (2003), Gruppi e reti aziendali in sanità. Strategia e gestione, Milano, Egea

## PRECISAZIONI

Il progetto costituisce parte di un project work sviluppato nell'ambito del Corso per direttori di struttura complessa di Polis Lombardia tenutosi nel 2022

## La chirurgia programmata del P.O. Serristori: nuovi modelli per vecchie esigenze.

Pellegrino E\*, Capanni C\*\*, Scalfizi M\*\*\*, Grassi P\*, Fratini P\*\*, Cavuta M\*\*\*\*, Calani D°, Toniacchini R^^, Tappeti P^^^, Pecorini S-

\*Medico Direzione Sanitaria P.O. Serristori, Amsl Toscana Centro

\*\*Medico SOC Direzione Sanitaria P.O. Firenze II, Direttore SOS Dir. San. P.O. Mugello, Amsl Toscana Centro

\*\*\*Direttore SOC Chirurgia Generale P.O. Santa Maria Annunziata - Serristori, Amsl Toscana Centro

\*Dirigente Prof. Sanitarie Incarico Professionale di Gestione Infermieristica SOS Fiorentina Sudest Dip. Infermieristico ed Ostetrico, Amsl Toscana Centro

\*\*Dirigente Medico Chirurgia Generale P.O. Serristori, Amsl Toscana Centro

\*\*\*Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione P.O. Santa Maria Annunziata-Serristori, Amsl Toscana Centro

\*\*\*\*Posizione Organizzativa Assistenza Infermieristica P.O. Serristori, Amsl Toscana Centro

°Infermiere Caposala Blocco Operatorio P.O. Serristori, Amsl Toscana Centro

^^Infermiere Coordinatore Linea Chirurgica Week Surgery e S.A.P.O. P.O. Serristori, Amsl Toscana Centro

^^^Posizione Organizzativa Accoglienza Ospedale Santa Maria Annunziata e Serristori, Amsl Toscana Centro



**Parole chiave:** chirurgia ambulatoriale complessa, integrazione, percorsi

### Introduzione

In conseguenza della riorganizzazione delle attività e degli spazi ospedalieri dell'Azienda USL Toscana Centro a causa della pandemia da SARS Cov2, l'attività chirurgica programmata del P.O. Serristori era stata sospesa in attesa della ridefinizione dei percorsi e del personale da dedicarle. Tuttavia, in base ai modelli assistenziali già in uso è stata precocemente ripresa l'attività grazie alla chirurgia ambulatoriale complessa che si è confermato essere uno strumento dinamico, flessibile ed efficace, pronto ad integrarsi appena possibile con l'attività chirurgica maggiore contribuendo all'obiettivo di un corretto scorrimento delle liste di attesa.

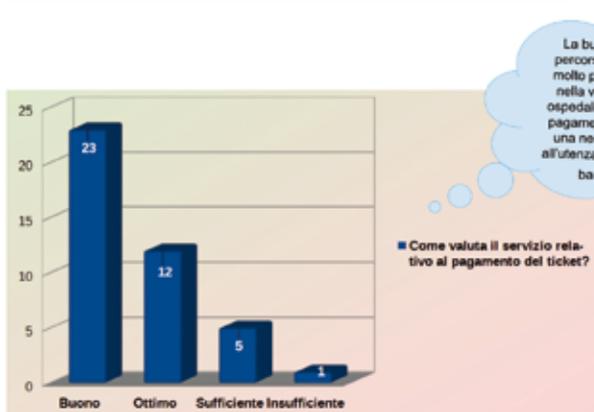
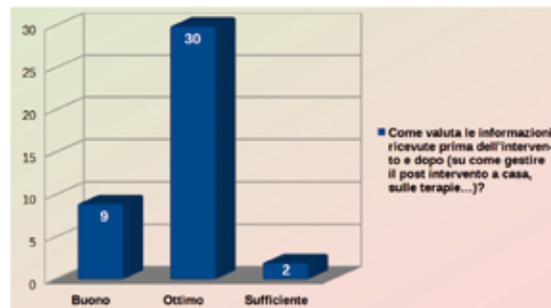
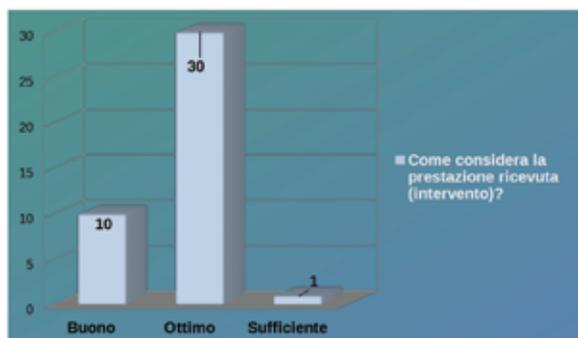
### Contenuti

I pazienti sono stati selezionati in base alla lista d'attesa ed alla rivalutazione dei singoli casi da parte dello Specialista di riferimento. L'Anestesista ha assicurato il supporto sia nella fase pre-operatoria (valutazione del tipo di anestesia) che in quella post (gestione del dolore).

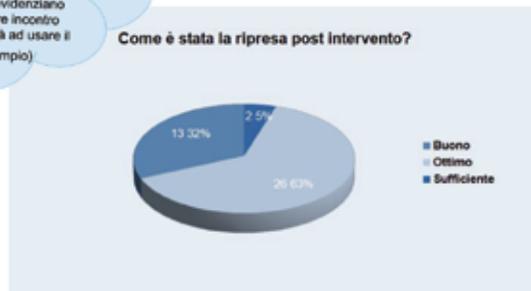
Non sono stati utilizzati posti letto mentre l'intero percorso è stato gestito all'interno della sala operatoria oltre che dagli Specialisti, dal personale infermieristico di sala in tutte le fasi.

Nel periodo 7 marzo-15 aprile 2022 sono stati trattati n. 88 pazienti. La casistica è rappresentata da: ernia inguinale ed ombelicale, cisti e lipoma, lesioni cutanee, artroscopia terapeutica, rimozione di mezzi di sintesi, revisione di tendini, alluce valgo.

Ad un campione significativo e volontario dei pazienti è stato somministrato un questionario di gradimento che aveva l'obiettivo di valutare la percezione qualitativa dei due aspetti più rilevanti della prestazione ricevuta: comfort ambientale e gestione del post-operatorio (sono stati analizzati 41 questionari su 48). Nella maggior parte dei casi le risposte sono state ottime/buone.



La buona organizzazione del percorso si riflette nelle risposte molto positive come ad esempio nella valutazione del comfort in ospedale; alcuni problemi legati al pagamento del ticket evidenziano una necessità di venire incontro all'utenza (nella difficoltà ad usare il bancomat ad esempio).



### Conclusioni

La chirurgia ambulatoriale complessa ha dimostrato di essere uno strumento efficace e gradito dai pazienti. Non appena possibile è stata integrata con la chirurgia maggiore in modo da mantenere l'equilibrio in relazione alle esigenze tra le due tipologie di interventi così da garantire l'appropriatezza assistenziale, migliorare i tempi di attesa ed ottimizzare l'uso degli spazi.



## TITOLO **PROPOSTA DI PROCEDURA FINALIZZATA ALL'APPROVAZIONE TELEMATICA DI TRASFERIMENTO SALMA DURANTE IL PERIODO DI OSSERVAZIONE DELLE STRUTTURE AFFERENTI AGLI OSPEDALI DELL'ULSS 2**

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

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

### INTRODUZIONE

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

### CONTENUTI

La procedura si articola come segue:

Il **medico di UO/SO/Ambulatorio** che constata il decesso del paziente. Compila simultaneamente la scheda di notifica di decesso, la denuncia di cause di morte e il modulo valutazione di trasferibilità della salma durante il periodo di osservazione.

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

Il **personale addetto all'obitorio** riceve la salma e verifica la presenza di tutta la documentazione corretta. Se non è richiesto il trasferimento della salma la documentazione viene consegnata al servizio di accettazione amministrativa per il normale iter. Se viene richiesto il trasferimento della salma suddetto personale riceve il modulo di richiesta trasferimento salma da parte dell'agenzia di onoranze funebri compilato dai familiari o aventi diritto e scansiona tutta la documentazione in possesso (Notifica di decesso/Scheda ISTAT/modulo valutazione di trasferibilità della salma durante il periodo di osservazione/modulo di richiesta trasferimento salma), ed invia tutti i documenti ad un indirizzo email specifico previa comunicazione telefonica alla segreteria di Direzione Medica (Lun-Ven) o tramite SUEM (Sab-Dom) al Medico di Direzione Medica reperibile in quel determinato giorno.

Il **Medico di Direzione Medica** solo se viene quindi richiesto il trasferimento viene avvisato telefonicamente, e procede a valutare i documenti redatti autorizzando o meno il trasferimento tramite mail di risposta.

Il **personale dell'agenzia di onoranze funebri** trasferita la salma come esplicitato dalla normativa vigente attiva il medico necroscopo territoriale al termine del periodo di osservazione.



### CONCLUSIONI

La procedura così come richiesto dalla Regione Veneto con nota circolare Prot. n. 142859 del 10/04/2017, ci permette in qualsiasi giorno della settimana incluso i festivi di dare seguito alle volontà del cittadino/persona che in momento di sofferenza si ritrova più o meno improvvisamente ad affrontare il decesso di una persona cara, **umanizzando** e velocizzando in tal maniera l'intero percorso. Rappresenta inoltre un ottimo esempio di collaborazione interdisciplinare efficace fra Direzione Medica Ospedaliera, Unità Operative e Servizi di supporto

**Parole chiave**

Umanizzazione, Legge Regionale n.18/2010, Periodo di Osservazione



## Implementazione screening MRSA nella Chirurgia protesica Ortopedica di un Ospedale Zonale



Santoriello G.<sup>1</sup>, Frilli E.<sup>2</sup>, Quercioli C.<sup>2,3</sup>, Trapassi S.<sup>4</sup>, Nante N.<sup>2,5</sup>, Campanile LG.<sup>6</sup>, Messina G.<sup>2,5</sup>, Dei S.<sup>7</sup>

1) Dirigente Medico presso DMPO Alta Val d'Elsa, Azienda USL Toscana Sud Est, Poggibonsi, 2) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Siena, 3) Responsabile Nucleo Operativo Controlli Sanitari, Azienda USL Toscana Sud Est, Siena, 4) Infermiere addetto al controllo delle Infezioni Presidio Ospedaliero e Zona Alta Val d'Elsa, Azienda USL Toscana Sud Est, Poggibonsi, 5) Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena, Siena, 6) Direttore Medico di Presidio Ospedaliero Alta Val d'Elsa, Azienda USL Toscana Sud Est, Poggibonsi, 7) Direttore Sanitario, Azienda Toscana Sud Est, Siena

PAROLE CHIAVE  
MRSA, ISC, Screening

### Introduzione

L'infezione della sede di incisione o dei tessuti molli è una complicanza comune, ma potenzialmente evitabile, di qualunque procedura chirurgica [1,2,3]. L'Azienda Sanitaria TSE della Toscana, tramite una procedura aziendale pubblicata nel febbraio 2022 [4], ha inteso fornire indicazioni univoche ed aggiornate in tema di prevenzione e controllo delle Infezioni del Sito Chirurgico in Chirurgia Ortopedica, con particolare attenzione agli interventi protesici. Per la parte preoperatoria il principale intervento è la ricerca attiva dei portatori di *Staphylococcus Aureus* meticillino-resistente (MRSA). Secondo questa procedura, il tampone nasale di screening è da effettuarsi 48-72 ore prima dell'intervento, con un adesione annuale prevista  $\geq 80\%$ . Nel nostro Presidio Ospedaliero, già dal 1 febbraio 2021 era stata introdotta tale attività di ricerca, ed eventuale bonifica prima dell'intervento; per cui la Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Alta Val d'Elsa ha autorizzato un'indagine per valutare l'attuale posizionamento rispetto agli indicatori attesi.

### Contenuti

Ospedale Alta Val d'Elsa- Interventi Protesici 1/2/2021 - 31/12/2021

Procedura Chirurgica ICD-9-CM	Elezione	Urgenza	Totale
81.54 Sostituzione Totale Del Ginocchio	59		59
81.51 Sostituzione Totale Dell'anca	25	21	46
81.52 Sostituzione Parziale Dell'anca	1	25	26
81.53 Revisione Di Sostituzione Anca	2	1	3
81.55 Revisione Di Sostituzione Del Ginocchio	2		2
00.70 Revisione Di Protesi D'anca	1		1
00.72 Revisione Della Protesi D'anca (Femore)		1	1
00.80 Revisione Della Protesi Di Ginocchio	1		1
<b>Totale</b>	<b>91</b>	<b>48</b>	<b>139</b>

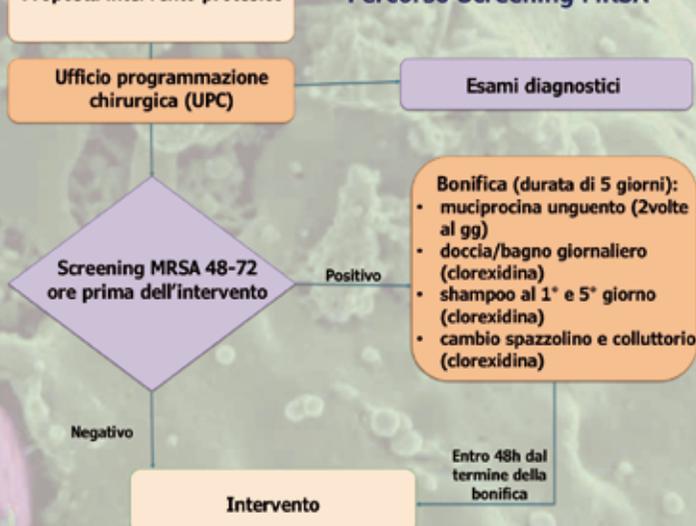
È stata condotta un'analisi retrospettiva su tutti i pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica protesica dal 01/02/2021 al 31/12/2021. La popolazione oggetto di studio è risultata composta da 91 interventi. In 71 casi è stata riscontrata l'esecuzione del tampone di screening MRSA ed il tasso di adesione allo screening è risultato essere del 78%. Il periodo mediano osservato tra l'esecuzione del tampone nasale e l'intervento è stato di 57 giorni [IQR 28;85]. Per lo studio dei dati sono stati utilizzati l'analisi descrittiva delle frequenze ed il software Excel 365 di Microsoft. I dati sono stati raccolti e analizzati in ambiente isolato e protetto.

### Conclusioni

Dopo l'analisi dei dati sono state messe in atto delle azioni volte ad aumentare l'adesione ed a ridurre il tempo intercorrente tra tampone di screening e giorno dell'intervento. In particolar modo, dopo un'adeguata comunicazione all'Ufficio Programmazione Chirurgica, è stato stabilito che il tampone per lo screening verrà in questo momento associato al tampone per la ricerca di SARS-CoV-2 entrambi da eseguire massimo 48 ore prima del ricovero. Il monitoraggio degli indicatori verrà eseguito con cadenza semestrale.

Proposta intervento protesico

Percorso Screening MRSA



### Bibliografia

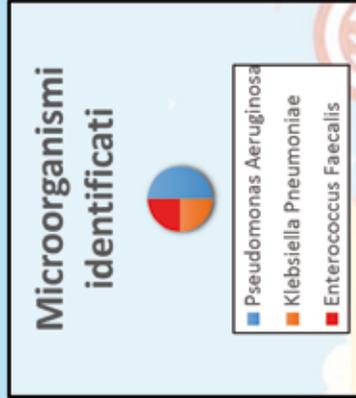
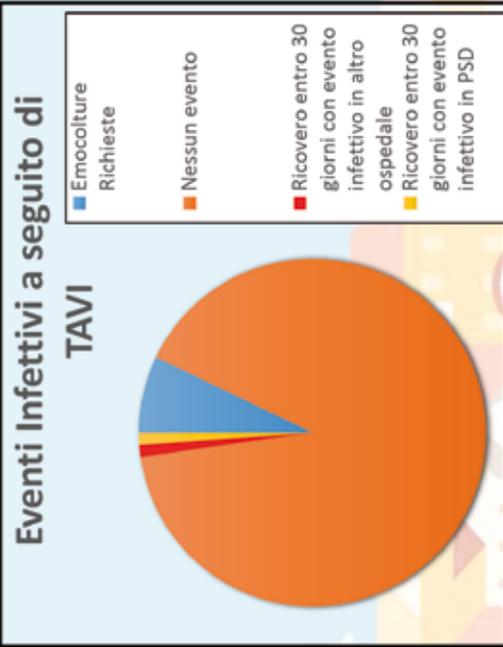
- [1] PNLG "Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto" 2011.
- [2] Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Geneva: World Health Organization; 2018.
- [3] Linea Guida SIOT Prevenzione delle infezioni in chirurgia ortopedica Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida Roma, 21 maggio 2021.
- [4] Procedura Aziendale USL TSE "ISCI 05 - Prevenzione e controllo delle Infezioni del sito chirurgico in chirurgia Ortopedica.

# Eventi infettivi in impianto valvolare aortico transcatteterale. L'esperienza di un centro di eccellenza

Squillace M<sup>1</sup>, Guglielmi G.<sup>1</sup>, Meloni A.<sup>1,2</sup>, D'Acquisto A.<sup>3</sup>, Ferraris L.<sup>2</sup>, Brambilla N.<sup>3</sup>, Odone A.<sup>1</sup>, Carpinelli L.<sup>2</sup>, Cuppone M.T.<sup>2</sup>, Bedogni F.<sup>3</sup>  
 1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli studi di Pavia, Pavia,  
 2 Direzione Sanitaria IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese (MI)  
 3 U.O. Cardiologia IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese (MI)

Parole Chiave: **Epidemiologia, TAVI, ICA**

**Introduzione**  
 La sostituzione valvolare aortica è il trattamento di elezione per paziente con stenosi aortica severa sintomatica impattando positivamente su mortalità e morbilità della patologia. La TAVI o TAVR è un trattamento miniminvasivo diventato la procedura di elezione in pazienti over 75 o con elevato rischio chirurgico.  
 Le complicanze più comuni sono complicanze emorragiche/ischemiche e disturbi di conduzione atrioventricolare e intraventricolare di nuova insorgenza. La letteratura attualmente non ci fornisce dati certi riguardo le complicanze infettive periprocedurali; in particolar modo sulla diagnosi e il loro impatto clinico.  
 A livello globale l'incidenza di complicanza infettiva, in cui rientra un ampio spettro di definizioni non sempre standardizzabili, varia dal 4% al 14% mentre l'incidenza di endocardite infettiva varia dallo 0.5% al 3.1%.  
 L'obiettivo del nostro studio è chiarire l'incidenza e prevalenza in un centro ad alto volume e capire la portata clinica della complicanza infettiva. Tali dati saranno la base per proporre nuovi protocolli di prevenzione.



**Contenuti**  
 Il presente studio è uno studio osservazionale retrospettivo con l'obiettivo di indagare l'epidemiologia delle complicanze infettive post-procedurali.  
 Nel 2021 sono state effettuate 266 procedure TAVI.  
 Le infezioni post-procedura sono state identificate integrando le informazioni di follow-up del database clinico della U.O. Cardiologia e i dati dal Portale di Governo di Regione Lombardia sulle SDO di tutti gli ospedali lombardi individuando le complicanze infettive che necessitano di ricovero entro 30 giorni dalla dimissione.  
 L'incidenza generale di complicanza infettiva è del 9,3% annua pari a un totale di 25 pazienti con una maggioranza di infezioni da batteri gram negativi fra gli isolamenti.  
 Tra i 25 pazienti, 19 hanno manifestato la complicanza infettiva durante il ricovero per TAVI, i rimanenti hanno avuto un successivo ricovero entro 30 giorni. Sono stati 6 gli eventi settici totali di cui 4 presso il PSD con isolamento di P. Aeruginosa (2), E. Faecalis e K. Pneumoniae.

**Conclusioni**  
 L'IRCCS Policlinico San Donato è un centro di eccellenza cardiovascolare che effettua la maggior parte delle procedure TAVI effettuate su base annua in Regione Lombardia.  
 I pazienti sottoposti a TAVI sono contraddistinti da età elevata e presenza di comorbidità che favoriscono il rischio infettivo, diventa quindi fondamentale la prevenzione per migliorare l'outcome.  
 Sulla base dei dati ottenuti per l'anno 2021 si può osservare che l'incidenza di eventi infettivi periprocedurali è in linea con la letteratura.  
 Ulteriori studi sono necessari per identificare i fattori di rischio infettivo nei pazienti, per stabilirne l'incidenza e sulla base degli isolamenti valutare se adattare i protocolli di profilassi antibiotica.



**GENITORI CONTRO LA MEDICINA TRADIZIONALE: DOVE TERMINA IL LORO DIRITTO E PREVALE QUELLO ALLA SALUTE?**  
 Autori: Stellacci A 1, Melpignano L2, Massari G 3, Abbasciano VMB 3, Dario R2, Mele F4, Angrisani C4, Fontanelli S1, Daleno A4



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



**Key words:** *Potestà genitoriale, Diritto alla Salute, Medicina alternativa.*

**1. INTRODUZIONE**

La potestà genitoriale, disciplinata dall'art. 316 c.c. prevede che "entrambi i genitori hanno la responsabilità genitoriale che è esercitata di comune accordo tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni e delle aspirazioni del figlio". L'obiettivo di questo lavoro è analizzare quando il diritto dei genitori deve essere sospeso per garantire il diritto alle cure del minore e quando la Direzione Sanitaria debba invocare l'intervento del Tribunale nell'ipotesi di un potenziale rischio per la vita e la salute del minore.



**2. CONTENUTI**

Il fatto, avvenuto nel febbraio 2022 presso il P.O. "Giovanni XXIII" di Bari è inerente il ricovero di un minore presso la Rianimazione per nefrite lupica con grave MOF. Nel 2017 al paziente fu diagnosticato il LES, malattia autoimmune che, se non trattata, da origine a complicanze multiorgano fino al decesso. Dopo prescrizione di adeguata terapia, i genitori si sono più volte rifiutati di somministrare i farmaci a fronte di "erbe naturali" sottraendo arbitrariamente il minore alle visite e ai controlli clinici. Giunti presso il PS per un repentino peggioramento delle condizioni cliniche, i sanitari hanno informato la Direzione di Presidio che ha adito il Giudice Tutelare, nel tentativo di somministrare le terapie salvavita. Questo caso solleva la questione della individuazione dei criteri utilizzabili per risolvere il problema del dissenso genitoriale alle cure mediche praticabili su minore e quando sia necessario richiedere l'intervento del Giudice Tutelare per la nomina di un diverso rappresentante legale. Il dissenso insorto tra equipe medica e legale rappresentante del minore può essere risolto ai sensi dell'art. 3, co. 5 D.L. 219/2017.

**3. CONCLUSIONI**

La potestà genitoriale non configura una sorta di «diritto di proprietà» sul minore, ma esplica la sua valenza e trova il suo limite nel miglior interesse del minore stesso. È quindi consequenziale e ovvio che, laddove si crei un contrasto tra volontà genitoriale e necessità clinica, questa debba essere ritenuta prevalente, se pur nei limiti e con le forme previste dalla legge. Nulla questio, ai sensi e per gli effetti dell'art. 54 c.p. se e quando si sia difronte ad una condizione di emergenza/salvavita. In tali fattispecie la esimente consente doverosamente la «presa in carico» da parte del medico pur se – altrettanto doverosamente – le motivazioni dovranno essere adeguatamente trasposte nella documentazione sanitaria.

Il tema è ovviamente diverso, anche ai sensi della L 219/2017, laddove tale condizione di emergenza non si configuri. In tali casi è previsto il ricorso al Giudice Tutelare. Tale previsione, tuttavia, deve ritenersi «residuale» rispetto alla normale pratica clinica ed all'applicazione, se si vuole, di tecniche comunicative anche attraverso eventuali forme di de-escalation, rispetto alle quali il personale dovrà essere adeguatamente formato. Anche quando dovesse risultare inefficace, il tema che si propone attiene ai modi ed alle procedure attraverso le quali giungere al coinvolgimento della Autorità Giudiziaria. In questi casi, in conformità a quanto previsto dalla L 24/2017, è opportuno che la Direzione Strategica si doti di un percorso definito, pluridisciplinare e pluriprofessionale di coinvolgimento di tutti gli stakeholder relativi al singolo caso. Attraverso quindi un meccanismo di coinvolgimento paritetico la Direzione Medica di Presidio potrà svolgere la funzione di coordinamento e di indirizzo che le è propria, nel rispetto dei richiamati precetti normativi.

47° Congresso Nazionale ANMDO Bologna  
 6-7-8 giugno 2022



**PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA ANTIMICROBICA IN UN OSPEDALE PEDIATRICO DEL SUD ITALIA: UN'INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE**

Valentina M.B. Abbasciano<sup>§</sup>, Giulia Massari<sup>§</sup>, Sebastiano Mazza\*, Sara Taveri\*, Alessandra Stellacci<sup>§</sup>, Rita Grandolfo\*, Rita Dario, Desiree L.L. Caselli\*, Livio Melpignano\*



Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale Policlinico Bari \* U.O.C. Malattie Infettive Pediatriche  
 § Direzione Medica Presidio Ospedaliero Pediatrico § UNIBA Istituto di Igigene § UNIBA Istituto di Medicina Legale  
 Regione Puglia - Via Amendola n.207 70120 Bari, Italy, +39 080 5596666, [direzionemedica@cxm.uniba.it](mailto:direzionemedica@cxm.uniba.it)

**Key words:** PPS (Point Prevalence Survey), AMS (antimicrobial stewardship), AWaRe (classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use)

**INTRODUZIONE**

Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria quello infettivo riveste una particolare importanza; una delle più efficaci misure di riduzione del rischio è rappresentata dai programmi di sorveglianza antibiotica (AMS). La popolazione pediatrica rappresenta un gruppo «ipersuscettibile» caratterizzato da differenze nella necessità e uso di antimicrobici, dalla variabilità nei dosaggi, dalla vulnerabilità alla resistenza e dall'aumento del rischio di eventi avversi, rispetto alle altre fasce della popolazione. L'implementazione nella pratica ospedaliera permette di ottenere tassi più bassi di somministrazione dei farmaci, maggiore suscettibilità dei batteri analizzati e riduzione del tasso di giorni di terapia antimicrobica e durata dei ricoveri, con un contenimento dei costi [1].

tab. 1 - Arruolamento e suddivisione nei reparti al 21/10/2021

<b>Pazienti presenti</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>
<b>Pazienti arruolati</b>	<b>41</b>	<b>33%</b>
<b>7 UU.OO. mediche</b>	<b>24</b>	
<b>4 UU.OO. chirurgiche</b>	<b>9</b>	
<b>2 UTIN/UTIP</b>	<b>8</b>	

tab. 2 - I primi 10 antimicrobici prescritti delle tre classi ATB suddivisi secondo classificazione AWaRe  
 verde Access  
 giallo Watch  
 nero Reserve

ATB 1-2-3 principi attivi	N° prescrizioni
<b>Ceftriazone</b>	10
<b>Cefazolin</b>	6
<b>Amoxicillina/Clavulanato</b>	6
<b>Meropenem</b>	5
<b>Vancomicina</b>	5
<b>Amikacina</b>	3
<b>Ampicillina/sulbactam</b>	2
<b>Clarithromicina</b>	2
<b>Diflucan</b>	1
<b>Capsosfungina</b>	1

**CONTENUTI**

Nella nostra PPS abbiamo valutato la prevalenza d'uso e la resistenza ad antimicrobici nell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari il giorno 25 ottobre 2021 dalle ore 8:00, con l'arruolamento di 41 pazienti su un totale di 123 presenti, in 13 reparti, con almeno 1 prescrizione antibiotica in corso. Lo studio ha raccolto i dati provenienti da 7 reparti medici, da 4 chirurgici e 2 terapia intensive, neonatale e pediatrica (Tab.1) [2]. E' stata compilata una scheda comprendente dati anamnestici, prescrizione antibiotica secondo AWaRe e valutazione dell'appropriatezza prescrittiva quali antibiotico terapia empiriche, mirate o profilassi chirurgica [3]. Il numero di prescrizioni antibiotiche appropriate è stata pari a 27 (65,8%) su 41 terapie totali di cui 17 con due antibiotici e 4 con tre terapie antibiotiche contemporaneamente; l'indice di inappropriatezza prescrittiva è stato circa un terzo delle prescrizioni totali per ragioni di indicazione terapeutica e principio attivo, de-escalation e durata. Si è osservato che la mancata de-escalation della terapia rappresenta il 50% del totale. Le ragioni di questa criticità sono da ricercarsi nei tempi prolungati di esecuzione e refertazione di esami microbiologici e culturali, insieme ai limiti degli accertamenti diagnostici ma anche in parte a procedure diagnostico-terapeutiche obsolete. Nei nostri setting assistenziali sono stati più frequentemente somministrati antibiotici per via infusoriale (cefalosporine di terza generazione) ed orale, ad ampio spettro d'azione (Tab.2). Il passaggio dagli antibiotici per via endovenosa a quelli orali è riconosciuto come un elemento chiave per i processi di gestione farmaceutica negli ospedali e presenta vantaggi quali: riduzione delle complicanze legate al catetere, costo e durata della degenza. Il rispetto di linee guida per il trattamento antibiotico si è verificato in meno del 20% delle terapie antibiotiche empiriche valutate, in particolare per quella delle infezioni delle vie respiratorie (polmoniti), nelle aree mediche. Un terzo delle profilassi chirurgiche è risultata prolungata (maggiore di 24H), pur in assenza di infezione preoperatoria o complicanze gravi. Questa criticità è da correggere poiché non esiste un razionale che giustifichi un periodo di terapia più lungo al fine di prevenire lo sviluppo di infezioni postoperatorie, bensì un aumento della resistenza antimicrobica e di effetti collaterali

**CONCLUSIONI**

Il piano d'azione di codesta Direzione Sanitaria prevede il monitoraggio dell'antibiotico resistenza con sorveglianza antimicrobica, anche sulle Infezioni Correlate all'Assistenza con indagini di prevalenza e calendarizzazione di entrambe le attività igienistico/infettivologiche. I risultati sono condivisi tra i Direttori delle UU.OO. durante le riunioni periodiche del Comitato Infezioni Ospedaliere del polo pediatrico. L'obiettivo è di contribuire alla continua consapevolezza sull'uso, AMS, l'appropriatezza prescrittiva per categorie di antimicrobici, AWaRe e la resistenza agli antibiotici

**Bibliografia** [1] C.M. Sanita 30/1/1988 [2] ECDC PPS (@7/2/18 [3] WHO AWaRe @2019



47° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

VERSO UNA NUOVA SANITÀ E UNA NUOVA SALUTE:

"AZIONE, SINERGIA, RESPONSABILITÀ, RESILIENZA E SOSTENIBILITÀ DELLA DIREZIONE SANITARIA"



# Ristrutturazione ospedaliera e Customer satisfaction: quale l'impatto?

Ricciardi G. E<sup>1</sup>, Morani F<sup>2</sup>, Gonetti E<sup>2</sup>, Beretta D<sup>2</sup>, Signorelli C<sup>2</sup>, Albani L<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medici in formazione specialistica Igiene e Medicina preventiva, Università Vita Salute San Raffaele;

<sup>2</sup>Responsabile URP, Istituto Clinico San Siro; <sup>3</sup>Direttore Generale, Istituto Clinico San Siro;

<sup>4</sup>Professore Ordinario in Igiene e Medicina preventiva, Università Vita Salute San Raffaele; <sup>5</sup>Direttore Sanitario, IC San Siro.

**Parole chiave:** Customer Satisfaction, Edilizia Sanitaria



## INTRODUZIONE

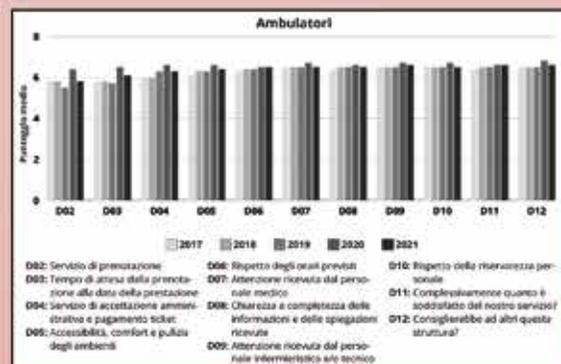
Presso l'Istituto Clinico San Siro, di Istituto Ortopedico Galeazzi Spa, sono stati svolti dal 6 marzo 2017 al 31 dicembre 2021 lavori per l'adeguamento al D.P.R. n. 37 del 14.01.97 e alla D.G.R. n. 6/38133 del 06.08.98 che hanno coinvolto la quasi totalità della struttura. In particolare sono stati ristrutturati tutti i reparti di degenza dell'ospedale, è stato realizzato un nuovo reparto ed un nuovo Blocco Operatorio con centrale di sterilizzazione associata, sono stati ampliati e ricollocati alcuni uffici, l'armadio farmaceutico, la camera mortuaria e sono stati raddoppiati gli spazi destinati all'attività ambulatoriale. La realizzazione delle opere è stata graduale e condotta in modo da non pregiudicare la normale attività sanitaria. Per valutare l'impatto dei lavori sull'attività ospedaliera sono stati analizzati i questionari di gradimento abitualmente somministrati ai pazienti dall'URP dal 2017 al 2021.

## CONTENUTI

In totale sono stati raccolti dall'URP 6405 questionari provenienti dall'area ambulatoriale e 8724 dai reparti di degenza. I pochi dati raccolti nell'anno 2020 (834) sono legati alla pandemia ed alla relativa riduzione dell'attività. I questionari si dividono in diverse sezioni, inerenti principalmente le modalità di prenotazione, i tempi d'attesa, il servizio di accettazione amministrativa, gli aspetti strutturali ed alberghieri, l'assistenza del personale medico ed infermieristico e la soddisfazione generale del paziente. Il gradimento viene stimato attraverso una scala di misurazione che va da 1 (per niente soddisfatto) a 7 (molto soddisfatto). L'analisi delle risposte ha definito 4 tipi di utenti: Non risponde; Soddisfatto; Non Soddisfatto; Giudizio Neutro. I risultati ottenuti sono stati analizzati utilizzando la media del punteggio delle risposte per ogni anno.

## CONCLUSIONI

Per i diversi item valutati, non c'è stato riscontro di ampie variazioni, a dimostrazione dell'impegno della struttura a garantire l'efficienza delle cure e l'assistenza al paziente nonostante i lavori in corso. Un'eccezione è rappresentata dalla sezione sulla qualità del cibo, dove si nota una riduzione del gradimento complessivo, dovuto verosimilmente alla chiusura della cucina dell'ospedale ed al conseguente utilizzo di pasti veicolati. In linea generale si evince come il trend di gradimento tenda ad un miglioramento complessivo mano a mano si raggiunga il termine dei lavori, dato esplicito della buona riuscita del progetto.



## 47° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

SARS-COV2 E CAMBIAMENTO ASSISTENZIALE:  
l'esperienza del P.O. "Don Tonino Bello" - Molfetta ASL BARI

Mundo A.\*, Ranieri B.\*\*, Marra V.\*\*\*, Guerra R.◊^



- \* Dirigente Medico Responsabile - Direzione Medica P.O. Molfetta - ASL BARI
- \*\* Dirigente Medico - Direzione Medica P.O. Molfetta - ASL BARI
- \*\*\* CPS Infermiere - Direzione Medica P.O. Molfetta - ASL BARI
- ◊ Dirigente Medico - Direzione Medica P.O. Di Venere - ASL BARI
- ^ Dottorato di Ricerca - Dipartimento DIMO - Università degli Studi di Bari

## INTRODUZIONE

La pandemia Covid-19, la sfida più grande degli ultimi decenni, ha causato un forte impatto sulla salute e timori tra le persone fragili. Le misure di contenimento hanno ridotto l'offerta e la fruizione dell'assistenza sanitaria programmata e in emergenza-urgenza. Numerose sono state le Circolari al fine di contenere la diffusione del virus, pur garantendo l'assistenza sanitaria. In questo contesto la resilienza dei Servizi Sanitari è stata fondamentale per la presa in carico dei pazienti positivi o affetti da altre patologie.

L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'impatto dell'epidemia da Sars-Cov2 sugli accessi in Pronto Soccorso e sulle prestazioni ambulatoriali del P.O. di Molfetta, Ospedale NO Covid del Nord-Barese, confrontando i dati del 2020 e 2021 con il precedente anno 2019.

## CONTENUTI

Sono stati analizzati i dati del sistema EDOTTO e dei report del Controllo di Gestione Aziendale.

Nel 2020 e 2021, anni strettamente legati all'emergenza, il numero di accessi in Pronto Soccorso è stato rispettivamente 17.913 e 21.488 rispetto ai 23.755 del 2019.

In particolare, nel 2020 e 2021, in concomitanza coi *Lockdown* si è evidenziata una riduzione del numero degli accessi con codice bianco, rispettivamente 324 nel 2020 e 263 nel 2021 a fronte di 410 nel 2019. Nel tre anni presi in esame sono risultati stabili il numero di accessi in PS con 118 ed il numero complessivo di ricoveri. Importante la diminuzione dei DRG 210, 211 e 544 corrispondenti a frattura di anca-femore nel 2020 (125), a fronte di dati sovrapponibili nel 2021 (202) rispetto al 2019 (198). Il numero delle prestazioni ambulatoriali, per la valutazione dell'attività programmata, risulta diminuito nel 2020 (755.089) rispetto al 2019 (873.597) e accresciuto nel 2021 (945.423).



## CONCLUSIONI

E' evidente che anche per un Presidio Spoke, classificato come Ospedale NO Covid, la pandemia ha portato ad una contrazione dell'offerta sanitaria. La riduzione degli accessi in codice bianco e dei ricoveri per traumi ha seguito l'andamento del lockdown (più rigido nel 2020 rispetto al 2021) ed ha rappresentato il timore dell'utenza di rivolgersi alle strutture sanitarie, rimandando alla questione sull'appropriatezza del ricorso al PS. Quanto alle prestazioni ambulatoriali, il blocco delle attività NO Covid ha portato a gravi conseguenze e a ritardi diagnostico-terapeutici nel 2020, il cui recupero nel 2021 ha fatto emergere nuove strategie organizzative per il raggiungimento di cure efficaci.

BOLOGNA, 6 - 7 - 8 GIUGNO 2022

Parole Chiave: Sars-Cov2 - cambiamento - assistenza

47° Congresso Nazionale ANMDO Bologna, 6-8 giugno 2022



## SORVEGLIANZA EVENTI AVVERSI DOPO VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA: PROGETTO PILOTA DELLA A.O.U.C. POLICLINICO DI BARI



Massari G<sup>1</sup>, Zonno G<sup>1</sup>, Stellacci A<sup>2</sup>, Abbasciano VMB<sup>3</sup>, Dario R<sup>3</sup>, Mele F<sup>4</sup>, Angrisani C<sup>4</sup>, Fontanelli S<sup>1</sup>, Stefanizzi P<sup>5</sup>

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

Keywords: farmacovigilanza, aefi, tutela salute riproduttiva

### INTRODUZIONE

In Italia, per le donne in stato di gravidanza, il PNPV 2017-2019 raccomanda le vaccinazioni anti-DTaP e anti-influenzale, a cui si è aggiunta, nel 2021, quella anti-SARS-CoV-2. Già dal 2018, la Direzione Sanitaria del Policlinico di Bari ha avviato un programma per la profilassi vaccinale nelle donne in gravidanza con sorveglianza degli eventi avversi (AEFIs), attivando un ambulatorio in ambiente protetto ospedaliero. Nel 2021, nel contesto di un progetto multiregionale AIFA, la stessa DS ha coordinato un progetto pilota di chiamata attiva alla vaccinazione e follow-up delle gravide.



### OBIETTIVI

Lo studio mira a delineare il profilo di sicurezza delle vaccinazioni raccomandate in gravidanza.

### MATERIALI E METODI

Lo studio, di tipo trasversale, ha avuto come popolazione target le donne gravide che hanno ricevuto almeno una vaccinazione raccomandata presso l'ambulatorio "Gravidanza e Salute Riproduttiva" del Policlinico di Bari tra il 1° ottobre 2021 e il 30 aprile 2022.

Sono state incluse tutte le pazienti che hanno dato il proprio consenso scritto a partecipare allo studio.

Per ogni paziente è stata compilata una scheda comprensiva di dati anagrafici e di informazioni circa il

Fig. 1

vaccino ricevuto (Fig.1). È stato poi consegnato un modulo per la rilevazione degli AEFIs nei sette giorni successivi (Fig.2). Al termine di questo periodo, tali informazioni sono state raccolte mediante contatto telefonico, e gli AEFIs descritti sono stati classificati come gravi o non gravi secondo linee guida OMS.

Fig. 2

### RISULTATI

Sono state arruolate 121 pazienti, che hanno ricevuto 308 dosi complessive di vaccino, completando il follow-up.

L'età media del campione è di 34,2 ± 4,5 anni.

Il 64,9% (202/308) dei diari compilati riportava almeno un AEFI.

L'80,7% (163/202) delle segnalazioni ha riguardato AEFIs insorti nelle prime 24 ore dopo il vaccino.

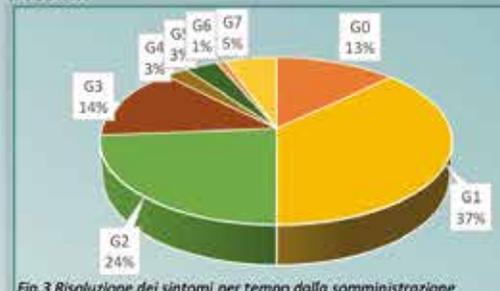


Fig. 3 Risoluzione dei sintomi per tempo dalla somministrazione

Il 50% (101/202) degli AEFIs si è risolto entro 48 ore dalla somministrazione del vaccino, il 75% (159/202) entro 72 ore e tutti gli eventi si erano risolti alla fine della settimana di rilevazione (fig.3).

Le reazioni locali hanno costituito il 90,1% delle segnalazioni (182/202), seguite da sintomi generali (28,2%, 57/202) e febbre (13,4%, 27/202) (fig.4).

Nessun evento è stato identificato come grave.



Fig. 4 Distribuzione per macro-area dei sintomi segnalati

### CONCLUSIONI

Dai dati raccolti, risulta evidente come gli eventi avversi dopo vaccinazione nella paziente in gravidanza non siano gravi, abbiano una rapida risoluzione e non compromettano la sicurezza della donna, né del feto.

In relazione ai rischi da infezioni vaccino-prevenibili e ai dati di safety evidenziati dal nostro studio risulta fondamentale sistematizzare un protocollo per la consulenza vaccinale e il follow-up post vaccinazione per le pazienti in stato interessante nel complesso delle attività coordinate dalle Direzioni Sanitarie ospedaliere.

Il progetto pilota è stato finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

## 47° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

## DALLA PANDEMIA ALL'ENDEMI. REALIZZAZIONE DI UN'AREA MULTIDISCIPLINARE NEL P.O. DI VENERE ASL BA

Guerra R.\*\*^, Gallone M.S.\*\*, Fino L.A.\*\*, Fortunato V.\*, Calasso A.\*\*, Montagna M.T.^^



- \* Direttore - Direzione Medica P.O. Di Venere - ASL BARI
- \*\* Dirigente Medico - Direzione Medica P.O. Di Venere - ASL BARI
- ^ Dottorando di Ricerca - Dipartimento DIMO - Università degli Studi di Bari
- ^^ Prof. Ordinario Igiene Pubblica - Dipartimento DIM - Università degli Studi di Bari

## INTRODUZIONE

Il 31 Marzo 2022 il Consiglio dei Ministri ha proclamato la fine dell'emergenza per la pandemia da Sars-Cov2, la sfida di sanità pubblica più impegnativa degli ultimi decenni. Numerose sono state le Circolari per contenere la diffusione del virus e garantire un'adeguata assistenza sanitaria mentre la resilienza dei Servizi Sanitari è stata fondamentale per dare una risposta coerente ai bisogni di salute.

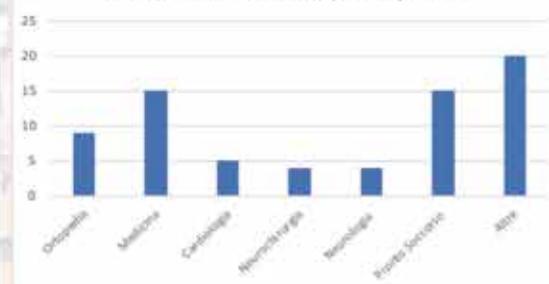
Contestualmente la Direzione della ASL BA ha reso nota con Delibera del Direttore Generale, secondo le linee guida AGENAS, la volontà di operare una "transizione assistenziale" individuando i setting più appropriati per la gestione dei pazienti Covid +. Il graduale ritorno alla normalità ha posto anche gli Ospedali NO COVID nelle condizioni di dover implementare una diversa modalità assistenziale.

## CONTENUTI

Dal 1 febbraio 2022, la Direzione Medica di Presidio del P.O. Di Venere, Ospedale NO COVID della ASL BA, ha allestito un'area multidisciplinare dedicata al trattamento dei pazienti giunti in Ospedale per altra patologia ma Covid+. Adiacenti al Pronto Soccorso sono stati allestiti 10 posti letto di degenza ordinaria e 3 posti letto di subintensiva per i casi gravi. Sono stati disegnati i percorsi di vestizione e svestizione per gli operatori e per l'accesso alle sale operatorie e ai servizi dedicati. L'assistenza infermieristica è garantita da due infermieri per turno, l'assistenza medica è garantita dai Dirigenti delle UUOO di competenza. In questa area i pazienti permangono fino a risoluzione della problematica di salute o fino a negativizzazione con dimissione a domicilio o trasferimento in altro setting. I pazienti gravi, sintomatici per Covid, sono trasferiti nei Presidi Covid individuati nella Rete Ospedaliera. A partire dal 1 febbraio 2022 e fino al 30 aprile sono stati trattati 72 pazienti di cui 15 trasferiti. La degenza media è stata di 5 giorni. Le UU.OO. che maggiormente hanno utilizzato l'area sono state: Medicina (15), Ortopedia (9) e Cardiologia (5).

UU.OO	Pazienti in area multidisciplinare
Ortopedia	9
Medicina	15
Cardiologia	5
Neurochirurgia	4
Neurologia	4
Pronto Soccorso	15
Altre	20
<b>Totale</b>	<b>72</b>

Pazienti in area multidisciplinare per U.O.



## CONCLUSIONI

Il numero dei pazienti trattati nell'area multidisciplinare del P.O. Di Venere suggerisce l'importanza di allestire nei reparti aree funzionalmente isolate per i pazienti COVID+. Il passaggio fondamentale da pandemia ad endemia e l'auspicato graduale ritorno alla normalità passa dalla capacità da parte dei Servizi Sanitari di continuare ad erogare assistenza ai pazienti affetti da altre patologie e al tempo stesso rispondere ai bisogni di salute dei pazienti Covid+ affetti da altre patologie.

BOLOGNA, 6 - 7 - 8 GIUGNO 2022

Parole Chiave: Sars-Cov2 – multidisciplinarietà – transizione assistenziale

**LE MISURE DI CONTENIMENTO PER LA PANDEMIA HANNO FAVORITO L'AUMENTO DELLA VIOLENZA?**  
 Autori: Melpignano LI, Stellacci A 2, Massari G 3, Abbasciano VMB3, Dario R1, Mele F4, Angrisani C4, Fontanelli S1, Daleno A4



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



**Key words:** *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, imprevista ed imprevedibile, della Malattia da Sars-CoV-2, una malattia infettiva prevalentemente respiratoria. Infatti, le misure di contenimento necessarie, tra queste principalmente il distanziamento fisico e l'isolamento, hanno avuto conseguenze dannose sulla salute fisica e mentale della popolazione mondiale. In particolare, la riduzione dei contatti sociali per evitare il contagio, soprattutto nei soggetti fragili, è correlata con l'aumento dell'incidenza di episodi di violenza.

**MATERIALI E METODI**

L'obiettivo del nostro studio è quello di valutare l'andamento degli episodi di violenza nel territorio pugliese sia in 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. L'analisi statistica è stata condotta utilizzando il software Microsoft Excel 2013 (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) e IBM SPSS Statistics version 25 for windows (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Le categorie esaminate sono poi state rappresentate in termini percentualistici.

**DISCUSSIONI**

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 con diagnosi d'ingresso «autolesionismo» e «aggressione». I dati raccolti hanno permesso di rilevare che, per ciò che attiene i casi di autolesionismo, nella popolazione pediatrica, in epoca covid, gli episodi registrati si sono drasticamente ridotti. Tale dato è in linea con quanto rilevato sulla popolazione pediatrica generale e trova giustificazione nel fatto che, conseguentemente alle misure restrittive, i minori sono spesso rimasti al domicilio – a seguito dell'attivazione della DAD (didattica a distanza) sotto la sorveglianza dei genitori (anch'essi, nella maggior parte dei casi rimasti a domicilio per lo smart working). Pertanto, il maggior controllo degli stessi potrebbe, a parere degli Autori, aver ridotto drasticamente i casi di autolesionismo. Per quanto riguarda, invece, la popolazione adulta, gli accessi per episodi di autolesionismo sono rimasti praticamente invariati durante la prima fase del lockdown, subendo un calo di circa il 50% nel 2021. A parità di accessi al PS per autolesionismo in termini assoluti, è appena il caso di specificare che nel 2020 e nel 2021 gli accessi presso i P.S. si sono ridotti di circa il 40%. Tale dato starebbe ad indicare, in termini relativi, comunque un sensibile aumento dei casi di autolesionismo nel periodo di pieno lockdown (2020) per poi ridursi, sempre rimanendo ben al di sopra del numero di accessi in fase pre-pandemica, nel 2021. In merito agli accessi per aggressione da parte di terzi, invece, le due curve sono sovrapponibili: in altri termini si è rilevata una riduzione degli accessi nella prima fase pandemica (2020) ed una risalita della curva nella seconda fase (2021). Ciò, sempre a parere degli Autori, indica una riduzione relativa degli episodi di violenza eterodiretta a seguito delle misure restrittive e della riduzione della circolazione e dei contatti sociali, ed un aumento successivo, a seguito della incidenza dell'isolamento sulla stabilità psichica della popolazione generale, maggiormente incidente su quei soggetti già ritenuti "fragili".



**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 sono aumentati, in misura relativa, confermando il trend generale emerso in altri studi. Confermando quanto altri studi hanno già messo in evidenza, 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.



## I modelli organizzativi delle strutture di Pronto Soccorso nel Triveneto

**Autori:** Montel E. (1), Mancini M. (2)

1 Direttrice Medica, Direzione medica dell'Ospedale di Bressanone - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

2 Medico, Direzione medica dell'Ospedale di Bressanone - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

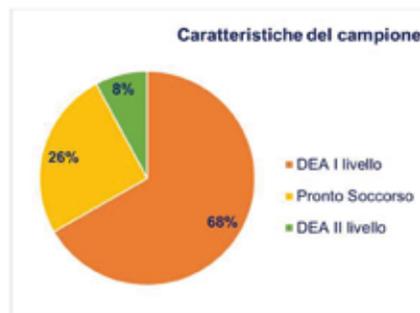
**Parole chiave:** pronto soccorso, organizzazione, medici

### INTRODUZIONE

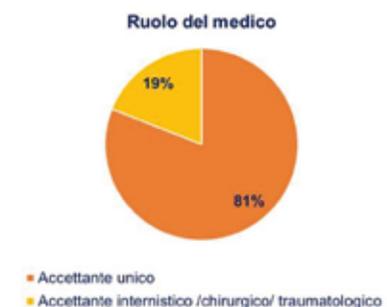
La rete ospedaliera dell'emergenza affronta da tempo il problema della grave carenza di medici urgentisti. Secondo stime della Società Italiana della Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU), a novembre 2021 in Italia mancavano 4.000 medici di Pronto Soccorso (PS), un numero che potrebbe salire entro fine 2022 a oltre 5.000<sup>1-2</sup>. Il problema della carenza dei medici dedicati all'area dell'emergenza investe anche l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

### CONTENUTO

Per eseguire questa indagine sono state individuate tutte le strutture sanitarie del Triveneto (Friuli Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige, Veneto) che hanno un PS attivo. Per la raccolta dei dati è stato creato un questionario on line utilizzando gli strumenti messi a disposizione da Google<sup>3</sup> ed eseguita analisi descrittiva. Il questionario aveva lo scopo di valutare l'organizzazione del PS in particolare il ruolo dei medici e se in possesso di specialità attinente. Altri quesiti sono stati; la presenza del rianimatore, l'utilizzo di percorsi preferenziali e la composizione del organico medico<sup>3</sup>. La maggior parte delle strutture, nonostante siano UOC, non dispongono di personale proprio e tantomeno di medici in possesso di specialità attinente al servizio. Ciò potrebbe comportare implicazioni medico-legali di fronte ad un contenzioso. La mancanza di un organico proprio e di medici in possesso di specialità si ripercuote sull'organizzazione del servizio, rende difficile un miglioramento della qualità dei percorsi



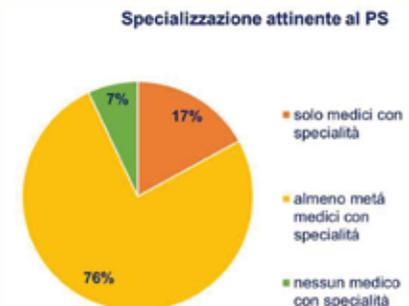
**RISULTATI:** Il 73% del campione ha aderito al sondaggio, di cui 26% proviene da strutture di PS, 68% da DEA di I livello e 8% da DEA di II livello. Nel 79% dei casi trattati di unità operative complesse, mentre il 21% sono strutture semplici, afferenti prevalentemente alla Chirurgia Generale e negli altri casi a Direzione Medica, Medicina Interna o PS di altra sede ospedaliera.



Per quanto riguarda l'organizzazione, nel 81% delle strutture intervistate, il medico svolge il ruolo di accettante unico, mentre nel 19% dei casi i medici sono suddivisi in accettazione internistica, chirurgica e traumatologica. Il supporto del rianimatore in modalità di guardia attiva è presente nel 98% e nel 2% dei casi è reperibile.

Il 92% delle strutture non è dotato di organico medico proprio. Non tutti i medici che operano in PS sono in possesso della specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza o discipline affini. Solo il 17% opera con medici in possesso di specialità, nel 76% restante almeno la metà dei medici sono specialisti e il 7% delle strutture opera con medici senza specialità.

Il *Fast Track* è una modalità di lavoro utilizzata con grande frequenza (81%). La modalità *See and Treat* e la corsia preferenziale per i pazienti anziani, c.d. codice argento, sono attive solo nel 7% delle strutture. Laddove il codice argento sia presente, l'età considerata è superiore a 75/80 anni.



### CONCLUSIONI

Questa indagine ha evidenziato che le strutture della rete ospedaliera dell'emergenza hanno difficoltà nel disporre di un organico medico proprio e di svolgere le loro attività con medici in possesso di specialità pertinente. La modalità di lavoro in *Fast Track* è una pratica ampiamente utilizzata in particolare per l'area materno-infantile.

<sup>1</sup> Carenza medici nel pronto soccorso italiano. SIMEU 2018

<sup>2</sup> DM n.70 del 02/04/2015: Regolamento standard qualitativi, strutturali, tecnologici relativi all'assistenza ospedaliera

<sup>3</sup> Goggle Forms, <https://www.google.it/intl/it/forms>

47° Congresso Nazionale ANMDO

Verso una nuova sanità e una nuova salute: «Azione, sinergia, responsabilità, resilienza e sostenibilità della Direzione Sanitaria»

**Titolo**

**UNITÀ DI DEGENZA A GESTIONE INFERMIERISTICA PER PAZIENTI COVID19:MODELLO ORGANIZZATIVO ASL DI RIETI**

**Nomi autori/struttura appartenenza**

Dr M. Angelucci\*, Drssa A.S. Morgante \*\*\*\*, Drssa A. Barsacchi\*\*, Dr M. Musolino\*\*\*, Dr L. Provvidenti\*, Drssa M. Marcelli\*, Drssa I.Franchi\*\*, Drssa D. Novelli\*\*, Drssa E. Vulpiani\*\*, Drssa Assunta De Luca\*\*\*\*\*

- \*UOC Direzione Medica P.O. San Camillo De Lellis- ASL Rieti
- \*\*UOC Direzione Personale di Assistenza- ASL Rieti
- \*\*\*UOC Risk Management- ASL Rieti
- \*\*\*\*UOS Governo Clinico e Sistemi Qualità- ASL Rieti
- \*\*\*\*\* Direttore Sanitario Aziendale- ASL Rieti

**Parole chiave**

Covid19, degenza-infermieristica, appropriatezza

**Introduzione**

La pandemia ha stimolato la diffusione di modelli organizzativi orientati alla promozione dell'appropriatezza di ricovero e dei livelli di intensità assistenziale.

Partendo da questi principi e dalle Linee di Indirizzo Regionali su "Unità di Degenza a Gestione Infermieristica – Modello Organizzativo" si è sviluppato, nella ASL di Rieti, il primo modello organizzativo nella Regione Lazio di degenza a gestione infermieristica dedicata a pazienti COVID19.

**Contenuti**

La degenza infermieristica UDI-COVID è stata allestita all'interno del Presidio Ospedaliero S.Camillo del Lellis, nel periodo gennaio-febbraio 2022, con 10 Posti Letto dedicati a pazienti positivi al SARS-CoV-2, bassa intensità clinica e complessità assistenziale medio alta, gestiti da personale infermieristico.

L'assistenza medica, laddove necessaria, è stata garantita dalla UOC Medicina Interna e, per gli aspetti inerenti eventuali Emergenze/Urgenze, dall'UOC Anestesia e Rianimazione attraverso l'attivazione del Rianimatore di guardia.

Criteri di inclusione: sono stati accettati pazienti positivi a tampone antigenico o molecolare per ricerca SARS -CoV-2, clinicamente stabili, dimessi dal reparto di degenza con MEWS score < 5 e rapporto P/F > 350 in aria ambiente.

**Conclusioni**

Risultati: Nel periodo gennaio – febbraio 2022 sono state erogate 114 giornate di degenza con un valore medio di 6,71/paziente. La riorganizzazione dell'Unità Degenza Infermieristica (UDI – Covid) ha permesso di:

- favorire un'adeguata gestione del ricovero ospedaliero, fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con comorbidità cronico-degenerative riacutizzate dal Covid 19;
- ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso una più rapida discharge, mantenendo il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti, mantenendo elevati standard di sicurezza delle cure e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel precedente setting di degenza COVID;
- favorire attraverso questo modello organizzativo l'integrazione tra gli operatori e tra strutture ospedaliere, territoriali e li Medici di Medicina generale;
- valorizzare le risorse professionali degli Infermieri e degli operatori delle Professioni Sanitarie quale presupposto per l'innovazione organizzativa dei servizi ed il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- ottenere vantaggi economici attraverso la razionalizzazione dei costi di disinfezione dei percorsi puliti, delle stanze di degenza, nonché l'utilizzo appropriato dei DPI da parte del personale,
- decongestionare le liste di attesa dei ricoveri. Infatti, collocare in tale reparto pazienti positivamente in corso di ricovero, permette di non bloccare le attività dell'Unità Operativa, rendendo così disponibili posti letto a favore di nuovi pazienti in attesa di ricovero ordinario e soprattutto per i pazienti provenienti dal Pronto Soccorso.

# Ottimizzazione della profilassi antibiotica perioperatoria presso l'IRCCS Policlinico San Donato

Scudera V.<sup>1</sup>, Meloni A.<sup>1A</sup>, D'Acquisto A.<sup>2</sup>, Ferraris L.<sup>2</sup>, Caravella G.<sup>3</sup>, Shishova M.<sup>3</sup>, Bisinella G.C.<sup>3</sup>, Carpinelli L.<sup>2</sup>, Odone A.<sup>1A</sup>, Signorilli C.<sup>1</sup>, Cuppone M.T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Igiene e Medicina Preventiva, UnISR Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

<sup>1A</sup> Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli studi di Pavia, Pavia,

<sup>2</sup> Direzione Sanitaria IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese (MI)

<sup>3</sup> U.O Farmacia IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese (MI)

**Parole Chiave: Antibioticoprofilassi, Paziente chirurgico, Farmacoeconomia**

Analisi costi protocolli di profilassi

U.O.	2021			2022 (Simulazione)		
	CEFAZOLINA	CONSUMABILE	INFERMIERE	CEFAZOLINA	CONSUMABILE	INFERMIERE
ORTOPEDIA	4005,38€	1602,15€	9710min	1902,45€	760,98€	4612min
CARDIOLOGIA	8013,22€	3205,29€	19426min	6036,53€	2414,61€	14634min
CARDIOCHIRURGIA	6491,93€	2596,77€	15738min	3375,90€	1350,36€	8184min
TOTALE	18510,53€	7404,21€	44874min	11314,88€	4525,95€	27430min
RESPARMIO				7195,65€	2878,26€	17444min

### Introduzione

La profilassi antibiotica in chirurgia è una pratica di dimostrata efficacia nella riduzione delle infezioni del sito chirurgico, dei tempi di degenza e dei costi di ospedalizzazione.

Numerosi organismi internazionali, tra i quali l'ECDC, hanno proposto misure per ottimizzare l'aderenza alle linee guida di profilassi antibiotica perioperatoria.

In Italia le linee guida nazionali che riguardano la profilassi antibiotica perioperatoria sono aggiornate al 2011 (SNLG 17) e non tengono conto di quelle che sono le evidenze più recenti.

Ottimizzare costi e tempi è una delle priorità dell'organizzazione sanitaria.

### Contenuti

Nel corso del 2021 sono stati svolti 930 interventi di Cardiocirurgia; 1048 di Ortopedia e 3326 procedure di Cardiologia che richiedevano come profilassi antibiotica Cefazolina.

La richiesta di fiale da 1g, seguendo il protocollo di profilassi antibiotica per U.O. è stata di 17582 per l'area cardiovascolare e 4855 per l'area ortopedica, per un totale di 22437.

Dopo implementazione multidisciplinare del protocollo di profilassi antibiotica, volta ad ottimizzare tempi e dosaggi di somministrazione, e con introduzione di modalità restrittive di prescrizione sotto controllo della farmacia ospedaliera

Dall'analisi di costi emerge che a parità di numero di interventi si può stimare un risparmio di 1.0073,91€/anno in consumabili (farmaco, solvente, siringa e ago) e un risparmio in termini di risorse umane di 17444min/ anno (circa 2 min. a somministrazione), tempo dedicabile all'assistenza dei pazienti e traducibile in oltre 7400€/anno di costi

### Conclusioni

La profilassi antibiotica è fondamentale nella riduzione delle infezioni del sito chirurgico.

Pur in presenza di indicazioni esiste una tendenza a prolungare la profilassi oltre i tempi consigliati.

Stabilendo protocolli per ottimizzare la profilassi attenendosi alle più recenti linee guida si può ottenere un notevole beneficio in termini sia economici sia organizzativi non impiegando risorse nella somministrazione di medicinali non necessari.



I.R.C.C.S. Policlinico San Donato  
Gruppo San Donato

**PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) ED USO APPROPRIATO DI ANTIBIOTICI: UN PROGETTO IN UN OSPEDALE DI BASE**

G.PAGANINI<sup>1</sup>, M.D'ANGELO<sup>2</sup>, T. TEDESCO<sup>3</sup>, F.BALDELLI<sup>4</sup>, N.PALLADINO<sup>5</sup>, U.PALIANI<sup>6</sup>, G.VENDITTI<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Medico specializzando in igiene e sanità pubblica Università degli studi di Perugia, <sup>2</sup>Direttore sanitario azienda Usl umbria 1, <sup>3</sup>Direttore medico presidio unificato Usl Umbria1, <sup>4</sup>Professore malattie infettive Università degli studi di Perugia, <sup>5</sup>Dirigente medico malattie infettive Usl umbria1 <sup>6</sup>Direttore UO medicina interna Ospedale Media Valle del Tevere, <sup>7</sup>Dirigente sanitario biologo Usl umbria 1.

Parole chiave: infezioni ospedaliere, antibioticoresistenza, carbapenemi.

Definizioni : OMS(organizzazione mondiale della sanità), AMR(resistenza agli antimicrobici), MRSA(stafilococco aureus resistente alla meticillina), KPC (klebsiella resistente carbapenemi),SA(stafilococco aureus).

**INTRODUZIONE**

Secondo l'OMS, la resistenza agli antimicrobici rappresenta, oggi, una delle maggiori minacce per la salute pubblica a causa dell'impatto epidemiologico ed economico del fenomeno.

La più recente ed esaustiva analisi effettuata per conto del Governo Britannico ha calcolato che l'AMR causa circa 50.000 decessi ogni anno solo in Europa e negli Stati Uniti, a cui si aggiungono centinaia di migliaia di morti in altre aree del mondo. Nella stessa analisi è stato anche stimato che, in assenza di interventi efficaci, il numero di infezioni complicate da AMR potrebbe aumentare notevolmente nei prossimi anni, arrivando, nel 2050, a provocare la morte di 10 milioni di persone l'anno.

Presso l'Ospedale Media Valle del Tevere, ospedale di base della regione Umbria, sono stati confrontati i dati del secondo semestre 2019 con quelli dello stesso periodo del 2021. Dal confronto è emerso che c'è stato un aumento di emocolture positive per E.Faecium (da 5 a 11 casi) e della %VRE sul totale delle colture positive da E.Faecium (dallo 0,7 al 5,8%); SA sono rimasti quasi costanti (da 13 a 11) e anche la %MRSA (da 3,6 a 2,8); si è avuto un aumento di isolamento da kpc (da 9 a 15) e un peggioramento della KPC/totale isolati (da 6,5 a 10,8). Il numero di casi di Acinetobacter come anche di Pseudomonas è rimasto costante.

**CONTENUTI**

A seguito dei dati sopracitati è stato elaborato un piano con lo scopo di suggerire una pipeline per il trattamento di pazienti settici partendo da un approccio empirico basato su fattori di rischio individuali e sul qSOFA score. Lo scopo primario è di diminuire l'utilizzazione dei carbapenemici, in linea con le indicazioni nazionali,regionali e con l'obiettivo di contenere la presenza di microorganismi multi-resistenti (MDR ).Il piano è stato sviluppato da un gruppo di lavoro multidisciplinare con competenze in diverse aree specialistiche, utilizzando le migliori esperienze e le evidenze disponibili. L'efficacia del piano sarà monitorata attraverso il calcolo a cadenza trimestrale dei seguenti indicatori: n°di pazienti con emocoltura mdr+,n°di pazienti con urinocoltura mdr+, % di kpc sul totale dei pazienti con klebsiella, % batteri mdr gram- su totale pazienti con gram-

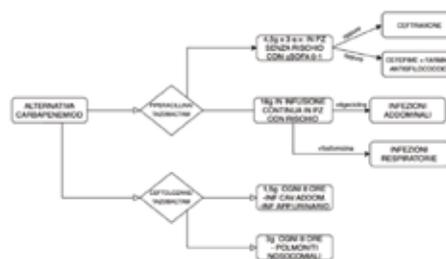


Figura 1. Pipeline alternativa ai CARBAPENEMICI

**CONCLUSIONI**

L'aumento di AMR in ambito clinico rischia di riportarci all'era pre-antibiotica e di compromettere, ad esempio, la fruibilità di procedure mediche avanzate, come i trapianti di organi e tessuti, le terapie immunosoppressive e l'impianto di materiali protesici che richiedono la disponibilità di antibiotici efficaci. Il nostro impegno presso l'Ospedale Media Valle del Tevere è costante e continuo. Siamo fiduciosi sulla possibilità di miglioramento delle ICA presso il nostro nosocomio per il futuro.

## PIANO RICONVERSIONE POSTI LETTO NEL PRESIDIO OSPEDALIERO MEDIA VALLE DEL TEVERE (UMBRIA) DURANTE LA PRIMA ONDATA COVID-19

G. VALLESI<sup>1</sup>, M.D'ANGELO<sup>2</sup>, T. TEDESCO<sup>3</sup>, G.PAGANINI<sup>4</sup>, F.MORONI<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Direttore medico Ospedale Media Valle del Tevere, <sup>2</sup>Direttore sanitario azienda Usl umbria 1, <sup>3</sup>Direttore generale Presidio Ospedaliero Unificato usl Umbria1, <sup>4</sup>Medico specializzando in igiene e sanità pubblica Università degli studi di Perugia, <sup>5</sup>Posizione organizzativa infermieristica Ospedale Media Valle del Tevere.

Parole chiave: covid-19, organizzazione sanitaria, Umbria, flessibilità.

### INTRODUZIONE

Lo stato di emergenza relativo alla pandemia COVID-19, dichiarato dal Consiglio dei Ministri il 31 gennaio 2020 e poi prorogato, ha portato, per far fronte alla gestione dello stato di emergenza, alla promulgazione in materia di molti atti a livello nazionale e regionale. In tutto il paese è stata attuata una profonda trasformazione dei processi di erogazione dei servizi: sia delle ordinarie prestazioni sanitarie relative all'assistenza ospedaliera che in quelle territoriali, portando anche a misure drastiche come ad esempio la sospensione delle attività programmate differibili.

Ad oggi possiamo registrare convenzionalmente 3 ondate pandemiche principali:

- Prima ondata: marzo 2020 – maggio 2020
- Seconda ondata: ottobre 2020 – maggio 2021
- Terza ondata: dicembre 2021 – Oggi



Figura 1. Rete Ospedaliera Umbria

### CONTENUTI

Come da disposizioni della Regione Umbria, la riconversione dell'Ospedale nelle diverse ondate ha avuto peculiarità specifiche, adattando l'organizzazione ai diversi bisogni epidemiologici che hanno caratterizzato le diverse ondate.

Durante la prima ondata, l'Ospedale della Media Valle del Tevere, con ordinanza della Presidente della Giunta regionale del 12 marzo 2020, n° 5, era stato individuato come COVID Hospital regionale. Ne è conseguita **la dismissione di tutte le funzioni assistenziali** di ospedale di base precedente non erogate completata in data 14 marzo 2020. Diventato operativo come Covid Hospital con l'accettazione dei primi pazienti il 16 marzo 2020, è rimasto tale fino al mese di giugno. Dal 20 marzo anche il pronto soccorso è stato dismesso in relazione all'attività di accettazione dei pazienti esterni, rimanendo attivo solo il 118. L'Ospedale, dunque, è stato rapidamente e interamente riconvertito, divenendo esclusivamente dedicato a pazienti "covid", arrivando a garantire una dotazione massima di 60 posti letto.

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

E' stata effettuata una formazione dinamica del personale medico/infermieristico da esperti infettivologi e anestesisti, sono stati elaborati protocolli ex-novo per i percorsi puliti/sporchi e per le procedure di vestizione/svestizione.

### CONCLUSIONI

La pandemia da covid-19, ha senza ombra di dubbio **riscritto le modalità di organizzazione** a livello sanitario. Nuovi modelli sono stati elaborati ed alcuni di essi continueranno ad essere validi anche in futuro.

La **Flessibilità** è stato il concetto alla base di tutto ciò. L'ospedale della Media Valle del Tevere ha dimostrato di possedere tutte quelle caratteristiche organizzativo-strutturali che rappresentano al meglio il nuovo modello di ospedale 2.0 flessibile e resiliente.

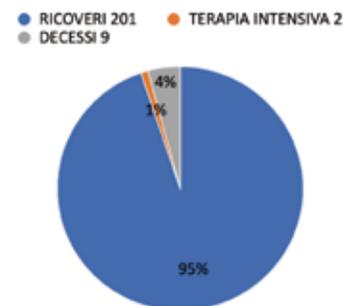


Figura 2. Ricoveri, Decessi, T.intensiva Ospedale Media Valle del Tevere

## LA GOVERNANCE DELLA LISTA D'ATTESA CHIRURGICA. L'ESPERIENZA DI DUE OSPEDALI IN A.U.S.L. ROMAGNA

Ciotti M.<sup>1</sup>, Sisti V.<sup>2</sup>, Bravi F.<sup>2</sup>, Raggi F.<sup>1</sup>

*1 Direzione Medica di Presidio Ospedaliero di Rimini, Santarcangelo e Novafeltria*

*2 Direzione Medica di Presidio Ospedaliero di Ravenna*

**PAROLE CHIAVE:** Operations Management, Liste d'Attesa, COVID-19

### INTRODUZIONE

La pandemia da SARS-CoV2 ha comportato notevoli difficoltà nello smaltimento delle liste di attesa chirurgiche, in particolar modo per quanto riguarda gli interventi a bassa complessità e ad alta prevalenza nella popolazione, appartenenti principalmente alle classi di priorità C (entro 180 giorni) e D (entro 365 giorni). Tale situazione, che ha caratterizzato anche il contesto dell'AUSL della Romagna, soprattutto nei due Ospedali Polispecialistici, Ravenna e Rimini, ha posto la premessa per l'adozione e messa in opera di una serie di interventi di carattere organizzativo-gestionale, nel breve periodo, volti al recupero dei pazienti scaduti e alla riduzione dei relativi tempi di attesa.

### CONTENUTI

L'azione iniziale ed imprescindibile intrapresa da entrambi gli Ospedali è stata l'istituzione di un gruppo di monitoraggio interno, il cui mandato è stato quello di analizzare settimanalmente lo stato di avanzamento della lista di attesa, la situazione dello scaduto e prossimi alla scadenza a 30 giorni, infine, del sospenso di tutte le Unità Operative. La situazione ed i dati raccolti, nel corso dei mesi, sono stati presentati e discussi puntualmente in sede di board chirurgico, rapportati ai dati di produzione delle ultime settimane. I componenti che hanno partecipato al board chirurgico sono stati i Direttori di Unità Operativa, responsabile anestesista ed infermieristico di Blocco Operatorio, Direzione di Presidio, referenti DIT e referenti di pre-ricovero. I coordinatori, al termine di ogni board chirurgico, hanno valutato le azioni da intraprendere per la riduzione sia dei tempi di attesa che delle prenotazioni scadute.

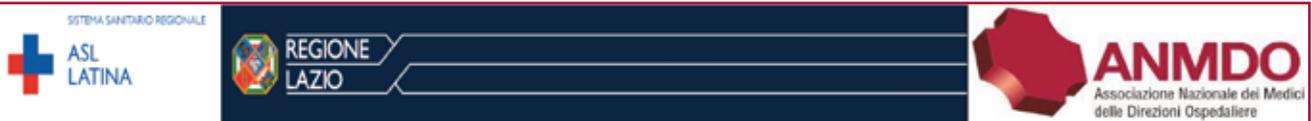
Tipicamente le azioni intraprese durante l'anno sono state:

- Rimodulazione della distribuzione delle sedute operatorie (istituzionali e in aggiuntiva) in base al dimensionamento delle liste d'attesa;
- Monitoraggio e programmazione settimanale delle sedute chirurgiche, volta a favorire l'inserimento in nota operatoria di pazienti scaduti o in scadenza, salvaguardando le urgenze dettate da peggioramenti dello stato clinico;
- Ricorso a piattaforme chirurgiche collocate in ospedali "distrettuali" per lo smaltimento degli interventi chirurgici di bassa complessità e ad alta prevalenza;
- Periodica attività di manutenzione e pulizia delle liste d'attesa.

### CONCLUSIONI

L'adozione delle suddette azioni ha consentito nell'arco di un anno di migliorare i tempi di attesa e di ridurre i pazienti scaduti in lista di circa il 50% a Rimini e del 40% a Ravenna. Contestualmente, a parità di risorse strutturali e professionali, è stato possibile incrementare l'attività produttiva chirurgica del 28% per Rimini e del 22% a Ravenna, rispetto all'anno 2020, con effetti sorprendenti in termini di efficienza produttiva e sostenibilità economica.

Le azioni intraprese e gli strumenti di management adottati dall'Ospedale di Ravenna e di Rimini sono gli elementi necessari per l'adozione di un buon governo delle liste di attesa, ancor più in un momento così critico dovuto sia alla situazione pandemica che alle limitate risorse umane. Il mantenimento di tali attività, unitamente ad eventuali collaborazioni strutturate tra A.U.S.L. della Romagna e Ospedali Privati Accreditati e ad un maggior efficientamento della capacità produttiva delle sale, potrebbe consentire un ulteriore miglioramento dei risultati già raggiunti.



## Modello Latina: accoglienza e presa in carico dei rifugiati ucraini nella ASL Latina

Parrocchia S.<sup>1</sup>, Mazzucco E.<sup>2</sup>, Cacciotti A. R.<sup>3</sup>, Polsoni G.<sup>4</sup>, Troini S.<sup>4</sup>, Romagnoli L. <sup>5</sup>, Grandinetti A. <sup>6</sup>, Maletta A.<sup>7</sup>

1 Direttore Sanitario ASL Latina, 2 Assistente Soc.le UOC Popolazione Migrante, 3 Cpsi Direzione Medica PO S.M.Goretti, 4 CPSI UOC Popolazione Migrante, 5 Direttore UOC Controllo di Gestione, 7 Dirigente Direzione Sanitaria ASL Latina, 7 Direttore UOC Popolazione Migrante e Mobilità Sanitaria

### Introduzione

Il 3/03/2022, in previsione della migrazione originata dalla crisi in Ucraina, il Ministero della Salute ha emanato direttive alle ASL per l'esecuzione nei profughi di test/tamponi e vaccini per la diagnosi e la prevenzione dell'infezione SARS-CoV-2, nonché la sorveglianza e profilassi vaccinale per le altre malattie infettive.

Il 4/03 l'ASL di Latina ha affidato il coordinamento unico delle attività alla UOSD Popolazione Migrante, mettendo in atto le direttive ministeriali e sviluppando un modello organizzativo/operativo in grado di gestire le problematiche socio-sanitarie ed amministrative, attraverso specifici percorsi.

### Contenuti

La UOSD Popolazione Migrante ha centralizzato le informazioni dei rifugiati ucraini presenti sul territorio attraverso una email e un numero telefonico dedicato per enti, associazioni o privati cittadini, ed ha implementato tre percorsi: alloggiativo con i comuni e prefettura, amministrativo con la questura, e socio-sanitario con le strutture territoriali ed ospedaliere dell'ASL e di riferimento regionali.

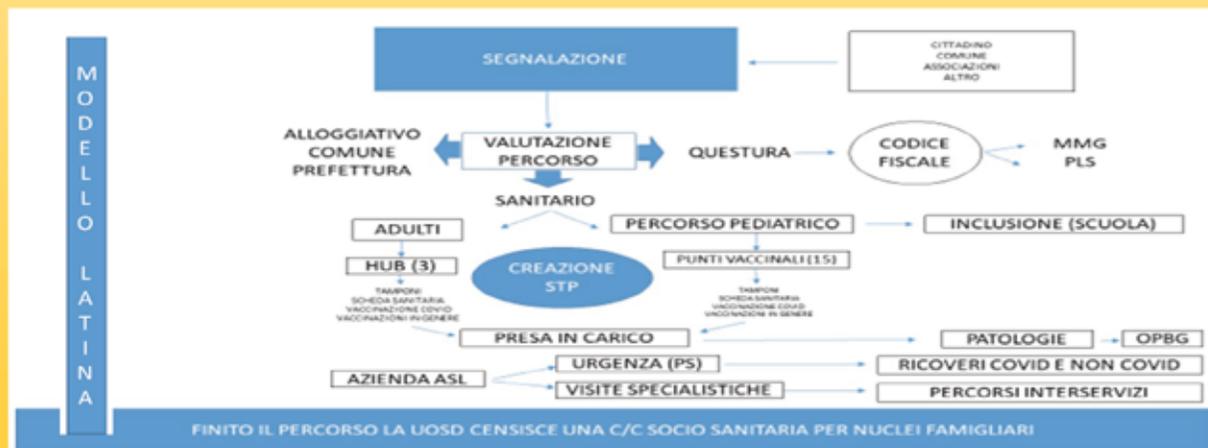
Il percorso amministrativo ha previsto l'emissione della tessera STP e la successiva conversione nel codice fiscale come da direttiva 2001/55/CE.

Il percorso socio-sanitario ha utilizzato i tre Hub vaccinali COVID già attivi sul territorio, ove il rifugiato è stato avviato ad attività predeterminate: rilascio tesserino STP per l'accesso al SSR, offerta vaccinale Covid-19 e extra Covid e cartella clinica anamnestica.

Hanno seguito il percorso socio-sanitario presso gli Hub 1165 migranti: 302 (26%) hanno accettato la vaccinazione Covid, a cui si aggiungono 172 (14.6%) persone con ciclo vaccinale valido, 23 (1,9%) guariti di recente e 25 (2.1%) casi positivi al tampone naso faringeo, di cui 3 ricoverati e 22 seguiti a domicilio.

Attraverso un questionario anamnestico sono state rilevate 25 (2%) patologie, prevalentemente oncologiche e endocrinologiche, per le quali sono stati man mano attivati ulteriori percorsi ambulatoriali dedicati, territoriali ed ospedalieri, ed eseguiti 8 ricoveri e 17 prestazioni specialistiche. Tutte le informazioni sono state raccolte in una cartella socio-sanitaria suddivisa per nuclei famigliari.

Per i minori è stato creato un percorso dedicato, vaccinale nei 15 consultori aziendali, e specialistico presso le strutture pediatriche ospedaliere e l'IRCS Bambin Gesù di Roma: 495 minori sono stati valutati, 182 (36%) hanno completato il percorso vaccinale, e 9 hanno effettuato visite specialistiche, con prevalenza di problematiche di autismo. Inoltre, 144 minori sono stati segnalati al MIUR provinciale per l'inclusione scolastica, ed in collaborazione con l'ufficio immigrazione della Questura è stato identificato un caso di MSNA, mentre per 31 minori, accompagnati da fratelli/sorelle maggiori, è stato richiesto l'affido al Tribunale dei Minori.



### Conclusioni

Il "modello Latina" costituisce un efficace esempio di integrazione tra istituzioni e servizi socio-sanitari per gestire emergenze sociosanitarie: ha consentito di monitorizzare in tempo reale il numero dei rifugiati ucraini sul territorio (circa 1500), censiti per nuclei familiari, di seguire l'iter sanitario attraverso gli HUB vaccinali (1165 accessi) e di rilevare patologie acute attraverso le cartelle socio-sanitarie (503), avviandole a percorsi specialistici specifici; tutte le condizioni amministrative, sociali e sanitarie sono poi confluite al Centro di Riferimento Unico, creando le condizioni per la tempestiva gestione delle situazioni critiche.



**REGOLAMENTAZIONE DEI TRASPORTI SECONDARI URGENTI NEI PRESIDI UNIFICATI DI AREA VASTA-ASUR MARCHE.**

Dott.ssa Bizzarri Silvia<sup>1</sup>, Dott.ssa Draghi Elisa<sup>2</sup>, Dott.ssa Rosati Sara<sup>1</sup>, Dott. Appignanesi Remo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medico in formazione specialistica Dipartimento Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italia  
<sup>2</sup>Direttore Medico Direzione Sanitaria ASUR Marche  
<sup>3</sup>Direttore Sanitario ASUR Marche

**PAROLE CHIAVE**

REGOLAMENTI, OMOGENEIZZAZIONE, TRASPORTI SECONDARI

**INTRODUZIONE**

Per trasporto secondario si intende un trasporto inter o intraospedaliero di pazienti a cui sia stata già fornita un'assistenza al Pronto Soccorso / ricoverati in un reparto ospedaliero. Tali trasporti vengono attivati per l'erogazione di prestazioni espletate presso strutture ospedaliere identificate come sede hub di riferimento per patologia.

Sono stati presi in considerazione i seguenti atti/documenti:

- la Raccomandazione del Ministero della Salute n° 11 del 01/2010 «Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento dei sistemi di trasporto (Intraospedaliero/Extraospedaliero)
- la DGRM 301 del 29/03/2017: «Criterio per l'espletamento delle procedure di trasporto sanitario»
- il Documento SIAARTI n° 562/b del 31/10/2012: «Raccomandazioni per i Trasferimenti Intra ed Inter ospedalieri»
- DGRM 847 del 12/07/2014: «Attivazione del Sistema di trasporto Assistito Materno e del Sistema di trasporto di Emergenza Neonatale nella Regione Marche»
- DGRM 987/2016, DGRM 988/2016, DGRM 1078/2020 rispettivamente approvanti il PDTA per la gestione dell'ictus, del trauma grave e dell'IMA-STEMI

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche si articola in cinque Aree Vaste e per ciascuna di essa è strutturato un Presidio unificato a sua volta articolato in stabilimenti ospedalieri; le Direzioni mediche ospedaliere hanno adottato degli atti regolamentari in trasporti secondari urgenti a livello di singolo stabilimento ospedaliero.

**MATERIALI E METODI**

Si è proceduto a raccogliere i protocolli operativi adottati dalle Direzioni mediche di presidio in ciascuno dei dodici stabilimenti ospedalieri.

Si è proceduto a definire una griglia di analisi basata sugli elementi rilevati negli atti regolamentari citati e quindi ciascun documento è stato analizzato sulla base della griglia evidenziando gli elementi qualificanti dei documenti che potevano essere estesi alle altre strutture. Il confronto sull'analisi dei documenti è stato sviluppato nell'ambito di un gruppo di lavoro accreditato ECM «Implementazione ed omogeneizzazione di protocolli aziendali» al fine di definire un format di riferimento.

**RISULTATI E CONCLUSIONI**

Comparando i regolamenti abbiamo evidenziato punti di forza e debolezza del percorso così da condividere un format di riferimento per la redazione dei documenti rispetto ai contenuti e alle principali indicazioni in materia.

In particolare si è evidenziata la necessità che i documenti esplicitassero la definizione dei livelli di responsabilità e la cascata di azioni da porre in essere in presenza di un paziente che necessita di un trasferimento presso altra struttura per essere sottoposto a prestazioni che non vengono erogate nella struttura di presa in carico.

Ulteriore elemento utile è poi l'uso di una scala (scala NEWS) per la valutazione della necessità della consulenza anestesiologicala oltre alla classificazione della tipologia di mezzo ed equipe idonei a seconda delle condizioni cliniche del paziente (classificazione di Ehrenwerth), con la precisazione che la presenza dell'accesso venoso di per se non rappresenta elemento di modifica della classe di attribuzione.

I regolamenti dovranno inoltre definire in dettaglio le modalità di gestione del trasporto per il paziente psichiatrico e pediatrico, mentre per l'area materno infantile nella regione Marche sono operativi protocolli STEN / STAM.

Il documento aziendale rappresenterà quindi la base per la revisione e aggiornamento dei regolamenti presenti in ogni stabilimento ospedaliero.

REGOLAMENTI TRASPORTI SECONDARI URGENTI	
PRESIDIO OSPEDALIERO DI...	
DATA, REVISIONE, VERIFICA E APPROVAZIONE	
CAMPO DI APPLICAZIONE ED OBIETTIVO	
RIF. NORMATIVI, TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI	
ACCESSO P2 DA PS / UIUO PERCORSO	
RESPONSABILITA' GENERICA	
CLASSIFICAZIONE SIAARTI/EHRENWERT CON EQUIPAGGIO D'ACCOMPAGNAMENTO (EV ELSOCC)	
<b>PAATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI</b>	
ICTUS	
IMA	
POLITRAUMATIZZATO	
<b>PERCORSI NON TEMPO DIPENDENTI / SPECIFICI</b>	
PEDIATRICO	
STEN / STAM	
PSICHIATRICO	
ALTRE PATOLOGIE	
MONITORAGGIO	
<b>ALLEGATI</b>	
MODULO RICHIESTA TRASPORTO	
MODULO RICHIESTA ELISOCORSO	
SCHEDA TRASPORTO ADULTO	
SCHEDA TRASPORTO PEDIATRICO	
VALUTAZIONE P2 PRE E INTRA TRASPORTO	
SCALA NEWS	



**PIANO DI GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO NEI PRESIDI UNIFICATI DI AREA VASTA-ASUR MARCHE.**

Dott.ssa Rosati Sara<sup>1</sup>, Dott.ssa Draghi Elisa<sup>2</sup>, Dott.ssa Bizzarri Silvia<sup>3</sup>, Dott. Appignanesi Remo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medico in formazione specialistica, Dipartimento Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italia  
<sup>2</sup>Dirigente Medico, Direzione Sanitaria ASUR Marche  
<sup>3</sup>Direttore Sanitario ASUR Marche

**PAROLE CHIAVE**

OMOGENEIZZAZIONE, PRONTO SOCCORSO, SOVRAFFOLLAMENTO.

**INTRODUZIONE**

Il sovraffollamento, definito overcrowding, è la principale criticità del Pronto Soccorso e si realizza in condizioni di squilibrio tra le necessità di ricovero rispetto alla capacità di risposta per quanto attiene: gli accertamenti strumentali, consulenze o disponibilità di posti letto per i pazienti che richiedano il ricovero. In queste condizioni si verifica un aumento di rischio per i pazienti (ritardo nei percorsi diagnostici e terapeutici) e, con il ripetersi di tali situazioni, si registra un impatto sull'aumento dello stress e del burnout degli operatori.

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche si articola in cinque Aree Vaste e per ciascuna di essa è strutturato un Presidio unificato a sua volta articolato in stabilimenti ospedalieri: l'adozione degli atti regolamentari in materia di piani di gestione del sovraffollamento sono stati definiti a livello di singolo stabilimento ospedaliero.

**MATERIALI E METODI**

Si è proceduto a raccogliere le regolamentazioni adottate dalle Direzioni mediche di presidio in ciascuno dei dodici stabilimenti ospedalieri. Ciascun documento è stato analizzato per le soluzioni definite rispetto alle indicazioni previste negli atti di indirizzo regionali e a tal fine è stata strutturata una griglia di revisione.

Si è anche proceduto ad estrarre le parti che evidenziavano soluzioni che potevano essere condivise anche da altre strutture.

Il confronto, sull'analisi dei documenti, è stato sviluppato nell'ambito di un gruppo di lavoro accreditato ECM «Implementazione ed omogeneizzazione di protocolli aziendali» al fine di definire un format di riferimento.

**RISULTATI E CONCLUSIONI**

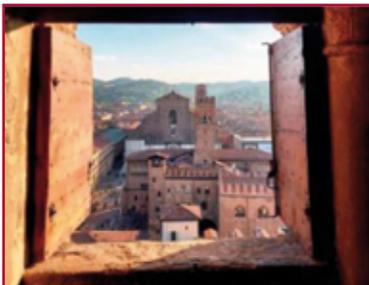
Si è proceduto alla comparazione dei regolamenti e ad evidenziare i punti di forza e le carenze al fine di addivenire ad un format di riferimento rispetto ai contenuti ed alle principali indicazioni.

Il format evidenzia la necessità di esplicitare la cascata di azioni da porre in essere in caso di sovraffollamento con esplicita indicazione dei livelli di responsabilità; si è anche evidenziata la necessità di definizione dei posti letto messi a disposizione quotidianamente per i ricoveri urgenti e della presenza e ruolo della figura del Bed Manager.

In considerazione del percorso di installazione del nuovo sistema informativo ospedaliero aziendale si è anche proceduto alla valutazione degli indicatori di monitoraggio con la possibilità di disporre in tutte le strutture dell'indice NEDOCS per l'obiettivazione delle condizioni di criticità oltre alla possibilità di strutturare un cruscotto aziendale sulla situazione online di tutti i Pronto Soccorsi ospedalieri aziendali.

Il documento aziendale rappresenterà quindi la base per revisione ed aggiornamento dei regolamenti presenti in ogni stabilimento ospedaliero e per l'avvio di un monitoraggio sull'applicazione.

REGOLAMENTO PIANO SOVRAFFOLLAMENTO	
PRESIDIO OSPEDALIERO DI ...	
DATA, REVISIONE, VERIFICA E APPROVAZIONE	
CAUSO DI APLICAZIONE ED OBIETTIVO	
REF. NORMATIVI, TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI	
ACCESSO PZ E GESTIONE PS	
GESTIONE PL DI AREA MEDICA E CHIRURGICA DEDICATI AL PS IN CONDIZIONI NORMALI	
COMPITI BED MANAGER	
CRITERI DI ATTIVAZIONE CON INDICATORI STABILI E DINAMICI	
RESPONSABILITÀ ATTIVAZIONE PIANO	
INTERVENTI PROATTIVI a) consulenza b) diagnostica con priorità	
INTERVENTI REATTIVI c) livello di risposta	
PERCORSO DEL PAZIENTE: d) ammissione (domicilio/presidio) e) triage	
MONITORAGGIO	
ALLEGATI FAST TRACK: procedura operativa, criteri inclusioni/esclusioni, orarie attività, responsabilità, check list procedure, flow chart persone	
a) procedura prestazione oculistica	
b) procedura prestazione ginecologica ed ostetrica	
c) procedura prestazione otorinolaringoiatrica	
d) procedura prestazione pediatrica	
e) procedura prestazione dermatologica	
f) procedura prestazione ortopedico-traumatologica con consenso informato	
g) procedura odontoiatrica	



## 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



### **Emodialisi in epoca Covid: implementazione di un modello flessibile per garantire la sicurezza**

Domenico Montemurro<sup>1</sup>, Daniela Zago<sup>2</sup>, Annamaria Mussi<sup>1</sup>, Alessia Arseni<sup>3</sup>,  
 Maria Emanuela Buggio<sup>1</sup>, Lorenzo Contin<sup>1</sup>, Carla Biscaro<sup>1</sup>, Giuseppe Mennella<sup>4</sup>, Paola Stievano<sup>4</sup>, Paolo Fortuna<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Piove di Sacco, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova; <sup>2</sup>Dipartimento di Area Medica, Università degli Studi di Udine; <sup>3</sup>Responsabile UOS Rischio Clinico, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova; <sup>4</sup>Unità Operativa Semplice Dipartimentale Dialisi, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova; <sup>5</sup>Direttore Generale, Azienda ULSS n. 6 Euganea, Padova



#### KEY WORDS

- Covid-19
- Emodialisi
- Modelli organizzativi

#### INTRODUZIONE

Nonostante l'impatto della pandemia da Covid-19 sia ad oggi reso meno gravoso, i pazienti (pz) nefrologici sottoposti a dialisi restano una popolazione fragile, esposta a maggior rischio di contagio ed infezione da SARS-CoV-2, soprattutto coloro i quali devono necessariamente recarsi in ospedale per eseguire la seduta. In questo setting diversi aspetti favoriscono il rischio di trasmissione del virus, sia per pz che per il personale tra cui:

- il tempo prolungato di assistenza continuativa;
- la condivisione degli spazi;
- l'uso di trasporti collettivi;
- le manovre richieste nella gestione della seduta che comportano momenti di contatto diretto o a distanza molto ravvicinata.

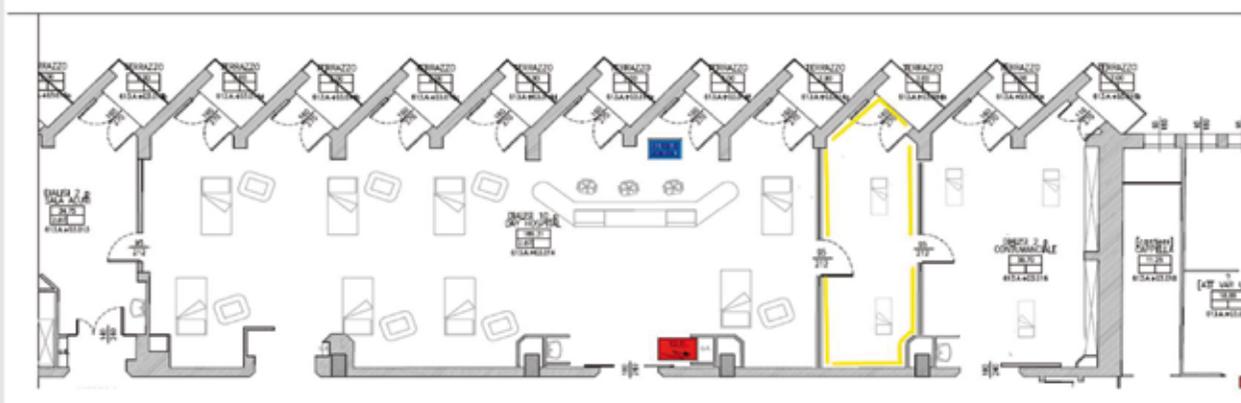
Per questi motivi, oltre al rafforzamento delle buone pratiche cliniche, è fondamentale individuare dei percorsi adeguati per garantire la sicurezza dei pz, come del personale coinvolti.

#### CONTENUTI

Nel PO di Piove di Sacco è presente una UOSD per l'erogazione dei trattamenti dialitici (16 posti letto attivi, capacità di trattare fino a 64 pz).

- Nella prima fase della pandemia, l'attività dialitica per i pz Covid è stata svolta in orario serale (18:30-23:30), ovvero quando in Reparto non erano presenti né utenti né personale, se non quello appositamente dedicato.
- Successivamente, tale modello è cambiato nelle tempistiche e nelle modalità. Sfruttando la riorganizzazione strutturale che sta coinvolgendo il Presidio, è stata ricavata in una porzione della sala dialisi stessa una cosiddetta "Covid-room" con 2 postazioni ad uso esclusivo dei pz positivi (Figura). La separazione è stata realizzata tramite il posizionamento di una porta a vetri scorrevole:

- A. in assenza di casi sospetti o confermati la porta rimane aperta e l'ambiente unico;
- B. In presenza di pz positivi la porta viene chiusa e l'ambiente risulta isolato. L'accesso avviene attraverso un'entrata dedicata, in prossimità della quale è stata organizzata un'apposita zona filtro per le operazioni di vestizione/svestizione e lo smaltimento degli idonei DPI utilizzati.



#### CONCLUSIONI

La gestione dei pz sottoposti a dialisi nel Presidio ha subito nel corso della pandemia delle modifiche nei tempi e nelle modalità, che hanno comportato uno sforzo organizzativo sia da parte del personale dedicato che della Direzione Medica, ma hanno sempre garantito l'esecuzione in sicurezza di un trattamento salvavita. Il montaggio di una porta scorrevole che permette la creazione di un ambiente isolato utilizzabile in caso di necessità, ha molteplici vantaggi:

- Netta differenziazione dei percorsi tra pz infetti e non;
- Implementazione di nuove postazioni per il trattamento;
- Investimento per il futuro: stanza da utilizzare per tutti gli utenti che si ritroveranno in condizioni per cui è necessario l'isolamento (soggetti febbrili, infezioni);
- Nuovo modello organizzativo flessibile e rapidamente applicabile tale da garantire anche per gli operatori sanitari così come per altre figure afferenti all'area (pulizie/pasti) maggior sicurezza nel controllo del pz infetto e degli ambienti.



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



## Protocollo "Enhanced recovery after surgery" nella chirurgia protesica delle articolazioni maggiori

Nasi G., Masini A., Piccone L., Sapienza M., Distefano F.A.  
Ospedale Cristo Re Roma

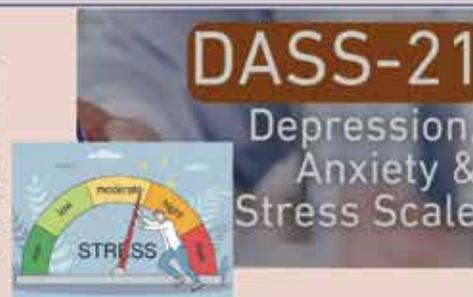


### Introduzione:

L'Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) è un processo di recupero post-chirurgico potenziato e migliorato attraverso un percorso di assistenza perioperatoria multimodale in grado di ottenere una precoce ripresa dopo interventi chirurgici maggiori. Il protocollo ERAS presso la nostra Ortopedia, implementato inserendo la valutazione psicologica, consente di integrare le tecniche chirurgiche specialistiche con un approccio multidisciplinare tramite valutazione nutrizionale, fisiatrica, la modifica dell'apporto calorico pre e postoperatorio e un approccio anestesiológico multimodale personalizzato in base alle condizioni del paziente. L'obiettivo di questo studio è di valutare gli effetti dell'ERAS in pazienti sottoposti ad interventi di protesi totale d'anca (PTA), ginocchio (PTG), spalla (PTS).

### Contenuti:

In questo studio prospettico osservazionale non randomizzato sono stati arruolati 157 pazienti sottoposti a intervento di protesi primarie (60 PTA, 67 PTG e 30 PTS) eseguiti presso l'Ospedale Cristo Re da Gennaio 2020 a Marzo 2021. Sono stati raccolti i dati riguardanti le caratteristiche sociodemografiche, lo stato di salute globale, attraverso il 12-Item Short Form Survey (SF-12), e psicologico, usando l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ed il Depression Anxiety Stress Scales Short Version (DASS-21). Il Knee Society Score (KSS) e l'Oxford Knee Score (OKS) sono stati utilizzati per valutare le PTG, l'Harris Hip Score (HHS) e l'Oxford Hip Score (OHP) per le PTA, l'American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES) Score ed il Constant score per le PTS. I test sono stati somministrati pre e post intervento ad uno, tre, sei e dodici mesi.



Gli outcome primari di questo studio sono stati: la durata dell'ospedalizzazione (LOS) e la comparsa di complicanze. Gli outcome secondari sono stati: i miglioramenti percentuali degli score OKS, KSS, HHS, OHP, ASES e Constant al follow-up.



La durata media dell'ospedalizzazione (LOS) è stata di 4,2 giorni per i pazienti stadio 1-2 della Scala American Society of Anesthesiologists-ASA (62) e 4,8 giorni per gli stadi 3-4 ASA.

I pazienti sottoposti a PTS hanno avuto complessivamente la minore LOS (3,1 giorni di media). In 13 casi si è ricorso all'uso di trasfusioni di sangue. L'incidenza complessiva di complicanze è stata del 1,57% (2 casi di PTG). In particolare dal punto di vista psicologico, si è registrata una riduzione nella sintomatologia depressiva soprattutto nel test DASS-21 nel periodo successivo all'intervento, rispetto alla somministrazione avvenuta durante il soggiorno in ospedale.

Nel test SF-12, non sono state osservate variazioni sensibili tra il pre ed il post operatorio, dove i punteggi rimangono per lo più coerenti. Il livello di soddisfazione alla dimissione dei pazienti è stato superiore a 7 nel 93,4% dei casi.



### Conclusioni:

L'applicazione del protocollo ERAS in chirurgia protesica di anca, ginocchio e spalla garantisce una riduzione dei tempi di ospedalizzazione e delle complicanze, migliorando la soddisfazione dei pazienti, gli outcome funzionali postoperatori ed una rapida ripresa dell'autonomia nelle attività quotidiane.

Lo studio, non solo ha confermato i dati presenti in letteratura, che dimostrano come l'impiego di protocolli ERAS riduca i tempi di degenza postoperatoria del 30%, le complicanze postoperatorie del 50% e, non ultimo, i costi dell'assistenza ospedaliera, ma ha anche evidenziato l'importanza della valutazione psicologica del paziente e della sua soddisfazione per l'assistenza sanitaria ricevuta.



PATIENT SATISFACTION



**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



## Attività di Stewardship della Direzione Sanitaria: lotta ai microrganismi multiresistenti (MDRO).

Sapienza M., D'Avino A., Schiattarella A., Brandimarte G., Grande D., Dionisi P., Benedetti P., Mazzocchetti S., Paciaccioni E., Nasi G.  
Ospedale Cristo Re Roma

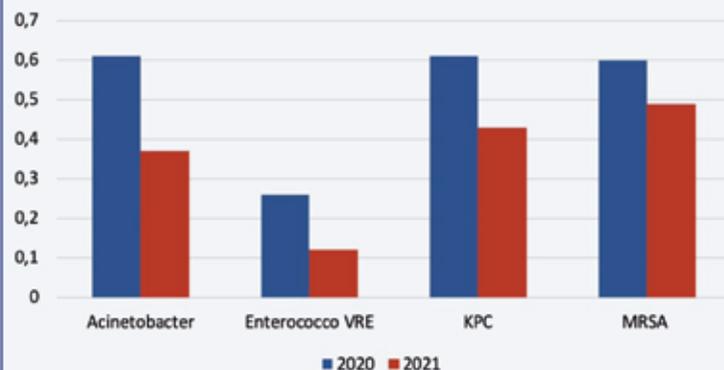
**Introduzione:**

La Direzione Sanitaria dell'Ospedale Cristo Re coadiuvata dalla Commissione Rischio Clinico e dal Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA), di nuova composizione a seguito del Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS) 2022, ha implementato l'attività di stewardship rafforzando il sistema di prevenzione delle infezioni con particolare riferimento ai microrganismi multiresistenti (MDRO), già preesistente ma monitorato in benchmarking con le procedure attivate per la pandemia dal 2020. Nell'ambito dell'organizzazione sanitaria per la gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in termini di prevenzione e controllo occorre un approccio multidisciplinare, multimodale e multiprofessionale con specifica formazione anche del personale ausiliario e degli operatori socio-sanitari.

**Contenuti:** Per il *monitoraggio continuo delle ICA* sono stati raccolti i dati da gennaio 2020 a dicembre 2021. È stata calcolata la prevalenza dei principali MDRO (casi/1000 giornate di degenza, gd) ed elaborata una mappa della farmacoresistenza per ciascun patogeno. Per la *prevenzione delle ICA*, consapevoli che l'Igiene delle mani rappresenta una misura cardine per la prevenzione delle stesse, abbiamo promosso azioni locali per tutto l'anno e, in particolare, il 5 Maggio, un evento per la formazione sul tema del personale sanitario condividendo i risultati raggiunti e premiando per questi ultimi ogni Unità Operativa.



Casi/1000 giornate di degenza



Nel 2021, la **prevalenza di infezioni** dovute a **microrganismi multiresistenti** agli antibiotici è stata di **6,2 casi/1000 gd** (vs 7,61 pre-pandemia). Stratificando per ciascun patogeno, nel 2021 si è registrata una riduzione significativa di **XDR-Acinetobacter** (0,37 casi/1000 gd vs 0,61 del 2020). Lo stesso trend ha riguardato gli **enterococchi resistenti alla vancomicina** (0,12 casi/1000 gd vs 0,26 del 2020), le **KPC** (0,43 vs 0,61 casi/1000 gd) e gli **Staphylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA)** (0,49 vs 0,6 casi/1000 gd). Inoltre, nel 2021 non sono state rilevate infezioni da a E.coli, Proteus ed Enterobacter resistenti ai carbapenemi o a Stafilococchi vancomicina-resistenti (VISA o H-VISA).

Il tasso di resistenza per ciascun patogeno, ha riportato una forte diminuzione della resistenza alla meticillina dello Staphylococcus aureus (dal 60% del 2020 al 25% del 2021). Un miglioramento è stato registrato anche per KPC (36,1 del 2020 al 20,4% del 2021), MDR-Pseudomonas aeruginosa (41,2 vs 30,3%) e ESBL E.coli (36,1 vs 24,2%). Infine, nel 2021 abbiamo registrato un aumento significativo del consumo di gel idroalcolici (32 DDD/ 1000gd vs 11,3 del 2020).

I risultati dei **reparti nel 2021**: **Terapia Intensiva**: riduzione del 39,3% delle infezioni da Acinetobacter XDR, e del 29,5% delle infezioni da Klebsiella KPC. **Chirurgia**: nessun caso di E.coli, Proteus ed Enterobacter resistenti ai carbapenemi. **Ortopedia**: riduzione del 18,3% delle infezioni da Stafilococco MRSA. **Urologia**: le infezioni urinarie da E.coli ESBL+ si sono ridotte del 12%. **Medicina**: la resistenza alla Meticillina per Stafilococco aureo si è ridotta del 35%. Inoltre, non abbiamo mai isolato ceppi di VISA o H-VISA. **Ginecologia**: riduzione del 12% delle Infezioni sottese da germi multiresistenti ed il consumo del gel idroalcolico è triplicato rispetto ai dati del 2020.



**Conclusioni:** La riduzione dei microrganismi multiresistenti agli antibiotici rappresenta un successo delle misure di sicurezza implementate nel nostro Ospedale da parte del team di Direzione Sanitaria, in termini di uso corretto dei DPI, igiene delle mani e formazione continua degli operatori sanitari. Il feedback e il coinvolgimento continuo di tutto il personale ha dato risalto anche alle semplici attività come la corretta pulizia e l'igiene ambientale valorizzando il contributo di tutti i lavoratori confermando quanto gli sforzi educativi nel modificare i comportamenti degli operatori sanitari abbiano un elevato impatto sulla qualità e sulla sicurezza delle cure.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SIENA



## NON AVER PAURA DI TOCCARE! EFFICACIA DI UNA NUOVA TECNOLOGIA DI DISINFEZIONE CON IONI AG & ZEOLITE

PERUZZI V.<sup>1</sup>, AMODEO D.<sup>2</sup>, DE PALMA I.<sup>2</sup>, MESSINA G.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena, Siena; <sup>2</sup> Laboratorio di Biotecnologie Mediche, Università di Siena, Siena; <sup>3</sup> Dipartimento di Medicina Molecolare e della Sifusoci, Università di Siena, Siena

### Introduzione



La trasmissione di agenti microbici è da tempo al centro di campagne di sensibilizzazione sulla salute pubblica e sull'igiene e rappresenta un problema soprattutto per le strutture sanitarie che accolgono persone più fragili. Nuove resine plastiche basate su agenti antimicrobici inorganici (AAI), grazie agli **ioni d'argento** che compromettono il metabolismo dei microrganismi, potrebbero ridurre la contaminazione delle superfici di contatto e la sopravvivenza di agenti patogeni.

### Materiali e metodi

Sono stati prodotti diversi oggetti di varie forme in due versioni: 

Alla vista erano indistinguibili e sono state contaminate casualmente attraverso il contatto delle mani di diversi operatori. Dopo la contaminazione:

- T0, campionamento oggetti utilizzando piastre RODAC
- T1 (**1h**), incubando a 36°C per 48 ore.
- T2 (**6h**), incubando a 36°C per 48 ore.



Con un **AAI miscelato in resina** plastica



Con una **miscela** plastica **standard**

### Risultati

Contaminazione media degli oggetti realizzati con plastica standard:  
50 UFC (SD 36,5) al T1 e 20 UFC (SD 13,6) al T2.

Gli oggetti realizzati con resina AAI hanno mostrato una contaminazione media di 10 UFC (SD 5,9) in T1 e 6 UFC (SD 3,6) in T2.

**Gli oggetti realizzati con resina AAI hanno mostrato una riduzione percentuale media della contaminazione del 79,5% in T1 e del 78,3% in T2.**

### Conclusioni

Alla luce di questi risultati le direzioni ospedaliere dovrebbero valutare la possibilità di implementare questi nuovi materiali soprattutto nei punti di high-touch.



## L'intervento in Pronto Soccorso del P.O Suor Cecilia Basarocco per i bambini con disturbi dello spettro dell'autismo

**Autori**

Cirrone Cipolla A.\* Cona C. V. \*\* Mongelli F.\*\*\* Bartoluccio G.\*\*\*\*Trobia B.\*\*\*\*\*Roccia G.\*\*\*\*\*Santino M.P.\*\*\*\*\*



\*Responsabile Direzione Medica di Presidio P.O. "Suor Cecilia Basarocco" Niscemi\*\*Dirigente Psicologo Dipartimento di Cure Primarie-P.O "Suor Cecilia Basarocco" \*\*\*Psicologo Dipartimento di Cure Primarie\*\*\*\*Responsabile Amministrativo PUA Distretto Sanitario Gela\*\*\*\*\*Direttore UOC Direzione Medica P.O "S.Elia" di CT\*\*\*\*\*Direttore UOC Cure Primarie\*\*\*\*\*Direttore Sanitario Aziendale ASP di CL

**Parole chiave:** Pronto Soccorso; Disturbi del Neurosviluppo; Autismo

### INTRODUZIONE

L'Ospedale ha un ruolo sempre più rilevante nella promozione del benessere psico fisico della persona, obiettivo raggiungibile adottando un approccio di cura verso la persona e non solo verso la malattia. Attenzionare un paziente nella sua interezza, tenendo conto anche degli aspetti socio-psicologici, rappresenta il nuovo modo di fare medicina. Ciò rende i pazienti più collaborativi verso i trattamenti medici e più responsabili verso la propria salute (Zamagni, 2008). Alcuni studi dimostrano che gli accessi al Pronto Soccorso (PS) sono più elevati nei bambini con disturbi del neurosviluppo, sia per problematiche mediche che comportamentali (Gurney et al. 2006). In particolare i bambini con Disturbo dello Spettro dell'autismo (ASD) hanno bisogni assistenziali speciali per la loro peculiare modalità di risposta agli stimoli ambientali. Infatti la difficoltà nella comunicazione, l'ipersensibilità verso gli stimoli, la difficoltà di adattamento ai cambiamenti, in particolare verso ambienti sconosciuti e non prevedibili come quello ospedaliero, rende l'assistenza medica più faticosa per questo tipo di utenza (Iannuzzi et al., 2015). Uno studio ha stimato come bambini e adolescenti con diagnosi di ASD trascorrono in media 6 ore in PS, delle quali un'ora per essere collocati in una stanza dedicata e due ore per accedere alle aree di trattamento e quindi essere valutati per la prima volta da un medico (Cohen-Silver et al., 2014). Tuttavia a causa delle caratteristiche ambientali degli ospedali e soprattutto dei PS, l'esperienza di dolore e cura è caratterizzata da un alto livello di discomfort (Angiolini & Vittoria, 2021). Pertanto diventa necessario comprendere come accogliere questo tipo di utenza presso i Dipartimenti di Emergenza.

### CONTENUTI

Il Triage rappresenta un momento fondamentale di accoglienza e riconoscimento dell'utenza con specifiche fragilità. Gli operatori sanitari riferiscono in particolare la necessità di "accelerare" la cura dei bambini con autismo (Zwaigenbaum et al., 2016), in quanto le lunghe attese possono essere fonte di ansia e sfociare in disturbi comportamentali (Vaz, 2010).

Il protocollo ipotizzato nel presente contributo prevede l'attivazione tempestiva e prioritaria di percorsi dedicati a questo tipo di utenza, a prescindere dalla priorità clinica assegnata al triage. All'interno del percorso di accoglienza in PS i bambini/adolescenti e le loro famiglie vengono accompagnati lungo le diverse fasi: accoglienza in sala d'attesa, triage (supporto, contenimento, facilitazione), visita integrata, prelievi, terapie in osservazione breve intensiva (colloqui, laboratori esperienziali, grafici, narrativi), colloquio clinico-evolutivo specifico con gli utenti e i caregivers, dimissioni.

In sala d'attesa o nel corso della visita lo psicologo deve raccogliere informazioni sul livello di funzionamento del paziente con ASD in modo da poter migliorare la comunicazione con lo stesso. Spesso questo tipo di utenza potrebbe avere bisogno di supporti visivi per la comunicazione (Milazzo & Baldini, 2021). Inoltre, lo psicologo potrà implementare micro attività a valenza di coping distrattivo funzionale, per aiutare il bambino a collaborare con l'équipe medica. In questo contesto fondamentale diventa il ruolo dell'infermiere di Triage che, affiancato allo psicologo, dovrebbe concorrere all'identificazione delle condizioni di fragilità, rilevando gli indicatori anamnestici e clinici per attivare un percorso personalizzato e di sostegno.

### RISULTATI ATTESI

Il protocollo sperimentale di intervento per l'accoglienza in Pronto Soccorso dei bambini e adolescenti con disturbi del Neurosviluppo e in particolare degli utenti con ASD, ha la finalità migliorare l'accoglienza al triage in modo da offrire loro cure mediche tempestive coerenti e meno stressanti anche per i caregivers. Di fatto la riduzione degli elementi stressogeni e la realizzazione di ambienti ad hoc con l'aiuto di supporti tecnologici potrebbe rendere la permanenza in ospedale una sfida gestibile da parte di tutti: bambini, caregivers ed il personale sanitario.



### BIBLIOGRAFIA

Angiolini, Vittoria, et al. Evidenze e buone pratiche cliniche per la gestione del bambino con disturbo dello spettro autistico in pronto soccorso pediatrico. *Scenario*, 2021, 38.3: 19-33.

Cohen-Silver, J. H., Muskat, B., & Ratnapalan, S. (2014). Autism in the emergency department. *Clinical Pediatrics*, 53(12), 1134-1138.

Gurney, J. G., McPheeters, M. L., & Davis, M. M. (2006). Parental report of health conditions and health care use among children with and without autism: National Survey of Children's Health. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160(8), 825-830.

Iannuzzi, D. A., Cheng, E. R., Broder-Fingert, S., & Bauman, M. L. (2015). Brief report: Emergency department utilization by individuals with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(4), 1096-1102.

Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., Tager-Flusberg, H., & Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(7), 849-861.

Milazzo C, Baldini F. (2021) Educare.it Rivista on line - ISSN: 2039-943X - Vol. 21, n. 3 .

Vaz, I. (2010). Improving the management of children with learning disability and autism spectrum disorder when they attend hospital. *Child: Care, Health and Development*, 36(6), 753-755.

Zwaigenbaum L, et al. Perspectives of Health Care Providers Regarding Emergency Department Care of Children and Youth with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2016 May;46(5):1725-36. doi: 10.1007/s10803-016-2703-y. PMID: 26780909.

Zamagni, M. P. (2008). Modello bio-psico-sociale e rapporto medico-paziente. *Psicofenìa: Ricerca ed Analisi Psicologica*, (18), 43-62.

# PASS

PERCORSI ASSISTENZIALI PER  
PERSONE CON BISOGNI SPECIALI

## 1. COS'È?

Programma di interventi finalizzati a rendere accessibili le cure sanitarie alle persone con disabilità, attraverso **percorsi assistenziali personalizzati** secondo i «bisogni speciali» di ciascun paziente.

## 3. A CHI È RIVOLTO?

Il PASS è dedicato a tutte quelle **persone con disabilità** di tipo intellettivo, motorio e sensoriale che necessitano di bisogni speciali e devono accedere al Sistema Sanitario.

## 5. COME SI ACCEDE AL PERCORSO PASS?

È necessario accedere al sito e registrarsi:

[www.toscanaaccessibile.it/pass](http://www.toscanaaccessibile.it/pass).

Una volta autenticati è necessario rispondere ad un questionario ed è possibile compilare la **scheda PASS** facoltativa utile per fornire informazioni aggiuntive. Le informazioni inserite definiscono il profilo dell'utente e, in base al grado di complessità che emerge, è possibile fare richiesta di prestazione direttamente dal portale. Dopo l'invio della richiesta verrete ricontattati da un professionista del presidio prescelto.



## 2. SCOPO?

Individuare i «**bisogni speciali**» di ciascun individuo con disabilità che ha necessità di accedere ai servizi sanitari e di adottare soluzioni per un facile accesso alle prestazioni.

## 4. COME È ORGANIZZATO?

Negli ospedali dove è previsto il percorso PASS vi è un'**equipe** di professionisti formati con il corso PASS e guidati dal «**facilitatore**» che spesso è un infermiere.

## 6. OSPEDALI CON PERCORSI PASS

- Aou Careggi - Firenze
- Aou Meyer - Firenze
- Ospedale S.Giovanni di Dio - Firenze
- **Ospedale S.Giuseppe - Empoli**: dal 2015 è stato sistematizzato il servizio denominato **DAMA** – Disabled Advanced Medical Assistance che consta di un ambulatorio di day service gestito da un'équipe multiprofessionale stabilmente costituita, con un percorso di accesso strutturato tramite l'URP/CUP dell'ospedale, un ambulatorio odontoiatrico per persone con disabilità, il servizio di odontoiatria in sala operatoria, strumenti di percorso nell'emergenza – urgenza e di ospitalità per il ricovero.
- Aou Pisana - Cisanello, Pisa
- Ospedale Versilia - Lido di Camaiore
- Ospedale Lotti - Pontedera
- Ospedale Spedali Riuniti - Livorno
- Aou Le Scotte - Siena
- Ospedale S.Donato - Arezzo
- Ospedale Campostaggia – Poggibonsi
- Ospedale La Misericordia – Grosseto



Verniani V.; Guarducci S.; Barletta V.; Manzi F.; Carello G.  
Ospedale San Giuseppe Empoli

# SICUREZZA, INNOVAZIONE E INTEGRAZIONE: UNA NUOVA "RETE" OSPEDALIERA E TERRITORIALE NELLA ASL ROMA 6

Parole chiave: sicurezza; innovazione; integrazione.



P01 - Ospedale San Sebastiano di Frascati  
P02 - Ospedale dei Castelli  
P03 - Ospedale Paolo Colombo di Velletri  
P04 - Ospedale di Anzio

## 1) INTRODUZIONE

Il Territorio della ASL Roma 6 è composto da 4 Presidi Ospedalieri: Ospedale dei Castelli di Ariccia, l'Ospedale San Sebastiano di Frascati, l'Ospedale Civile Colombo di Velletri, gli OORR Anzio-Nettuno, l'Ospedale di Marino e da 6 distretti territoriali. La finalità di tale progetto è creare una rete innovativa che abbia ampia azione sul parco tecnologico e sui supporti informatici in modo tale da produrre una conseguente fruizione dei dati e che possa raggiungere uno stato ottimale ed uniforme fra le varie strutture. L'idea è nata dalla necessità di innovare tecnologicamente l'intero sistema di diagnostica per immagini e di ampliare il servizio al dipartimento di emergenza con l'ingresso dell'emodinamica, della Radiologia Interventistica, dell'endoscopia Interventistica e della Chirurgia open e laparoscopica. Tutto ciò al fine di fornire un servizio più accurato e vicino a quelle che sono le esigenze del paziente, ottimizzando i tempi di intervento a tutela della salute e l'introduzione di servizi e supporto dei clinici che ottimizzino il workflow operativo degli stessi.

## 2) MATERIALI E METODI

La realizzazione del progetto ha avuto come criterio fondamentale la conoscenza dei processi all'interno della "rete" e la conoscenza del proprio parco tecnologico (sia elettromedicali che infrastruttura IT). L'implementazione del progetto ha previsto sia la sostituzione di tutti i dispositivi medici con età superiore a 5/10 anni sia l'introduzione di sistemi Hardware e Software di ultima generazione che, adottando tecnologie avanzate, permettono di ottimizzare la distribuzione delle immagini dagli ospedali al territorio e dai territori agli ospedali. In particolare l'utilizzo di una nuova piattaforma di ultima generazione dotata di tecnologia server side rendering permette una gestione delle immagini con ottimizzazione della banda di rete e in piena conformità alle vigenti normative in materia di GDPR.

## 3a) DISCUSSIONE

Operativamente il progetto si suddivide in tre fasi:

La Fase 1 del progetto è stata realizzata attraverso la rilevazione del fabbisogno per investimenti in apparecchiature elettromedicali di alta e media tecnologia (in sostituzione di tecnologie obsolete e/o in potenziamenti); l'esempio fondamentale di quanto appena affermato è stato il passaggio dalla radiologia digitale indiretta alla radiologia digitale diretta con il beneficio della possibilità di avere un'immagine digitale diretta che può essere inviata al PACS per la conservazione e richiamata dal PACS per consultazione e refertazione.

Ulteriori vantaggi della radiologia digitale diretta sono: l'assenza di consumabili quali pellicole o reagenti per fissare le informazioni sulla lastra tradizionale e la possibilità di incrementare la velocità di esecuzione in termini di pazienti processati.

Dati raccolti durante la fase 1:

APPARECCHIATURE COLLAUDATE	Q.TA'	DOTAZIONE INFORMATICA	Q.TA'
ECOTOMOGRAFI	62	WS DI REFERTAZIONE	26
TOMOGRAFI COMPUTERIZZATI	3	SISTEMI DR FLAT	
PORTATILI PER GRAFIA/SCOPA	20	PANNELLI	6
TELECOMANDATI PER RX		SERVER (PRINCIPALE + DISASTER RECOVERY)	2
TRADIZIONALE	14		
ANGIOGRAFI	2		

La fase 2 del progetto ha reso possibile l'integrazione tra i principali sistemi informativi normalmente presenti nell'ambito della radiologia ed i servizi di diagnostica per immagini. Grazie ad un programma di implementazione dei seguenti sistemi:

1. Aggiornamento tecnologico HW delle postazioni di accettazione ed esecuzione alle ultime tecnologie presenti sul mercato;
2. Aggiornamento all'ultima versione del Sistema Informativo Radiologico (RIS) per la gestione del workflow operativo della Radiologia;
3. Installazione del sistema ComPACS per la gestione del servizio di Emodinamica integrato alla radiologia;
4. Installazione del sistema di firma elettronica avanzata (firma grafometrica) per la gestione dei consensi informati in modalità paper-less;
5. Installazione del modulo Endoscopy per la gestione del workflow di endoscopia integrato alla Radiologia;
6. Integrazione con i sistemi informativi aziendali (AD7web, CUP regionale, Cartella Clinica Digitale CCD e Screening regionale);
7. Installazione di un innovativo sistema di conservazione legato in totale ottimescenza alle normative vigenti e GDPR;
8. Installazione di un portale paziente che permette all'utente il ritiro di immagini e referti in modalità on-line;
9. Installazione di un motore di Intelligenza Artificiale (AI) con algoritmo di gestione delle immagini radiografiche del torace che supporta i clinici nel delicato periodo storico per l'identificazione dei pazienti affetti da Covid-19;
10. Installazione di un sistema di Disaster Recovery che mette in sicurezza le infrastrutture e i dati del sistema primario;
11. Installazione di Token self-service che permettono al paziente di effettuare pagamenti, accettazioni e firmi referti in modo agguile ed in totale autonomia, senza rivolgersi agli sportelli.

(segue nella 2da colonna)

## 3b) DISCUSSIONE

La fase 2 (implementazione sistemi)

12. Installazione di sistemi elimina-code per chiamata dagli ambulatori, al fine di chiamare i pazienti direttamente nell'ambulatorio in piena conformità a quelle che sono le normative vigenti in materia di privacy;
13. Installazione di un applicativo software TraumaCad che permette una pianificazione pre-operatoria ortopedica;
14. Installazione di un sistema di monitoraggio della Dose, che permette il monitoraggio della dose irradiata al paziente;
15. Installazione di monitor intelligenti per la visualizzazione integrata delle immagini diagnostiche nelle sale operatorie;
16. Installazione di sistemi di ricostruzione avanzata 3D per lo studio delle immagini;
17. Installazione di un sistema Mobility per la visualizzazione delle immagini in mobilità su dispositivo mobile.

La fase 3 del progetto ha determinato l'identità dell'intera operazione in quanto la simultaneità delle prime due fasi svolte per tutte le modalità ed in tutto territorio ha garantito la nascita di una rete globale di dati differenti resi omogenei dalla loro integrazione con il resto dei programmi aziendali. Qui si introduce la forte riduzione del rischio clinico nonché di errori diagnostici e amministrativi dovuti ad errori umani inevitabili negli inserimenti di dati e comunicazioni manuali.

Grazie alla piattaforma unica tutti i presidi territoriali e poli ospedalieri sono in rete, ovvero il clinico da qualsiasi presidio o polo ha la possibilità di effettuare una diagnosi restituendo un referto in real-time al presidio e reparto richiedente.

I risultati attesi dalla realizzazione del suddetto progetto sono:

- Integrazione complessa ed unica con i sistemi informativi aziendali;
- Immediatezza nella refertazione delle indagini sui pazienti;
- Utilizzo di una piattaforma unica ed integrata per la gestione di diversi dipartimenti;
- Ottimizzazione del workflow operativo in tutti i dipartimenti coinvolti;
- Garanzia sulla conservazione dei dati;
- Ottimizzazione delle risorse di rete aziendale;
- Ottimizzazione e delle risorse in termini materiale di consumo e personale amministrativo;
- Distribuzione capillare su presidi e reparti delle immagini;
- Erogozione al paziente di servizi per ottimizzare i tempi di permanenza all'interno delle strutture aziendali;
- Riduzione dei data entry grazie alla condivisione di dati;
- Affidabilità dei dati (ID PAZIENTE).

## 4) CONCLUSIONI

La condizione necessaria anche se non sufficiente per erogare servizi sanitari di diagnosi e cura efficaci ed efficienti è la corretta gestione ed implementazione delle tecnologie durante tutto il ciclo della loro "vita". Il migliore clinico al mondo può fare tanto da solo ma con l'ausilio della adeguata tecnologia può fare tutto. È fondamentale in questo periodo storico braghettare il Servizio Sanitario Pubblico verso la "Sanità Digitale" e da questo, già emerge un riscontro significativo. Questo è un progetto molto ambizioso la cui complessità ha fatto emergere un altro aspetto fondamentale necessario a realizzare innovazioni e sistemi integrati al servizio del cittadino che è quello della sinergia tra i vari servizi. Mai un singolo ma solo una squadra può raggiungere grandi risultati.

### CREDITS:

- Dott. R. Corsi - (Direttore Sanitario Aziendale ASL Roma 6)
- Dott. C. Campori (Direttore Generale ASL Roma 6)
- Ing. A. Candrea (Direttore IT UOC Ingegneria Ospedaliera e Tecnologie Sanitarie ASL Roma 6)
- Dott.ssa M. Spitaleri (Direzione Sanitaria Aziendale ASL Roma 6)
- Dott.ssa E. Mancini (Direzione Sanitaria Aziendale ASL Roma 6)
- Dott. F. Maccari (Direzione Sanitaria Aziendale ASL Roma 6)



#### 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

## SPERIMENTAZIONE DI UN SISTEMA AUTOMATIZZATO DI RILEVAZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA

### Autori

Lorenzo Blandi, medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia  
Vittorio Bolcato, medico in formazione specialistica in Medicina Legale, Università degli Studi di Pavia  
Giuseppe Valente, medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia  
Anna Odone, Direttrice Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia  
Antonella Mastretti, Direttore Medico di Presidio, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino  
Livio Pietro Tronconi, C.E.O., Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino e Università degli Studi di Pavia  
Daniele Bosone, Direttore Sanitario, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino

Infezioni Correlate all'Assistenza; Controllo di Gestione; SDO

### Introduzione

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano un indicatore della qualità del servizio sanitario, con grande impatto sui costi diretti e indiretti. Secondo i dati EpiCentro del 2016, la prevalenza nazionale delle ICA ospedaliere si attesta tra il 5 e l'8% con un valore medio di 6,5%. I principali sistemi di rilevazione si sono basati sul sistema della codifica SDO e/o sulla segnalazione diretta da parte dei professionisti, per tramite dei sistemi di Gestione del Rischio Clinico. Tali sistemi presentano limiti dipendendo da una corretta codifica e dalla sensibilità dei professionisti rispetto ai sistemi di reportistica. In particolare nella Fondazione Mondino la segnalazione diretta ha evidenziato una sottostima del fenomeno. **Scopo del lavoro è stimare la prevalenza di ICA nella nostra Azienda ospedaliera, utilizzando l'applicativo gestionale di integrazione dati QlikR, e di confrontarla con le stime elaborate da Regione Lombardia (RL) tramite SDO.**

### Contenuti

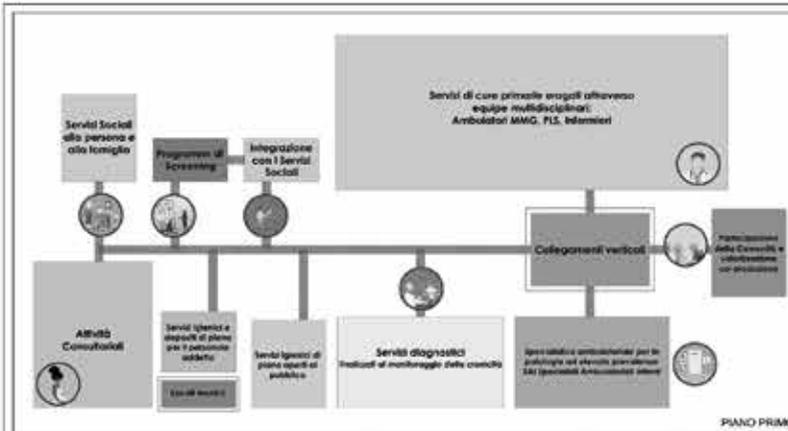
La Fondazione IRCCS C. Mondino (*fm*) di Pavia ha avviato in via sperimentale un applicativo di controllo di Gestione per la rilevazione delle ICA. Nell'algoritmo, un caso di ICA è definito come un ricovero ospedaliero in elezione nel reparto di Neurologia o Neuroriabilitazione di paziente che è stato sottoposto a un esame di laboratorio culturale e cui, in seguito a esso, è stato somministrato un antibiotico. Dal confronto tra sistema di sorveglianza regionale tramite SDO e l'applicativo aziendale Qlik, si riportano i risultati 2021, con il confronto con anni precedenti, in tabella 1.

Prevalenza (%)	2021		2020		2019		2018		2017	
	<i>fm</i>	RL								
Neurologia	1,12	2,99	1,83	3,49	2,29	3,15	1,51	3,13	1,25	3,42
Neuroriabilitazione	10,16	4,80	10,49	4,37	10,58	3,16	8,15	7,44	4,24	7,44
Totale ricoveri in elezione (n)	1768		1952		2492		2181		1858	

### Conclusioni

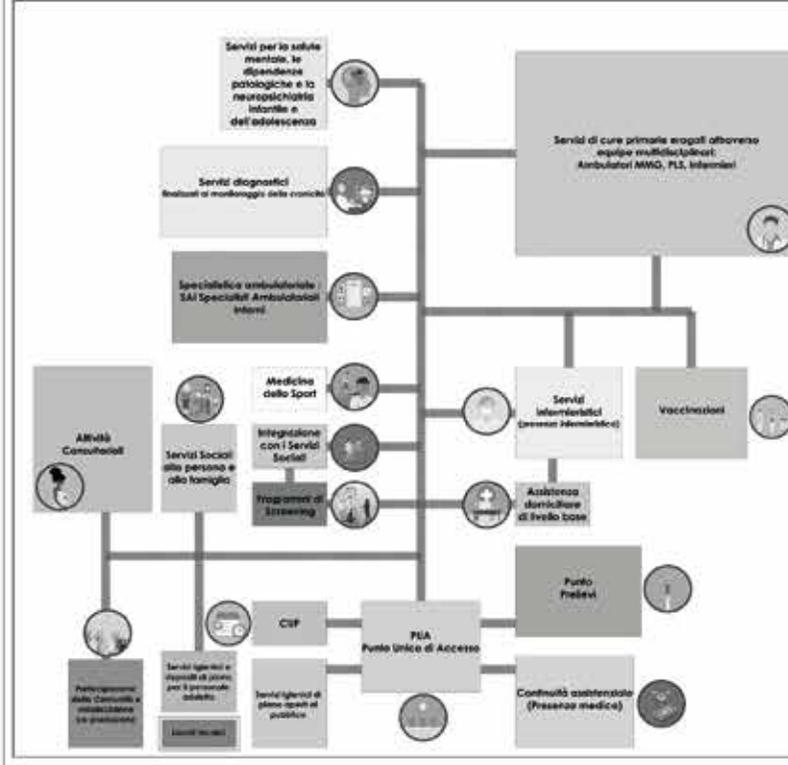
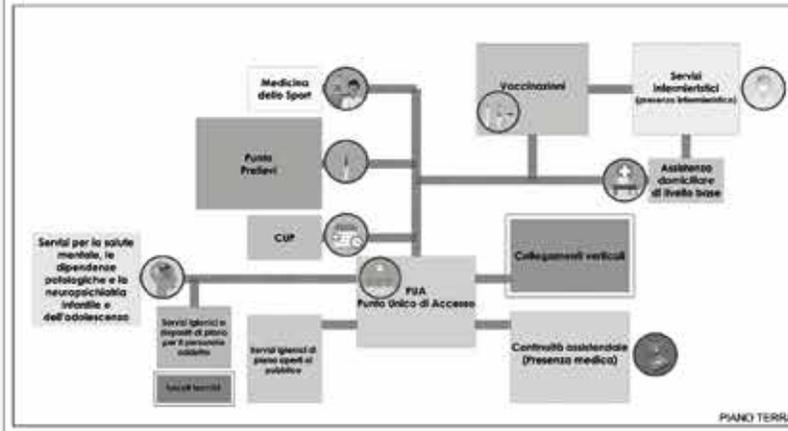
- ✓ Il sistema sperimentato ha indubbi vantaggi che superano eventuali limiti imposti dalla sotto-codifica o sotto-segnalazione delle infezioni, per quanto sia necessario implementare il sistema.
- ✓ La mono-specializzazione della *fm* risulta una limitazione ma anche un punto di forza: la bassa prevalenza di ICA e un sistema altamente integrato tra Direzione strategica, Risk Manager e CIO permette una migliore e più efficace manipolazione dei dati, sviluppo del software, valutazione di esiti.
  - ✓ L'algoritmo presenta tuttora dei limiti nella definizione di caso, da cui la discrepanza con il dato di RL.
- ✓ Le stime prodotte sono in linea con la letteratura scientifica e con le caratteristiche della *fm* e sono preziose per monitorare l'andamento delle ICA e l'efficacia delle azioni correttive adottate in ambito igienistico-preventivo.

47° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO  
 VERSO UNA NUOVA SANITÀ E UNA NUOVA SALUTE:  
 "AZIONE, SINERGIA, RESPONSABILITÀ, RESILIENTE, SOSTENIBILITÀ DELLA DIREZIONE SANITARIA"



**LEGENDA DESTINAZIONI D'USO**

Area	Destinazione	Area	Destinazione
Diagnostica	Diagnostica (ambulatorio) (Presenza medico) - 01 mg	Diagnostica (ambulatorio) (Presenza medico) - 01 mg	Diagnostica (ambulatorio) (Presenza medico) - 01 mg
Diagnostica (ambulatorio) (Presenza medico) - 01 mg			
Diagnostica (ambulatorio) (Presenza medico) - 01 mg			



**Fig. 1. Soluzione A** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 2. Soluzione B** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 3. Soluzione C** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 4. Soluzione D** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 5. Soluzione E** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 6. Soluzione F** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 7. Soluzione G** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 8. Soluzione H** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 9. Soluzione I** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 10. Soluzione J** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 11. Soluzione K** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 12. Soluzione L** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 13. Soluzione M** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 14. Soluzione N** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 15. Soluzione O** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 16. Soluzione P** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 17. Soluzione Q** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 18. Soluzione R** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 19. Soluzione S** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 20. Soluzione T** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 21. Soluzione U** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

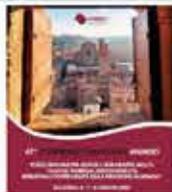
**Fig. 22. Soluzione V** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 23. Soluzione W** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 24. Soluzione X** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 25. Soluzione Y** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.

**Fig. 26. Soluzione Z** - Organigramma di un'unità di cura primaria e specialistica integrata, basata su un team unico.



## AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA



### La gestione dei pazienti nel post emergenza COVID: il setting assistenziale nell'Ospedale S.Marta e S.Venera di Acireale

Cunsolo R.<sup>o</sup>, Cantarella A.<sup>oo</sup>, Gallotta R.<sup>oo</sup>, Raneri S.<sup>oo</sup>, Barbagallo C.<sup>o</sup>, Stracqualursi A.<sup>o</sup>, Lombardo I.<sup>oo</sup>,  
Rapisarda G.<sup>^</sup>, Rubino S.<sup>^^</sup>, Alparone F.<sup>†</sup>, Tosto M.<sup>††</sup>, Aiello N.<sup>o</sup>, Milazzo M.<sup>™</sup>, Scala S.<sup>o</sup>, Rapisarda A.<sup>\*</sup>

<sup>o</sup>Direttore Medico, <sup>oo</sup>Dirigente Medico, UOC Direzione Medica PO S.Marta e S.Venera di Acireale – <sup>o</sup>Responsabile Attività infermieristiche PO di Acireale – <sup>o</sup>Direttore, <sup>™</sup>Referente Attività infermieristiche, UOC Pronto Soccorso PO di Acireale – <sup>o</sup>Direttore Dipartimento di Emergenza, <sup>^^</sup>Bed manager PO di Acireale – <sup>o</sup>Direttore, <sup>††</sup>Dirigente tecnico UOC Tecnico – <sup>o</sup>Direttore UOC SPP – <sup>o</sup>Responsabile UO S.Rischio clinico e Qualità – <sup>o</sup>Direttore Dipartimento Ospedalità pubblica e privata – <sup>o</sup>Direttore Sanitario, Azienda Sanitaria Provinciale di Catania – <sup>o</sup>Direttore Generale ASP di Catania: dr M. Lenza

#### INTRODUZIONE

- 31 marzo 2022: epilogo dello "Stato Emergenza COVID"
- Rallentamento delle forme gravi o gravissime
- Progressiva riduzione della disponibilità di pp.II. presso i cd COVID Hospital
- Mantenimento delle principali misure anti-COVID
- Esigenza di approntare in ogni Ospedale aree o ambienti idonei per la gestione dei pazienti positivi



#### CONTENUTI

- **Ospedale S.Marta e S.Venera di Acireale:**
  - o È uno dei 7 Ospedali dell'ASP di Catania
  - o Ha una dotazione di circa 160 pp.II.
  - o È sede di DEA di I livello
  - o Ha avuto una dotazione di n.70 pp.II. COVID nel corso delle ondate 2020 e 2021 (da luglio 2021 riconvertiti)
- **L'area di isolamento del PO, dedicata ai pz COVID:**
  - o Si trova al pianoterra del nosocomio ed è già stata utilizzata in piena era COVID
  - o È stata sottoposta ad interventi tecnici (stanze a pressione negativa), con percorsi distinti (pulito/sporco)
  - o Viene usata per la terapia con anticorpi monoclonali, dato che il PO è uno dei Centri di riferimento Regionale

#### CONCLUSIONI

##### PUNTI DI FORZA - L'area di isolamento offre la possibilità di:

- **Fruire di percorsi con agevole accesso dall'esterno**, senza rischi di promiscuità con il resto dei percorsi interni del PO
- **Essere riservata solo ai pazienti COVID e al Personale assegnato**, con zone separate, adibite a vestizione/svestizione e segnaletica idonea
- **Poter essere utilizzata per il trasporto di pz**, con certa o sospetta patologia COVID, in entrata ed in uscita, con barella di bio-contenimento





**SPERIMENTAZIONE DEL PROGETTO “LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL CUP DI SECONDO LIVELLO “ PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI GUBBIO-GUALDO TADINO**

Lolli O. medico in formazione specialistica in Igiene e Sanità Pubblica Università di Perugia - Cioccoloni F. Dirigente Medico - Distretto Alto Tevere- Tedesco T. Direttore Medico f.f. Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino – POU - Ghiandoni E. assistente di direzione generale Azienda USL UMBRIA 1

**Parole chiave:** liste attese, presa in carico, cronicità.

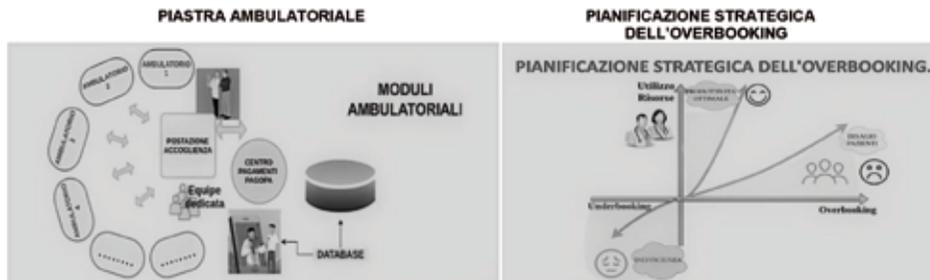
**INTRODUZIONE**

Le liste di attesa rappresentano un problema fortemente avvertito da tutti i sistemi sanitari pubblici e percepito come un disservizio dalla popolazione. L'emergenza SARS Cov-2 ha contribuito ad amplificare il fenomeno rendendo necessario avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari, al fine di rendere l'offerta corrispondente ai bisogni della popolazione. Scopo del presente lavoro è quindi lo sviluppo di un nuovo modello di gestione delle Agende di prenotazione CUP inerenti le prestazioni di specialistica ambulatoriale volto ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse garantendo un miglior equilibrio tra domanda, offerta e l'effettiva presa in carico del paziente, anche (e soprattutto) nella gestione della cronicità.

**CONTENUTI**

Al fine di superare le criticità legate al recupero e alla ripresa dell'attività sospesa, oltre che di migliorare la qualità del servizio offerto, sono state messe in atto strategie organizzative in sinergia con il servizio CUP volte a gestire la domanda e la presa in carico del paziente, specialmente nel secondo livello, secondo le seguenti modalità:

- implementazione della piastra ambulatoriale attraverso i CUP cosiddetti di secondo livello, ovvero volti a garantire l'effettiva presa in carico del paziente, pianificando la fruibilità delle successive visite di controllo e di follow-up o prestazioni di approfondimento diagnostico, in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia;
- rimodulazione delle agende di prenotazione;
- formazione degli specialisti e loro abilitazione alla prescrizione-prenotazione dematerializzata;
- pianificazione strategica dell'overbooking (in compensazione al fenomeno del drop out);
- prenotazione diretta dello specialista con ricetta dematerializzata per le visite di controllo.



**CONCLUSIONI**

Con la nuova organizzazione è stato possibile:

- 1- pianificare l'attività ambulatoriale in maniera ordinata e preventiva evitando, per quanto possibile, fluttuazioni nell'erogazione delle prestazioni e cercando di ottenere una maggiore soddisfazione degli utenti;
- 2- garantire un continuum assistenziale per i pazienti cronici;
- 3- ottenere lo shift delle prestazioni RAO P a controlli di secondo livello con riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva;
- 4- attuare un'integrazione tra i vari servizi (es. progetto cardiometabolico).

La presa in carico di secondo livello rappresenta quindi un essenziale punto di congiunzione tra l'inquadramento diagnostico di un paziente di nuova diagnosi e la gestione sistematica delle cronicità, avviando un corretto PDTA. Questo permetterà di ridurre il peso della cronicità sull'individuo, sulla famiglia e sul contesto sociale assicurando maggiore uniformità, equità di accesso e soddisfazione degli utenti- cittadini. I dati relativi alle liste d'attesa andranno monitorati per pianificare eventuali azioni correttive.

9 10 11 MAGGIO | MAY 2023

**12** PAD./HALL

**ISSA PULIRE**

FIERA INTERNAZIONALE DELLA PULIZIA E SANIFICAZIONE PROFESSIONALE  
INTERNATIONAL EXHIBITION FOR THE PROFESSIONAL CLEANING AND SANITIZATION INDUSTRY

26th Edition

**8** PAD./HALL

*get it!*

MEDIA PARTNER:

Cleaning COMMUNITY Dimensione Pulito ECJ Cleaning GSA GSA ICIENE URBANA GSA news  
 L'OSPEDALE OMASI communication Rental Blog sollevare teme

UNDER THE PATRONAGE OF:

afidamp AisA ANMDO fare  
 FCSI ISSA Associazione nazionale cooperative di produzione e servizi legacoop PRODUZIONE & SERVIZI  
 TA ORDINE DEI TECNOLOGI ALIMENTARI

informa **ISSA** **ISSA PULIRE**

**GLOBAL SHOWS**  
 By Informa Markets, Issa & Pulire Network

SALES / INFO:

**ISSA PULIRE**  
 NETWORK  
 sales@issapulirenetwork.com  
 issapulire.com

VENUE:

  
**FIERA MILANO**