

L'OSPEDALE

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

**COMUNICAZIONI
48° CONGRESSO
NAZIONALE
A.N.M.D.O**



49° CONGRESSO NAZIONALE **ANMDO**



ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

LA SANITÀ E L'OSPEDALE DI OGGI...IN ATTESA DEL FUTURO
ANCONA, 21-22-23 MAGGIO 2024

Comunicazioni 48° Congresso Nazionale A.N.M.D.O

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 77 - Numero 1 - gennaio marzo 2024

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

Dispositivo medico Just in Time un nuovo percorso di approvvigionamento

Cazzaro R.¹, Mondino S.², Barbieri A.², Marchesini A.³, Danzi V.³, De Siena F.P.², Ronzani R.⁴, Paulini E.²

1 Direttore Sanitario Azienda ULSS 8 Berica; 2 Direzione Medica Ospedaliera ULSS 8 Berica; 3 UOC Anestesia e Rianimazione Vicenza ULSS 8 Berica; 4 Istituto Lean Management

Parole chiave: magazzino gruppo operatorio, scorte, kanban

INTRODUZIONE

Nel corso degli anni 2020-2021, a causa della pandemia, si è evidenziato un significativo aumento della quantità di dispositivi medici (D.M.) a scorta presso il Gruppo Operatorio (G.O.) dell'ospedale di Vicenza. In assenza di un sistema strutturato di controllo, la gestione dei D.M. era demandata agli strumentisti referenti di sala operatoria (S.O.) che effettuavano pochi ordini annuali di grandi quantitativi. Il processo in essere comportava circa 15h giornaliere dedicate dagli strumentisti alla gestione dei D.M., un elevato rischio di obsolescenza degli stessi dovuto all'assenza di un monitoraggio di scorte e consumi (D.M. in entrata contabilizzati come D.M. consumati). A partire da Marzo 2022, l'ULSS 8 ha deciso di implementare un progetto di gestione centralizzata dei D.M. coinvolgendo 10 unità operative (U.U. OO.) con l'obiettivo di ridurre a 0 il rischio di obsolescenza e il tempo dedicato nella gestione da parte degli strumentisti.

CONTENUTI

A partire dalla domanda del cliente finale (paziente), è stato sviluppato un sistema di approvvigionamento pull-kanban al fine di approvvigionare la S.O. nel più breve tempo possibile, garantendo la presenza di tutti i D.M. necessari. I supermarket (carrelli di sala

e armadi di specialità) sono stati dimensionati con i D.M. necessari in termini di: tipologia, quantità (comprensiva di scorte di sicurezza), ubicazione, punto di riordino (R.O.P.) e lotto di riordino. L'applicazione del visual management, con la segnalazione visiva del R.O.P. consente allo strumentista di visualizzare e richiedere in maniera intuitiva il ripristino dei D.M. al magazzino centrale. Le scorte in esubero già presenti nei supermarket sono state ricollocate a magazzino e messe in comune a tutte le U.U.OO., per consentire un'elevata rotazione delle scorte. La gestione dei D.M. è stata centralizzata e affidata a personale dedicato, che si occupa della gestione del processo di approvvigionamento: dalla proposta di ordine (unica per lo stesso codice articolo per tutte le U.U.OO.), al carico contabile della merce a magazzino, al ripristino nei supermarket in G.O. (armadi di specialità) con contestuale scarico contabile al centro di costo dell'U.O. richiedente.

CONCLUSIONI

L'applicazione del nuovo standard di approvvigionamento ha consentito all'ULSS 8 un risparmio nella spesa di D.M. di 600.000 euro rispetto al 2021 a fronte di +2.000 interventi nel 2022. Tale risparmio è dovuto allo smaltimento delle eccessive scorte di magazzino e in parte alla riduzione della trasformazione dei D.M. in D.M. scaduti e quindi da rottamare.

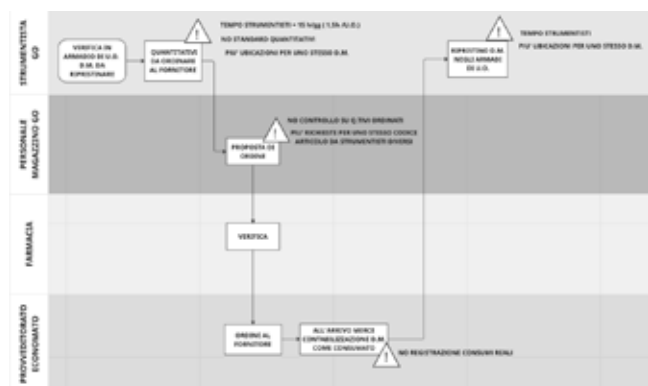
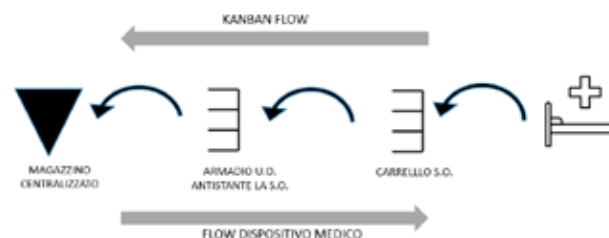


Figura 1
Mappatura
del pro-
cesso anni
2020-2021

Figura 2
Mappatura
del nuovo
processo di
approvvigio-
namento dei
materiali



Quanto sfruttiamo le nostre sale operatorie?

Il management del blocco operatorio e nuove tecnologie

Peruzzi V.¹, Ngoyi Ngongo K.², Campanile G.², Nante N.^{1,3}

1 Scuola Post Laurea di Sanità Pubblica - Università di Siena

2 Direzione Medica di Presidio, PO dell'Alta Val d'Elsa, Azienda USL Toscana Sud Est

3 Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo - Università di Siena

Parole chiave: Blocco operatorio – Management - Tecnologia

INTRODUZIONE

Uno degli aspetti più complessi in ambito sanitario riguarda l'attività chirurgica che rappresenta l'elemento caratterizzante e di alto valore per le risorse richieste, nonché l'attività più impegnativa anche in termini di costi. Una buona performance della sala operatoria risulta essere dunque uno degli indicatori di un efficiente management. L'analisi è focalizzata su uno dei criteri di valutazione di un corretto uso del blocco operatorio, ossia la percentuale di utilizzo delle sale per l'attività programmata. Lo studio mette in confronto i risultati della pianificazione manuale effettuata dall'UPC (Ufficio di Programmazione Chirurgica) con quella realizzata in automatico dal test di un applicativo gestionale DSS (Decision Support System) basato sull'analisi automatica di tutti i fattori coinvolti per la creazione della programmazione chirurgica.

CONTENUTI

Lo studio svolto presso il PO Alta Valdelsa ha visto prima raccogliere e catalogare nell'arco di un mese (Novembre 2022), per ogni specialità, le note operatorie realizzate dall'UPC prendendo in considerazione le indicazioni dei rispettivi chirurghi referenti in merito ai pazienti da inserire in base a tipologia di intervento, priorità, tempi di attesa e stima dei tempi chirurgici.

Dal gestionale del percorso chirurgico (ORMAWEB) sono stati poi raccolti, per ogni specialità, i tempi operatori medi effettivi nello stesso periodo. Per il confronto infine è stato fatto elaborare dal DSS la migliore programmazione delle sale secondo un algoritmo basato su liste di attesa, priorità, tempi chirurgici operatori e procedure dipendenti. A seguito della pianificazione manuale di 143 inter-

venti programmati, l'utilizzo delle sale operatorie previsto è stato in linea di massima confermato dalla realtà dei tempi di sala occupata estrapolati da ORMAWEB, con lievi differenze dovute a modifiche paziente-dipendenti.

Su un totale di 350 ore a disposizione delle specialità chirurgiche, le note operatorie prevedevano una occupazione delle sale solamente per 196 ore e 40 minuti, con una percentuale di utilizzo del 56,3%. L'applicativo DSS ha invece prodotto una possibile pianificazione arrivando a prevedere un utilizzo delle sale oltre il 90%.

CONCLUSIONI

Il confronto tra le due modalità di programmazione dimostra che l'efficienza del blocco operatorio potrebbe sensibilmente aumentare se l'igienista venisse supportato da un applicativo DSS che utilizza criteri totalmente obiettivi nella scelta dei pazienti da operare in lista d'attesa e punta a sfruttare totalmente il tempo a disposizione delle sale.

Inoltre gli stessi applicativi possono operare a livelli diversi della pianificazione chirurgica, sono infatti in fase di studio versioni ibride dell'applicativo come supporto al calcolo della durata degli interventi in modo che l'operatore incaricato di redigere la nota operatoria possa avere un riscontro diretto tempo di utilizzo previsto della sala basato sulla durata media di ogni intervento per il rispettivo primo chirurgo.

Alla luce di quanto dimostrato dallo studio i DSS possono diventare elementi utili per migliorare le performance di sala ed una razionalizzazione delle risorse ed il loro sviluppo dovrebbe essere supportato e condiviso più possibile di pari passo con altre nuove tecnologie.

Ambulatorio sperimentale di psicologia attivato presso il P.O. Suor Cecilia Basarocco di Niscemi (CI). Una indagine sulla presa in carico dei pazienti con problematiche psicologiche ed emotive conseguenti alla pandemia Covid 19.

Pane S.1, Cona C.2, Tiralongo N.3, Mongelli F.3, Bartoluccio G.4, Cirrone Cipolla A.5

1 Studente in Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Catania; 2 Psicologo Psicoterapeuta Specialista in Psicologia Pediatrica Dirigente Psicologo Cure Primarie (Area Fragilità, Reparti Critici, Emergenza Urgenza, Donazione Organi) P.O. Niscemi; 3 Psicologo Psicoterapeuta P.O. Niscemi; 4 Dirigente Amministrativo PUA UOC Cure Primarie; 5 Direttore Sanitario Direzione Medica di Presidio P.O. "Suor Cecilia Basarocco" Niscemi

INTRODUZIONE

I dati epidemiologici e l'analisi del funzionamento del SSR evidenziano che i bisogni di salute necessitano di interventi di qualificazione e miglioramento dell'assistenza territoriale attraverso l'introduzione di aree di intervento che favoriscono un modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, in cui la persona diventa attore del proprio benessere attraverso comportamenti orientati alla salute psico-fisica.

L'ambulatorio di supporto psicologico e psicoterapia coordinato dalle psicologhe in servizio presso il

presidio ospedaliero "Suor Cecilia Basarocco" di Niscemi Asp CL, per far fronte alle problematiche psicologiche comportamentali ed emotive determinate dalla pandemia Covid 19. Allo Psicologo, in conformità alla legge 18 febbraio 1989, n. 56 (Ordinamento della professione di psicologo), competono attività di riduzione del rischio di disagio psichico, prevenzione e promozione della salute e programmazione di interventi di Psicologia di Comunità, per sostenere la motivazione dei cittadini a condividere le scelte di politica sanitaria.

L'ambulatorio attivo dal 14 febbraio 2022 opera in collaborazione con MMG, con i PLS e con gli specialisti ambulatoriali, creando un microsystema che interviene per migliorare la qualità degli interventi sanitari ed intervenire sui sintomi psichici di lieve entità. Attiva, inoltre interventi in collaborazione con le strutture territoriali (previste dalla legge 8 novembre 2012, n. 189) come il Centro di salute mentale (CSM) al fine di realizzare un trattamento integrato alla terapia farmacologica stilata dal medico psichiatra.

L'ambulatorio di psicologia intercetta il peso crescente dei disturbi psicologici della



popolazione, che spesso rimangono inespressi ed opera prioritariamente sulle seguenti aree: problemi legati al ciclo di vita (lutti, perdita del lavoro, separazioni); patologie croniche; sintomatologia ansioso-depressiva; disagi emotivi transitori ed eventi stressanti; sostegno psicologico alla diagnosi infausta e alla cronicità o recidività di malattia; sostegno ai percorsi di cure mediche e sanitarie; problematiche psicosomatiche; burnout degli operatori sanitari; problemi Long-Covid; problematiche relazionali/ familiari.

MATERIALI E METODI

All'ambulatorio di psicologia si accede tramite impegnativa del MMG e prenotazione presso il CUP (Centro Unico Prenotazione). Durante il colloquio viene richiesto di firmare il consenso informato e dopo il colloquio anamnestico sulla base dell'esame clinico viene previsto un progetto terapeutico con specifiche numeri di sedute.

Al fine di rilevare l'incidenza dei disturbi psicologici dell'utenza afferente all'ambulatorio di psicologia è stato svolto un monitoraggio dei pazienti con cartella clinica e screening clinico condotto sulla base dei criteri diagnostici previsti dal DSM-5.

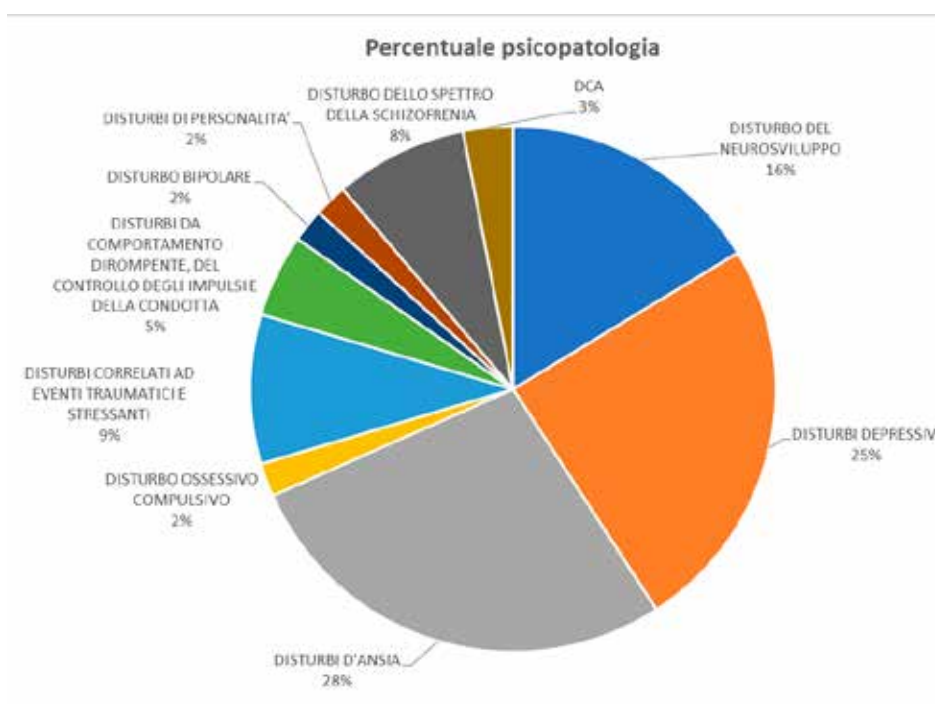
Nel grafico sono riportati i dati. Come si evince dal grafico i pazienti presi in carico presso l'ambulatorio di psicologia presentano diverse psicopatologie, ma la percentuale maggiore presenta disturbi d'ansia (28%) e disturbi depressivi (25%) la cui sintomatologia si è aggravata post pandemia Covid-19.

CONCLUSIONI

Diversi studi hanno messo in evidenza che la pandemia di Covid -19 ha avuto un grave impatto sulla salute mentale e sul benessere delle persone in tutto il mondo. L'attivazione dell'ambulatorio di psicologia ha confermato la necessità di supporto psicologico e di interventi tempestivi ed immediati a favore della popolazione al fine di promuovere



comportamenti orientati alla salute psico-fisica. L'ambulatorio di Psicologia rappresenta una scelta concreta di politica sanitaria che consentirà di migliorare il livello qualitativo delle prestazioni del SSR, anche attraverso la realizzazione di modelli di salute innovativi che consentono la riduzione dei costi sanitari



Evidenze di efficacia del protocollo Trend nel Presidio di Dolo-Mirano (previsto dal DDR 119/2018)

Mazzarolo G.¹, Gallo S.¹, Santuz M.², Calzavara A.², Berti C.³, Carretta G.⁴

1 Direzione Medica Ospedaliera, Presidio Ospedaliero Dolo-Mirano AULSS 3 Serenissima; 2 Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Padova, Padova; 3 Direzione Medica Ospedaliera, Ospedale dell'Angelo Mestre AULSS 3 Serenissima; 4 Direzione Sanitaria, AULSS 3 Serenissima

Parole chiave: Ricoveri, Pronto Soccorso, Posti letto

INTRODUZIONE

Nell'ottobre 2022 il Presidio Ospedaliero di Dolo-Mirano ha iniziato ad applicare il "PROTOCOLLO TREND", previsto dalla Regione Veneto con Decreto n. 119/2018 per affrontare le problematiche legate ai ricoveri dei pazienti internistici provenienti dal Pronto Soccorso, dato il costante sovraffollamento dei reparti di area medica ed il ricorso all'appoggio dei pazienti in altri reparti, con un aumento del rischio di errore ed un allungamento dei tempi di degenza.

Alla base del protocollo vi è un calcolo dei posti letto che ogni reparto di area medica deve riservare al pronto soccorso giornalmente. Sono stati analizzati i dati dal 2018 al primo semestre 2022.

CONTENUTI

Preliminarmente si sono verificati i posti letto nei reparti di area medica assicurandosi della comunicabilità dei dati fra i diversi sistemi informativi ospedalieri. Il protocollo è stato presentato alle U.O. e si sono rilevate proposte aggiuntive.

Peculiarità del nostro Presidio è quella di avere due Pronto Soccorso, pertanto, è stato individuato un medico capoturno per ciascun PS al quale è stato affidato un telefono dedicato per raccogliere le esigenze di ricovero e comunicarle all'altro PS e ai reparti.

La distribuzione dei ricoveri di area medica dai PS avviene secondo i seguenti criteri:

- Il TREND GIORNALIERO dell'Ospedale di Dolo-Mirano, cioè il numero di ricoveri che i due PS possono effettuare in area medica ogni giorno senza ulteriori interventi, è calcolato sui ricoveri giornalieri storici al 95° percentile ed è di 24 ricoveri/die.

- Ogni reparto si prepara a ricevere dai PS quotidianamente un numero di ricoveri (TREND di RE-

PARTO) definito in base al proprio numero di letti.

- I Pronto Soccorso si impegnano a distribuire equamente i ricoveri secondo i numeri stabiliti.

- Il metodo di assegnazione dei ricoveri da PS va applicato a tutte le Unità Operative Internistiche e Specialistiche di area medica.

Al fine di attuare tale sistema, è stato attivato il gestionale informatico "Hospital Bed Management", utilizzato dal PS per l'assegnazione dei ricoveri e visibile ai reparti per il monitoraggio in tempo reale. I posti letto nei reparti non sono più visibili al PS.

CONCLUSIONI

Dall'avvio del protocollo c'è stata una significativa riduzione di presenze giornaliere su posto letto nei reparti di area medica, con riduzione del numero di appoggi effettuati, soprattutto nei reparti di area chirurgica.

Si è ridotta inoltre la durata media di degenza in area medica (pre-trend 11.9; post-trend 11.4).

Infine, anche grazie all'effettuazione dei periodici incontri che coinvolgono i Direttori di area medica, chirurgica e dei due PS nonché rappresentanti del Distretto, della COT e degli assistenti sociali ospedalieri, è emerso un miglioramento della comunicazione anche con le strutture territoriali con una presa in carico a 360° del paziente.

L'Equità di accesso ai servizi sanitari delle persone con disabilità: l'esperienza di Prato

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

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

² Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Santo Stefano - Prato, Azienda USL Toscana Centro

Parole chiave: Equità, Accesso ai servizi sanitari, Percorsi

INTRODUZIONE

Nel recepire la Delibera 666 del 19.6.2017 della Regione Toscana circa l'equità di accesso ai servizi sanitari delle persone con disabilità, l'Azienda USL Toscana Centro ha indicato nel Presidio Ospedaliero Santo Stefano il riferimento per l'area pratese riguardo ai percorsi per pazienti con bisogni medi o complessi. Le finalità di questi percorsi sono quelle di garantire le cure ai pazienti con disabilità e di diffondere la cultura dell'accoglienza della disabilità in tutti i luoghi di cura.

Scopo del presente lavoro è presentare l'esperienza del Presidio Ospedaliero di Prato, cercando di dimostrare come le indicazioni organizzative della Direzione Sanitaria siano state determinanti nella realizzazione di percorsi appropriati.

CONTENUTI

La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di Prato ha strutturato e codificato in procedura specifica i percorsi, che vengono attivati tramite richiesta dematerializzata del Medico di Medicina Generale inviata mezzo mail ad un indirizzo dedicato. Un facilitatore di percorso identifica la tipologia del bisogno al fine di prenderlo in carico, contatta il caregiver o il paziente stesso, l'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio o l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFC), qualora il paziente sia in carico a quest'ultimo.

I bisogni richiesti possono essere suddivisi in:

- bisogni semplici, quali esami ematici o visita specialistica;
- bisogni complessi di tipo 1, quali esami diagnostici strumentali;
- bisogni complessi di tipo 2, che richiedono accesso e permanenza in struttura ospedaliera.

I percorsi che possono essere attivati sono:

- Percorso con accesso ospedaliero;
- Percorso "Modello Piccola Equipe", composta dallo Specialista, Facilitatore e dall'IFC, per l'accesso al domicilio del paziente. E' possibile anche attivare un intervento infermieristico specifico.

Relativamente alle prestazioni, il Medico di Medicina Generale viene informato del giorno in cui viene incontrato il paziente.

Tutti gli indicatori di monitoraggio dei percorsi hanno dato esito soddisfacente. In particolare, il numero dei pazienti presi in carico in rapporto al totale dei pazienti con bisogni speciali segnalati è stato del 100%. I tempi di attesa sono risultati congrui (solitamente entro i 10 giorni). Non è pervenuto nessun reclamo, anzi un utente ha presentato un articolo di elogio su rivista cartacea e online. Il livello di appropriatezza nell'inserimento del giusto percorso è stato pari al 100%.

CONCLUSIONI

I bisogni speciali delle persone con disabilità richiedono risposte specifiche, sia per la presa in carico ai servizi sanitari, sia per intercettare problematiche cliniche e assistenziali che potrebbero passare misconosciute in realtà che non prevedono percorsi dedicati. La nostra esperienza dimostra che l'organizzazione di un percorso dedicato ai pazienti con bisogni medi o complessi in una realtà ospedaliera è non solo realizzabile, ma contribuisce in maniera significativa all'equità di accesso ai servizi sanitari e al grado di soddisfazione dell'utenza.

Spazi verdi ospedalieri: una ricerca-azione partecipata per avviare la creazione di un giardino terapeutico in un ospedale universitario

Tocco Tussardi I.¹; De Benedetti L.²; Mazzino F.³; Margagliotti A.⁴; Polin V.⁵; Quaglia D.⁶; Tardivo S.¹

1 Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva, Ambientale e Occupazionale, Università di Verona;
2 CREA Centro di Ricerca Orticoltura e Florovivaismo – sede di Sanremo (IM); 3 Dipartimento di Architettura e Design, Università di Genova;
4 Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona; 5 Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Verona; 6 Dipartimento di Informatica, Università di Verona

Parole chiave: healing garden; progettazione aree verdi; ricerca-azione partecipata

INTRODUZIONE

Gli spazi verdi, e in particolare i giardini terapeutici (“healing gardens”), svolgono una funzione “salutogenica” sempre più riconosciuta nei luoghi della cura. I benefici derivanti dal contatto con la natura sono evidenti sia per i pazienti che per il personale: miglioramento dei processi di cura, riduzione del distress psicologico nel personale e incremento del benessere generale di pazienti, sanitari e caregivers. La pandemia COVID-19 ha portato nuova attenzione ed evidenza scientifica sul ruolo degli spazi verdi nei contesti emergenziali. In questo contributo si descrive una ricerca-azione partecipata condotta presso l’Università di Verona e finalizzata alla riqualificazione di un’area verde inutilizzata adiacente l’ospedale universitario.

CONTENUTI

Il progetto ha avuto come target un’area verde di 18,000 metri quadrati adiacente a una delle due sedi dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e al polo universitario. La fase pilota è stata finalizzata alla creazione di un inventario del patrimonio arboreo e di una mappatura digitale dell’area, fino a quel momento non disponibili. Per l’azione è stato disegnato un approccio partecipativo con il coinvolgimento degli studenti dell’Università di Verona. Per le attività, gli studenti sono stati dotati di una web app creata ad hoc. Il progetto ha inoltre previsto la conduzione di un’indagine qualitativa, con anche interviste individuali, condotta dagli studenti su un campione di potenziali fruitori dell’area verde riqualificata (staff ospedaliero e universitario, studenti, pazienti e visitatori). Le informazioni raccolte dagli studenti sul parco arboreo (altezza, circonferenza, genere, specie, posizione GPS) sono state revisionate da referenti esperti ed è stato

formalizzato un inventario di 292 alberi, identificati dagli studenti con una precisione di circa il 90%. Gli alberi censiti sono risultati per il 72.8% appartenenti a cinque specie principali, per oltre il 75% di altezza compresa tra 5 e 20 m e di circonferenza tra 20 e 200 cm, e per la maggior parte (59%) decidui. Dalle interviste con il campione di potenziali utilizzatori è emersa una scarsa conoscenza dell’area verde, rilievo che risulta giustificato dallo stato corrente di inutilizzo. Sono stati tuttavia evidenziati anche interesse e consenso verso una progettualità di riqualificazione dell’area con progettazione di un healing garden; la segnalazione degli elementi primariamente necessari alla fruizione dell’area (panchine e aree attrezzate); ed espressioni di apprezzamento e curiosità verso la possibilità di interazione digitale con il parco arboreo tramite pannelli che consentono l’accesso a informazioni tramite smartphone.

CONCLUSIONI

La creazione di un inventario arboreo con mapping digitale ha permesso di soddisfare un prerequisito imprescindibile all’avvio della riqualificazione dello spazio verde. La definizione delle caratteristiche del parco arboreo consentirà di implementare strategie di ottimizzazione architettonica del verde (es. privilegio di determinate specie) per la creazione di uno spazio funzionale. Le implementazioni future prevedono la conduzione di analisi quantitative considerando le diverse categorie di potenziali fruitori; il monitoraggio dell’insorgenza di nuove necessità; e la creazione di simulazioni dei possibili progetti di rinnovamento da sottoporre ai potenziali fruitori per un ulteriore coinvolgimento nel processo, perseguendo le modalità dell’azione partecipata.

Analisi del percorso del paziente chirurgico programmato e delle performance operative presso la fondazione policlinico universitario campus bio-medico di Roma

Bardini F.¹, Sirico I.², D'Annibale P.³, Venditti A.⁴, Sommella L.⁵

1 Medico di Direzione Sanitaria, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma; 2 Associate Consultant, Integrated Health Solutions, Medtronic; 3 Consulting Manager, Integrated Health Solutions, Medtronic; 4 Vice Direttore Sanitario, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma; 5 Direttore Sanitario, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

Parole chiave: sostenibilità, accessibilità, produttività

INTRODUZIONE

Tra le prestazioni erogate dal SSN, quelle chirurgiche si collocano certamente tra le più complesse dal punto di vista organizzativo, rappresentando l'elemento di costo più rilevante e l'attività potenzialmente a maggiore rischio per il paziente. Complice la pandemia da Sars Cov2, è peggiorato il divario tra domanda e offerta di prestazioni chirurgiche, a causa dell'aumento della prima e della riduzione della seconda, determinando così un'impennata dell'allungamento delle liste d'attesa, che rende non più rinviabile l'applicazione di metodi e strumenti per un'efficiente gestione dell'intero percorso del paziente chirurgico, al fine di contribuire alla sostenibilità economica del SSN e alla domanda di salute dei cittadini.

CONTENUTI

Il Policlinico Campus Bio-medico di Roma è una struttura ospedaliero-universitaria di diritto privato, accreditata con il SSR per 348 posti letto di cui 143 di area chirurgica. Nel 2022 sono stati eseguiti 14.900 interventi chirurgici elettivi. Vi sono 2 blocchi operatori con 13 sale, di cui una per le urgenze. Le liste operatorie sono discusse settimanalmente e validate quotidianamente. Tramite il SIO tutti i servizi coinvolti sono allineati in merito alla programmazione chirurgica e quotidianamente avviene il monitoraggio dei principali KPI. Il flusso dei pazienti è di due tipi: a) pazienti accettati al mattino stesso dell'intervento (fast track) che accedono direttamente in sala operatoria per poi essere ricoverati al piano di degenza; b) pazienti già ricoverati, provenienti dai piani di degenza. All'inizio del 2022, il monitoraggio dei KPI di processo e di esito (tempo medio di incisione del primo intervento, tempo medio di cambio sala, tempo di uscita dalla sala dell'ultimo intervento e produttività oraria) rilevava valori non adeguati rispetto ai target. Per indagare le cause ed identificare possibili fattori correttivi, la Direzione Strategica ha ritenuto necessario avviare un progetto di analisi condotto in collaborazione con i consulenti di Integrated Health Solutions (IHS). Gli obiettivi

principali erano: a) miglioramento dei flussi peri-operatori e dei KPI; b) incremento dei volumi di attività e della produzione oraria; c) efficientamento nella gestione delle liste d'attesa ed utilizzo della pre-ospedalizzazione. Gli strumenti metodologici impiegati: a) consultazione delle banche dati; b) Gemba Walk; c) monitoraggio dei tempi mediante tablet (PerfOrmance). I principali risultati delle analisi sono stati: a) CAGR della produzione oraria negativo rispetto ad una crescita positiva del fatturato delle SS.OO. nel periodo in esame (2019- 2022); b) Sul fenomeno del late start, è stato dimostrato che oltre il 98% dei pazienti non entra in sala prima delle 08.00; c) Relativamente alle dimissioni, l'analisi ha dimostrato che la maggior parte delle stesse avvengono tardivamente, intorno alle 12.00; d) Sul fenomeno dell'over run, è stato dimostrato che il tempo buffer di copertura delle sale fino alle 22.00, contribuisce in minima parte a migliorare la produttività.

CONCLUSIONI

Le analisi condotte hanno dimostrato che l'andamento negativo dei KPI, ricondotto in un primo momento alle sole inefficienze intraoperatorie, origina in realtà dal governo della domanda (programmazione). E' stato definito un action plan, composto da azioni a breve e lungo termine per raggiungere gli obiettivi prefissati. Tra quelle a breve termine, le principali sono: a) screening accurato delle liste operatorie in fase di validazione; b) rimodulazione degli slot di preH in funzione della capacità effettiva; c) revisione della modalità di preparazione e prelievo dai reparti dei primi pazienti di sala. Tra quelle a lungo termine vi sono: a) riallocazione degli slot alle UU.OO. più efficienti e con maggiore domanda; b) individuazione di produttività oraria target per le UU.OO. tradotto nel case mix da pianificare; c) efficientamento dei servizi di supporto peri-operatori (eg. farmacia satellite e centrale di sterilizzazione); d) revisione dell'infrastruttura organizzativa che presiede l'intero percorso del paziente chirurgico; e) revisione ed informatizzazione della modalità di governo della domanda (lista d'attesa).

Studio preliminare delle motivazioni del flusso di codici minori in pronto soccorso

Simonini M.¹, Bassani K.², Carmignola R.², Gozzo S.², Tardivo S.¹, Valandro N.¹, Luciano M.²

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Verona

² Direzione Medica Ospedaliera – Ospedale “Mater Salutis” Legnago

Parole chiave: Gruppo Strategico, Gruppo di Programmazione, Gruppo Operativo

INTRODUZIONE

L'obiettivo del Pronto Soccorso (PS) è gestire l'emergenza sanitaria che arriva all'ospedale dal territorio erogando “interventi tempestivi ai pazienti giunti in modo non programmato”.

L'eccessivo ricorso, da parte dei pazienti, ai servizi del PS ne determina il sovraffollamento (overcrowding) per un'alterazione del rapporto domanda/offerta generando un netto squilibrio a favore della prima componente.

Tra le cause di questo fenomeno troviamo, soprattutto negli ultimi anni, il costante invecchiamento della popolazione, la crescente complessità delle patologie e dei bisogni assistenziali dei pazienti stessi. Per poter garantire un'adeguata risposta alle necessità dei cittadini che si rivolgono ai PS è indispensabile un sistematico monitoraggio degli accessi per comprenderne le motivazioni, il grado di prevenzione operato dal territorio, ma anche la modulazione attuata dalle attività ambulatoriali ospedaliere.

CONTENUTI

La Direzione Medica Ospedaliera (DMO) dell'Ospedale di Legnago ha elaborato un questionario anonimo, con 5 domande a risposta singola, somministrato da parte del personale medico-infermieristico della DMO direttamente in PS al paziente con codice di triage “verde” o “bianco”. L'analisi ha interessato un periodo complessivo di 4 settimane, dal 13/03/2023 al 07/04/2023, con una frequenza settimanale di 3 giorni, suddivisi in 4 fasce orarie (10-12, 12-14, 14-16, 16-18). Sono stati esclusi i pazienti minorenni, quelli indirizzati ai fast track ostetrico-ginecologico, oculistico, otorinolaringoiatrico, pediatrico; quelli in attesa di completare i percorsi diagnostici iniziati nei giorni precedenti (“ritorni”) ed i pazienti con attribuzione di codice

di triage diverso dal bianco e dal verde. Si è appurato che il 70% di tutti gli accessi al PS dell'Ospedale di Legnago erano rappresentati dai codici bianco o verde, più frequentemente presenti (60%) nella fascia pomeridiana (14-18).

Sono stati raccolti 210 questionari da cui è emerso che il campione, pur avendo un medico di medicina generale (MMG) nel 90% dei casi, si rivolgeva al PS evitando di interpellarlo (59,6%) e solo nel 23,8% dei casi era inviato dal curante in ospedale. I pazienti contattati ritenevano imprescindibile rivolgersi al PS per la gestione della propria patologia (60,4%) e solo poco più del 20% lamentava un'attesa eccessiva presso lo studio del proprio MMG. Interessante è anche notare come molti cittadini (54,5%) abbiano dichiarato di essere favorevoli all'utilizzo di un servizio di guardia medica diurna per evitare di recarsi al PS.

CONCLUSIONI

L'analisi condotta ha evidenziato che la maggior parte degli accessi al PS dell'Ospedale di Legnago rientra tra i codici minori. Inoltre la quasi totalità dei soggetti, nonostante sia seguita dal MMG, cerca risposte ai propri bisogni assistenziali presso il PS. Al contrario la maggior parte dei cittadini attualmente in attesa dell'assegnazione del medico curante non conosce il servizio di medicina distrettuale (63,6%) e tende a rivolgersi al PS. Da questi dati emerge da un lato il peso dell'autodeterminazione del cittadino nel riferirsi al PS e dall'altro la possibilità di ridurre la pressione sul PS con una diversa organizzazione (fast track). Per ridurre l'iperafflusso ed il sovraffollamento è quindi necessario agire sui cittadini aumentando il loro livello di informazione e innescando un cambiamento culturale che eviti il riferimento diretto ai PS in presenza delle diverse risposte assistenziali territoriali.

Trapianto di midollo in pazienti COVID-19 e misure di prevenzione: l'esperienza dell'Ausl di Piacenza

F. Fichtner¹, B. Zerbi¹, C. Manini², M. Minelli³, D. Vallisa⁴, F. Federici⁵

1 Medico specializzando di Igiene e Medicina preventiva, AUSL Piacenza/Università degli studi di Parma; 2 Coordinatore Infermieristico Reparto Ematologia Ospedale Guglielmo di Saliceto Piacenza AUSL Piacenza; 3 Medico Dirigente Direzione Medica Ospedale Guglielmo di Saliceto Piacenza AUSL Piacenza; 4 Direttore U.O.C. Ematologia Ospedale Guglielmo da Saliceto Piacenza AUSL Piacenza; 5 Direttore FF Direzione Medica UO Stabilimento Ospedaliero di Piacenza Governo dell'accesso, Ospedale Guglielmo da Saliceto AUSL Piacenza AUSL Piacenza

Parole chiave: Trapianto, COVID-19, Sicurezza

INTRODUZIONE

La pandemia da SARS-CoV-2 ha segnato un forte rallentamento delle attività trapiantologiche e oncologiche, per il rischio di complicanze anche fatali di una possibile infezione.

L'obiettivo dello studio è quello di dimostrare la possibilità di effettuare un trapianto di midollo osseo in pazienti ematologici gravi e positivi per SARS-Cov-2 in totale sicurezza per loro e per i degenti che afferiscono al medesimo reparto, prendendo in esame due interventi eseguiti nel reparto di Ematologia dell'Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza.

CONTENUTI

I due pazienti all'ingresso in reparto presentavano un aggravamento della loro malattia ematologica e data l'urgenza del trapianto e stante il quadro paucisintomatico dell'infezione da SARS-Cov-2 si è deciso di mettere in sicurezza il reparto e di procedere all'intervento.

Il Reparto di Ematologia è organizzato su 4 sezioni: 2 di degenza normale e 1 contigua dedicata ai pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo e 1 sezione pazienti carcerati.

Come Direzione Medica si è proceduto a:

- chiudere una sezione del reparto al fine di renderla ad utilizzo esclusivo dei 2 pazienti;
- concordare con la direzione della casa circondariale la chiusura della sezione "pazienti carcerati" (2 celle) per evitare possibili contaminazioni e conseguentemente destinare letti di degenza per i carcerati presso altre U.O.;
- chiudere una stanza di degenza e allestirla a guardiola infermieristica dedicata alla bolla COVID-19;

- riservare personale dedicato esclusivamente ai 2 pazienti;
- aggiungere 1 infermiere professionale in turno notturno dedicato solo ai 2 pazienti COVID-19;
- Formazione aggiuntiva riguardo vestizione/ svestizione, DPI, gestione percorsi sporco/pulito, buone pratiche per contenere e gestire il rischio biologico al personale medico infermieristico e OSS;
- dedicare un carrello terapie, un carrello medicazioni e un carrello emergenze ad uso esclusivo per i 2 pazienti;
- installare nel corridoio della sezione una macchina C2 per il trattamento aria (380l/min, filtro HEPA/13).

I due pazienti sono risultati positivi al tampone per SARS-CoV-2 in ingresso e per tutto il periodo del ricovero, rimanendo asintomatici fino alla dimissione. Il trapianto di cellule staminali emopoietiche è stato effettuato in data 22/02/22 per entrambi i pazienti che hanno avuto una dimissione regolare. Sono stati valutati i tamponi dei 53 pazienti degenti in reparto dal 14/02/22 al 15/04/22 (periodo totale di ricovero e di positività dei 2 pazienti in esame). Nel suddetto periodo sono stati eseguiti ulteriori 9 trapianti e 4 mobilizzazioni cellulari. E' stato rilevato un solo paziente positivo per Sars-Cov2, all'ingresso, per il quale si è disposto l'immediato trasferimento in altra U.O..

CONCLUSIONI

Dai dati ottenuti si evince che con adeguate misure di prevenzione e controllo è possibile eseguire un trapianto di midollo osseo in pazienti COVID-19 garantendo la sicurezza anche agli altri degenti del reparto.

Impatto della pandemia da COVID19 sulle prestazioni Chirurgiche. Studio retrospettivo in Puglia

Signorile N.¹, Rizzi D.¹, Mele F.², Bianchi F.P.³, Navazio C.¹, Abbasciano V.¹, Valente E.¹, Melpignano L.⁴, Daleno A.³, Tafuri S.¹, Porfido R.⁵

1 Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari; 2 UOC Medicina Legale, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 3 Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 4 DMPO Giovanni XXIII, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 5 Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari

Parole chiave: SARS-CoV-2; management; standard-of-care

INTRODUZIONE

In Italia, all'inizio della pandemia COVID19, le strutture nosocomiali sono state rafforzate per assistere ad un numero sempre più crescente di pazienti infetti gravi.

Le procedure chirurgiche sono state sospese al fine di riallocare il personale sanitario nelle unità di terapia intensiva, autorizzando solo procedure chirurgiche in emergenza e in elezione salvavita, con ovvie limitazioni del numero di casi operabili. Lo scopo del nostro studio è quello di valutare l'andamento delle attività chirurgiche nelle strutture sanitarie pugliesi sotto la pressione dell'emergenza pandemica.

CONTENUTO

Le procedure chirurgiche in studio sono state identificate consultando l'archivio regionale pugliese delle schede di dimissione ospedaliera.

Sono stati utilizzati i codici ICD9 per definire quattro interventi di chirurgia elettiva (prostatectomia, tiroidectomia, valvuloplastica, colecistectomia) e quattro di chirurgia d'urgenza (appendicectomia, frattura del femore, angioplastica coronarica, rimozione di ostruzione vasi testa-collo), nel periodo 2019-2021. Le variabili

continue sono espresse come media $\pm$ deviazione standard e range, le variabili categoriche come proporzioni.

Il tasso di ospedalizzazione è stato definito come il numero di ricoveri diviso la popolazione pugliese, estratta dagli archivi ISTAT.

Il numero di tutte le procedure è diminuito dal 2019 al 2020 (Tabella 1); la riduzione è stata maggiore per la chirurgia elettiva (in media -43,7%) rispetto alla chirurgia d'urgenza (in media -15,5%). Nel 2021 è stato registrato un aumento rispetto al 2020 per tutte le procedure.

Gli interventi elettivi, tuttavia, hanno registrato un'ulteriore lieve diminuzione rispetto al 2019 (-12,4%), mentre è stato osservato un leggero au-

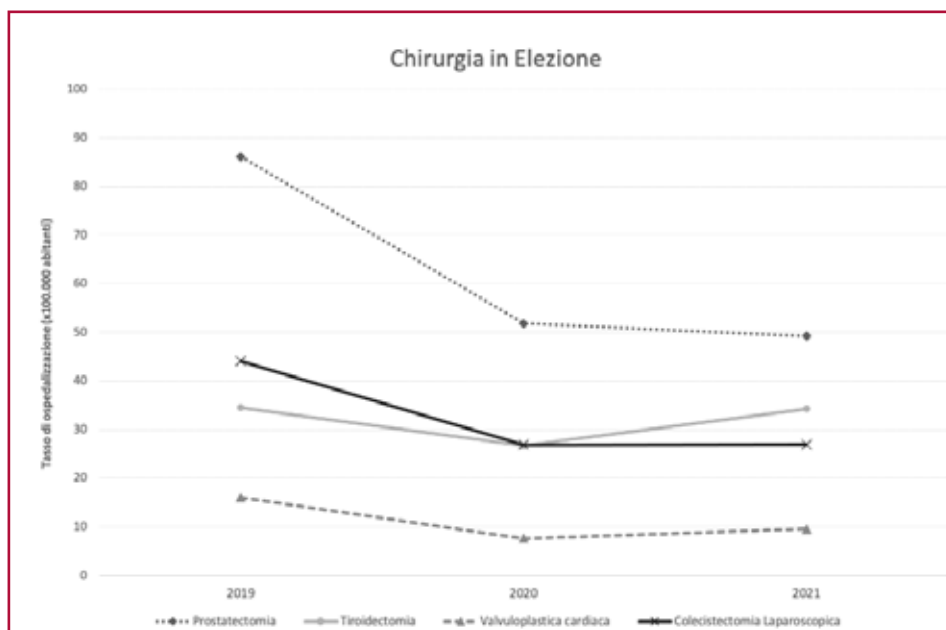


Tabella 1. Numero di procedure e variazione percentuale tra gli anni in analisi.

Procedure	2019	2020	2021	D% 2020-2019	D% 2021-2020	D% 2021-2019
Chirurgia in elezione						
Prostatectomia	3,723	2,057	3,227	-44,7%	56,9%	-13,3%
Tiroidectomia	1,885	1,255	1,637	-33,4%	30,4%	-13,2%
Valvuloplastica cardiaca	1,711	794	1,636	-53,6%	106,0%	-4,4%
Colecistectomia laparoscopica	5,213	2,972	4,243	-43,0%	42,8%	-18,6%
Chirurgia d'urgenza						
Appendicectomia	1,373	1,060	1,303	-22,8%	22,9%	-5,1%
Riduzione grossolana di frattura del femore	3,923	3,477	3,970	-11,4%	14,2%	1,2%
Angioplastica coronarica percutanea transluminale	5,475	3,980	5,044	-27,3%	26,7%	-7,9%
Rimozione endovascolare di ostruzioni dai vasi della testa e del collo	162	161	204	-0,6%	26,7%	25,9%

mento per gli interventi in urgenza (+3,5%). I tassi di ospedalizzazione per anno e modalità di intervento sono descritti in figura 1.

CONCLUSIONI

La pandemia COVID19 ha avuto un forte impatto sul sistema sanitario regionale pugliese e ha richie-

sto l'implementazione di strategie volte a contenere l'infezione e a garantire il più possibile i servizi sanitari. È necessario un nuovo paradigma di assistenza ospedaliera per i pazienti SARS-COV-2 in fase di post-emergenza in Italia, al fine di ottimizzare le risorse disponibili e garantire elevati standard di qualità ed efficienza ai cittadini.

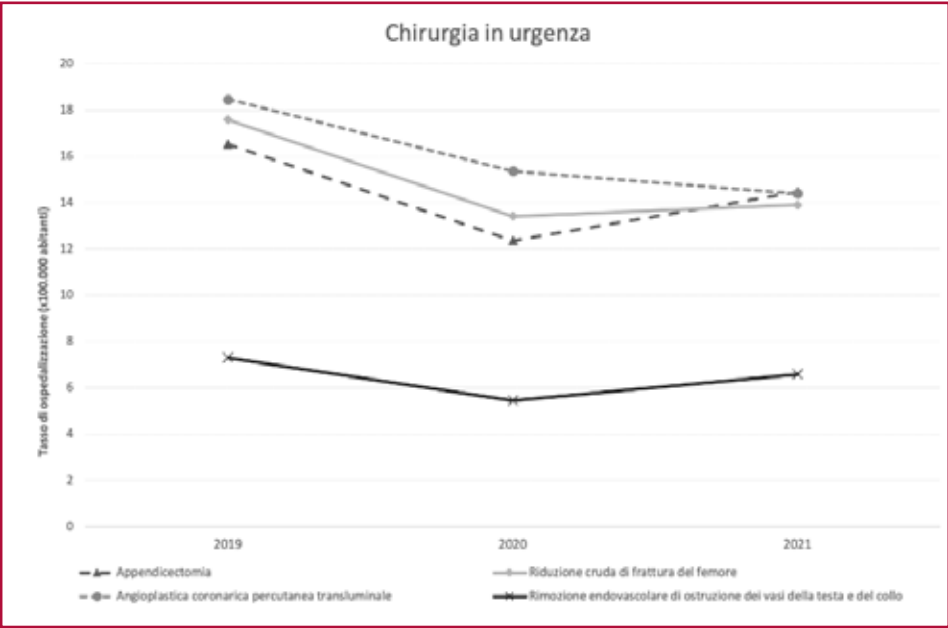


Figura 1.
Tassi di ospedalizzazione.

Tematica
Organizzazione clinico-assi-
stenziale

Sovraffollamento e boarding nei pronto soccorsi: strategie ed aree di intervento presso aziende ospedaliere della regione Piemonte

Rinaldi M.¹, Giusto F.¹, Arione R.¹, Leigheb F.², Farrauto G.², Capponi A.², Vitale A.³, Morabito D.³, Azzolina M.C.³, Comba M.⁴, Rebora M.⁴

1AOU San Luigi Orbassano, 2AOU Novara, 3AO Mauriziano Torino, 4AO Cuneo

Parole chiave: Boarding, Sovraffollamento, Pronto Soccorso (PS)

INTRODUZIONE

Per gestire il Sovraffollamento dei Pronto Soccorsi, Regione Piemonte e Azienda Zero hanno impartito alle Aziende Sanitarie Regionali precise indicazioni che integrano e completano le linee di Indirizzo Nazionali, non sempre applicate. Sono stati pertanto licenziati documenti Regionali con linee di indirizzo dettagliate e per l'anno 2022 è stato attribuito ai Direttori Generali l'obiettivo di Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding. Obiettivo prioritario delle Aziende è deliberare ed inviare in Regione il "Piano di Gestione del Sovraffollamento" del PS/DEA. Inoltre, alle Aziende sono richiesti audit mensili con verifica di avanzamento delle azioni previste nel piano e monitoraggio degli indicatori prestabiliti. Scopo del presente lavoro è mettere in luce, ai fini di un confronto collaborativo, quali strategie ed aree di intervento prioritarie hanno attuato alcune Aziende Sanitarie Piemontesi nella contestualizzazione dei Piani nella propria realtà nel 2023.

MATERIALI E METODI

L'obiettivo generale e prioritario del piano annuale di gestione del sovraffollamento è stato contestualizzato nelle Aziende dalle linee di indirizzo Regionali a garanzia della riduzione e del controllo del boarding. La base metodologica su cui poggiare le iniziative intraprese dalle diverse Aziende risiede nell'aver considerato concretamente il PS come parte di un sistema complessivo ospedaliero-territoriale; l'analisi dell'intero processo ha permesso di comprendere le dinamiche di impatto delle attività in ogni setting assistenziale ed i relativi punti critici su cui intervenire con azioni di mi-

glioramento dei processi, sugli aspetti organizzativi, tecnologici-informativi o logistico-strutturali e comunicativo-formativi Risultati: vedi tabella con specifiche per singola Azienda.

CONCLUSIONI

Le molteplici azioni messe in atto dalle Aziende piemontesi rappresentate nel presente lavoro sono solo l'inizio del cammino previsto dal Progetto Regionale. Il punto di forza di tale Progetto è rappresentato dalla consapevolezza che solo un rilevante lavoro di "integrazione Ospedale-Territorio e Dipartimenti-Emergenza-Accettazione" con implementazione di risorse umane, protocolli di intesa, presa in carico in cure primarie dei pazienti cronici e forti collaborazioni interprofessionali e interdisciplinari potrà permettere, passo dopo passo, il raggiungimento della meta prevista di omogeneità nella riduzione e nel controllo del boarding dei PS.

Azienda Ospedaliera	Azioni Logistico-Strutturali/ Tecnologiche-Informatiche	Azioni Organizzative-Gestionali/ Comunicative-Formative
A.O.U. San Luigi di Orbassano Spoke Area Omogenea Torino Ovest	■ Sistema informativo: cruscotto per monitoraggio mensile indicatori performance per ogni azione e monitoraggio giornaliero occupazione posti letto e indicatori PS. ■ Progetto ricerca: “predizione necessità ricovero con tecniche Machine Learning da dati accesso storico passaggi PS”, in collab. con Centro Biostatistica Epidemiologia e Sanità Pubblica, Dipartimento Scienze Cliniche e Biologiche, Università di Torino. ■ Conversione posti letto area chirurgica in posti letto area medica.	■ Prevenzione accessi in PS: riduzione invii in PS da DH e ambulatori specialistici, con implementazione protocolli interni. ■ Percorso PS: presa in carico infermieristica paziente post triage, implementazione personale infermieristico e attivazione guardia centrale (specialisti area medica) sul boarding, riduzione tempistica consulenze <60 minuti, potenziamento percorsi fast-track. ■ Riduzione tempistica consulenze in Reparto: < 24 ore da richiesta, definizione programma settimanale dimissioni in continuità assistenziale con NOCC, coerente con soglia attivazione posti letto per pazienti in boarding. ■ Ricovero in area chirurgica patologie di confine.
A.O.U. Maggiore della Carità di Novara Hub Area Omogenea Piemonte Nord-Est	■ Area di degenza stabile: appoggi internistici/specialistici. ■ Riconversione Subintensiva Covid in Area a Degenza Soprannumeraria: appoggio di pazienti internistici/specialistici (turnover periodo estivo vs epidemico invernale). ■ Sviluppo nuovo applicativo di PS: implementazione indicatori regionali di monitoraggio (nel contesto del SIO: tempo di attesa, tempo di processo, tempo di boarding, % passaggi seguiti da ricovero).	■ Applicazione Regolamento Supporto Medico al Pronto Soccorso: per gestione carenza personale medico MeCAU (turnistica su base quadrimestrale a DSPO). ■ Applicazione Istruzione Operativa Gestione pazienti da PS con “patologie di confine”. ■ Formalizzazione e attivazione Fast-track: Ambulatori accessori (Oculistico e Dermatologico). ■ Implementazione gestione comunicazione: DSPO-DEA-NOCC-COT per disponibilità posti letto (interni ed esterni).
A.O. Mauriziano Umberto I di Torino Hub Area omogenea Torino Ovest	■ Aumentate postazioni di triage PS: per migliorare gestione pazienti in attesa di visita, prima valutazione infermieristica del paziente e garanzia rivalutazione frequente. ■ In periodo invernale, aumento posti letto a disposizione dei reparti medici: per aumento accessi patologie respiratorie. ■ Cruscotto informatico per NOCC infermieristico e sociale: per aumentare turnover pazienti reparti degenza ordinaria, con rapido scambio informazioni con DSPO.	■ Definite 5 soglie critiche di sovraffollamento: per ognuna previste azioni per aumentare accoglienza pazienti reparti degenza; azioni per aumentare capienza reparti Medici, limitata attività chirurgica per accogliere pazienti medici in reparti chirurgici. ■ Definizione elenco patologie di confine: condivise con Direttori Strutture; pazienti con malattie di pertinenza chirurgica precocemente trasferiti in reparto chirurgico prima del termine di iter diagnostico e di valutazione anestesilogica. ■ Centralizzazione invii in CAVS e RSA (DGR 10): sensibile aumento numero posti letto a disposizione.
A.O. Santa Croce e Carle di Cuneo Hub Area Omogenea Piemonte Sud-Ovest	■ Implementazione monitoraggio informatico: dato quotidiano appoggi in area medica e chirurgica. ■ Implementazione applicativo in intranet aziendale: visualizzazione in tempo reale posti letto disponibili e saldo debito quotidiano dovuto da reparti di area medica. ■ Aree di degenza: per appoggi internistici.	■ Formalizzazione e attivazione fast-track radiologico. ■ Incontri formativi: indirizzati a Coordinatori Infermieristici e Direttori di Struttura su tema overcrowding, per implementare sinergia con PS. ■ Implementazione comunicazione tra Bed Management aziendale (e NOCC) e DEA: per disponibilità posti letto e gestione dimissioni difficili.

L'esperienza di gestione centralizzata del flusso dei pazienti nella regione Lazio della coa asl Roma 1

Rita Lucchetti¹, Sergio Ribaldi², Rita De Giulì³, Serenella Ballini⁴, Maria Lucia Luzzi⁴, Anna Maria Calvara⁴, Sonia Cattaneo⁵, Isabella Vanzolini⁵, Valentina Ceccarelli⁶, Erika Alessandra Strangi⁶

1 Direttore Area Governo della Rete ASL Roma 1; 2 Bed manager dell'Unità di crisi regionale emergenza sanitaria; 3 Responsabile UOS Centrale Operativa Aziendale ASL Roma 1; 4 Assistente Sociale UOS Centrale Operativa Aziendale ASL Roma 1; 5 CPSI-Infermiera UOS Centrale Operativa Aziendale ASL Roma 1; 6 Assistente Sanitaria UOS Centrale Operativa Aziendale ASL Roma 1

INTRODUZIONE

Per contenerne gli effetti della pandemia da COVID-19 sulla salute collettiva e ottimizzare le risorse della rete assistenziale, la Regione Lazio nell'ambito delle strategie di prevenzione, assistenza e controllo del contagio ha adottato un modello organizzativo basato sulla gestione centralizzata del flusso dei pazienti dell'intera Regione per favorire il turnover negli Ospedali e consentire ai Territori tempi adeguati alla ricerca di soluzioni appropriate al bisogno espresso, in sinergia con le altre Istituzioni coinvolte.

MATERIALI E METODI

Nel 2020, la Regione Lazio ha organizzato strutture dedicate per l'accoglienza di soggetti non necessitanti di ricovero ospedaliero, ma impossibilitati a permanere a domicilio.

Per il governo tempestivo, la Regione ha affidato la gestione dei flussi di questi pazienti alla Centrale Operativa Aziendale dell'ASL Roma 1, già strutturata come strumento organizzativo centralizzato d'integrazione tra Ospedale e Territorio e, pertanto, rapidamente attivabile quale supporto operativo all'Unità di crisi regionale per l'emergenza sanitaria.

RISULTATI E DISCUSSIONE

I Covid Hotel, per autosufficienti e soggetti in quarantena vigilata o propedeutica all'ospitalità presso altre strutture, sono stati attivi dal Marzo2020 a Giugno2022.

L'andamento delle richieste per l'accoglienza di soggetti positivi è stato in linea con l'andamento della curva epidemiologica, con prevalenza nell'anno2021 determinata anche dalla presa in carico di soggetti sottoposti a quarantena vigilata in ottemperanza alle disposizioni nazionali.

L'offerta delle RSA Covid, attive per non autosufficienti da Marzo2020, ha subito chiusure e aperture in linea con la curva epidemica e, ad oggi, sono attivi 38posti residenza. Anche il numero delle richieste è stato direttamente proporzionale alle positività rilevate nella popolazione target, con picco significativo nell'ultimo trimestre 2020.

Dal Gennaio2022 sono attivi 73posti residenza nelle RSA Estensive Temporanee dedicate ad accogliere persone non autosufficienti No Covid impossibilitate, alla risoluzione dell'evento acuto ospedaliero, al rientro a domicilio per fragilità sociali (c.d. "dimissioni difficili"), significativamente aumentate a seguito della crisi economica e sociale determinata dalla pandemia.

Questi trasferimenti consentono a tutti gli Ospedali della regione di ridurre i tempi di degenza e aumentare il turnover, ai Servizi territoriali di definire in tempi congrui percorsi assistenziali appropriati in sinergia con gli Enti Locali e la contestuale razionalizzazione delle risorse ospedaliere.

CONCLUSIONE

Il coordinamento centrale ha consentito di rispondere tempestivamente alle esigenze di supporto con ricadute positive in termini di riduzione dei tempi di degenza, maggior turnover nei reparti per acuti, contenimento del rischio di contagio e rafforzamento delle interconnessioni nell'ambito della rete assistenziale confermando la necessità di una network intelligente interdisciplinare orientato al problem solving rapido e flessibile.

PDTA della cataratta presso il Cal dei P.O. di Mussomeli e di Niscemi

Longo Alberto¹, Giorgio Federica², Bartoluccio Giacomo³, Cirrone Cipolla Alfonso⁴

1 Studente di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università degli studi di Udine; 2 Collaboratore Amministrativo Professionale, referente protesica presso Dipartimento di Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria; 3 Referente PUA Distretto Sanitario d Gela Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria; 4 Responsabile Direzione Medica di Presidio Suor Cecilia Basarocco di Niscemi

Parole chiave: Cataratta - PDTA- Deospedalizzazione

INTRODUZIONE

La cataratta è la maggiore causa di cecità nel mondo, nei paesi industrializzati è un esempio di patologia dell'invecchiamento e rappresenta il più frequente intervento tra le diverse discipline chirurgiche.

L'intervento di Cataratta è un intervento di chirurgia oftalmica maggiore di non agevole esecuzione, a elevata complessità poiché per il suo svolgimento devono essere superati problemi tecnici particolari e gli eventi avversi possono condurre sino alla perdita della funzione visiva o alla perdita anatomica del bulbo oculare. È indicata per poter:

- migliorare la funzione visiva di soggetti con Cataratta e anche con altre patologie oculari
- Prevenire il residuo funzionale di soggetti ipovedenti per altre gravi patologie oculari
- Esplorare accuratamente il segmento posteriore dell'occhio
- Prevenire lo sviluppo di altre patologie oculari

Il progresso tecnologico nell'ambito oculistico ha permesso non solo di eseguire una chirurgia sempre meno invasiva e più sicura, permettendo un rapido recupero funzionale e una convalescenza sempre più breve, e di eseguire la maggior parte degli interventi di chirurgia oftalmica in regime ambulatoriale on DSA, evitando ospedalizzazione del paziente.

Il CAL di Oculistica ha l'obiettivo di avvicinare i servizi sanitari al domicilio dell'utenza, erogando prestazioni ambulatoriali o in Day service;

CONTENUTI

È stato istituito un percorso PDTA presso il CAL di Oculistica del P.O. di Mussomeli e del P.O. di Niscemi, che si applica a tutti i pazienti che vengono sottoposti ad intervento.

Il PDTA Prevede la presa in carico del paziente attraverso Visita Ambulatoriale per un'accurata valutazione

del paziente, Sarà cura del Medico scegliere il setting assistenziale tra i due disponibili, ossia di chirurgia ambulatoriale od in Day Service. Post intervento, il primo controllo viene eseguito entro 3 giorni;

Nel corso della visita oculistica vengono valutate le condizioni del segmento anteriore e della lente impiantata con particolare attenzione alle possibili reazioni infiammatorie e alla presenza di dolore. Alla fine della visita al paziente viene prenotata una visita di controllo. Nonostante gli interventi di cataratta siano interventi sicuri gravati da una bassissima percentuale di complicanze grazie allo sviluppo tecnologico e all'esperienza del chirurgo, il PDTA preveda una procedura in caso di emergenza, da adottare in caso di un malore del chirurgo o del guasto di un'apparecchiatura tale da impedirne il completamento della procedura chirurgica od ancora in caso di grave complicanza intraoperatoria.

CONCLUSIONI

Ad oggi la fase di sperimentazione del servizio è a pieno regime dalla quale si registra una buona risposta in termini di prestazioni che di gradimento da parte degli utenti. L'individuazione del PDTA e la correlata erogazione dei servizi ad essi collegati consente di poter affermare oltre ogni ragionevole dubbio che la futura Sanità 4.0 deve prevedere sempre di più una deospedalizzazione che faccia fronte alle esigenze dei pazienti che necessitano interventi di Cataratta con necessaria implementazione della fase di accoglienza del paziente financo alla post-acuzia. Lo Scopo di tale PDTA è quello di garantire la sicurezza del paziente in caso di impedimento nel completamento della procedura chirurgica. Il Presente PDTA sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse e ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Monitoraggio delle performance del Presidio per le Maxi Emergenze in Puglia

Daleno A.¹, Signorile N.², Rizzi D.², Mele F.³, Misceo F.³, Navazio C.², Abbasciano V.², Valente E.², Melpignano L.⁴, Bianchi F.P.³, Porfido R.⁵

1. Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 2. Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari; 3. UOC Medicina Legale, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 4. DMPO Giovanni XXIII, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 5. Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari

Parole chiave: SARS-CoV-2; organizzazione ospedaliera; emergenza COVID19

INTRODUZIONE

Il Presidio per le Maxi Emergenze presso la Fiera del Levante è stato concesso in uso alla Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale Policlinico di Bari per i fini assistenziali dei casi gravi COVID19 (15 marzo 2021-31 agosto 2022).

Il Presidio è strutturato in Aree Funzionali facenti parte del medesimo ambiente di cura, all'interno del quale il personale sanitario ha potuto prestare l'assistenza necessaria ai pazienti ricoverati condividendo spazi e competenze.

Obiettivo dello studio è descrivere le caratteristiche dei pazienti ricoverati e valutare l'impatto del Presidio sulle capacità erogative delle Unità Operative (UO) COVID e non COVID del Policlinico di Bari.

CONTENUTO

L'Archivio Regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Policlinico è stato utilizzato per estrarre tutti i record relativi ai ricoveri eseguiti

presso il Presidio e tutti i ricoveri del Policlinico relativi al periodo marzo 2020-agosto 2022, analizzando due periodi

■ Periodo 1 → Marzo 2020-Febbraio 2021

■ Periodo 2 → Marzo 2021-Febbraio 2022

Nel periodo marzo 2021-agosto 2022 sono stati ricoverati presso il Presidio 1330 soggetti, con età media di 70 anni, di cui 808 (61%) maschi (Tabella 1). Il tempo mediano di degenza dei pazienti è stato di 13 giorni; per 274 (21%) pazienti è stato necessario il ricovero presso la Terapia Intensiva e il decesso è stato riscontrato per 356 (27%).

Nel Periodo 1 sono state validate 22921 SDO, di cui 20008 relative a pazienti dimessi da UUOO non COVID e 2.913 relative a UUOO COVID. Tra marzo 2021 e febbraio 2022 il numero di SDO prodotte corrisponde a 26665 (+16%), suddivise in 23829 (+3821 rispetto al Periodo 1) pazienti dimessi dalle UUOO non COVID, 2081 pazienti dimessi dalle UUOO COVID del Policlinico e 755 pazienti dimessi dal Presidio. non COVID si osserva come Quasi tutte le UUOO mediche e chirurgiche hanno incrementato il numero dei ricoveri a seguito dell'apertura del Presidio per le Maxi Emergenze, specialmente le UUOO chirurgiche (Tabella 2).

CONCLUSIONI

L'apertura del Presidio per le Maxi Emergenze ha portato beneficio ai pazienti che sono stati trattati efficacemente da un team multidisciplinare, ma anche alle UUOO mediche e chirurgiche non COVID dell'AOU Policlinico che hanno visto un sostanziale incremento della propria attività. In particolare, le UUOO chirurgiche sono tornate ad utilizzare i blocchi operatori in una prima fase dedicati alle sole urgenze.

Table 1. Caratteristiche dei pazienti ricoverati presso il Presidio delle Maxi Emergenze.

Variabile	Valore (n=1330)
Maschi; n (%)	808 (60,8)
Età alla ospedalizzazione; media ± DS (range)	69,7 ± 14,7 (18-102)
Giorni di ospedalizzazione; mediana (range IQR)	13 (8-22)
Modalità di accesso; n (%)	
■ Pronto Soccorso	1119 (84,2)
■ Trasferito da altra struttura pubblica	69 (5,2)
■ Trasferito da struttura privata accreditata	51 (3,8)
■ Altro	91 (6,8)
Ricovero in Terapia Intensiva; n (%)	274 (20,6)
Decesso; n (%)	356 (26,8)

Table 1. Numero di pazienti - UUOO Chirurgiche non COVID.

Unità Operativa	PERIODO 1	PERIODO 2	Δ (P2-P1)
Cardiochirurgia universitaria	265	395	+130
Centro Ustioni universitario	56	89	+33
Chirurgia Epato-Biliare e Centro Trapianti	231	258	+27
Chirurgia Generale ospedaliera	683	736	+53
Chirurgia Generale universitaria "Marinaccio"	283	165	-118
Chirurgia Generale universitaria "Rubino"	131	197	+66
Chirurgia Generale universitaria "Bonomo"	900	1129	+229
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva universitaria	685	810	+125
Chirurgia Senologica	18	428	+410
Chirurgia Toracica universitaria	697	837	+140
Chirurgia Vascolare universitaria	356	385	+29
Chirurgia Vertebrale	236	425	+189
Chirurgia Videolaparoscopica e d'Urgenza	793	999	+206
Endoscopia Diagnostica ed Interventistica	72	142	+70
Ginecologia ed Ostetricia I universitaria	1.210	1.325	+115
Ginecologia ed Ostetricia II universitaria	1.400	1.768	+368
Neurochirurgia universitaria	749	889	+140
Oftalmologia universitaria	474	518	+44
Ortopedia e Traumatologia universitaria	1.269	1.343	+74
Otorinolaringoiatria universitaria	729	944	+215
Urologia I universitaria	153	142	-11
Urologia II universitaria	93	96	+3
TOTALE	11.483	14.020	+2.537

Tematica Covid-19

Uber delle vaccinazioni

F. De Caro¹, A.E. Vozzella², W.Longanella³, A.S.Tozzi⁴, V.Patella⁵, M.Costantino⁶, S.Caruccio⁷, P.Sinopoli⁷, C.Giordano⁷, D.Fornino⁷, M.Perillo⁷, A. De Chiara⁷, G.Moccia⁸, G.Boccia⁹, M.Capunzo¹⁰

(1) Referente Aziendale Rischio Clinico -A.O.U San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona -Professore associato UNISA; (2) Direttore Sanitario -A.O.U San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona; (3) Direttore Medico di Presidio -A.O.U San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona; (4) U.O.C Igiene Pubblica -ASL Salerno;(5) U.O.C Medicina generale -Allergologia ASL Salerno;(6) Dirigente Medico DMP -A.O.U San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona;(7) Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva -Università degli Studi di Salerno; (8) Dottore di Ricerca in Medicina Translazionale- Università degli Studi di Salerno - A.O.U San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona; (9) Direttore Igiene Ospedaliera e Epidemiologia- A.O. U San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona -Professore associato UNISA;(10) Direttore DAI Igiene e Medicina Valutativa - A.O.U San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona -Professore ordinario UNISA

Parole chiave: Herpes Zoster, soggetti fragili

INTRODUZIONE

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale prevede che la vaccinazione contro l'Herpes Zoster debba essere offerta attivamente ai soggetti di età >65 anni e nei soggetti a rischio di età >50 anni. La Regione Campania ha invitato le Autorità Sanitarie a diffondere le vaccinazioni per i pazienti fragili, offrendo gratuitamente il vaccino a DNA ricombinante (Shingrix - GSK) ai pazienti a rischio >18 anni. L'Azienda "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" ha aderito all'invito della Regione Campania a farsi promotore di tale attività vaccinale e ha stipulato apposito protocollo con l'ASL Salerno e l'Università degli Studi di Salerno per la corretta gestione del percorso vaccinale e la fornitura dei vaccini, offrendo gratuitamente ai propri pazienti la possibilità di intraprendere il percorso di immunizzazione anti-Herpes Zoster.

CONTENUTI

Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno è stato attivato, a partire dal 5 dicembre 2022, un ambulatorio itinerante per l'attuazione della campagna vaccinale, con l'adozione della strategia opportunistica di somministrazione, offrendo il vaccino al momento delle visite periodiche di follow-up. L'organizzazione si basa sulla presenza di un Dirigente Medico dell'Azienda Ospedaliera e due medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva con la supervisione e coordinamento del Direttore del Management e Reporting di Valutazione del Rischio. Gli operatori sanitari, muniti di un frigo elettrico mobile, per garantire la catena del freddo, e di un computer portatile per registrare le vaccinazioni, si recano negli ambulatori, dove

i pazienti effettuano le visite periodiche di follow-up, per proporre la vaccinazione ed effettuare la somministrazione e la registrazione sull'apposita piattaforma regionale SORESA. Shingrix viene somministrato per via intramuscolare e prevede una schedula vaccinale di 2 dosi da somministrare a distanza di circa due mesi. Inoltre, è stato predisposto uno specifico modulo di consenso informato al vaccino che viene inserito nella cartella clinica. I reparti che, al momento, hanno aderito alla campagna vaccinale sono stati: U.O.C di Nefrologia-Dialisi e Trapianto di rene, U.O.C di Ematologia e Centro Trapianti del midollo osseo, U.O.C. di Malattie Infettive e U.O.C. di Gastroenterologia del P.O. "Ruggi" e U.O. di Dialisi del P.O. "A.Fucito". Il maggior numero di vaccinazioni (N:203) è stato effettuato nell'U.O.C. Nefrologia-Dialisi del P.O.Ruggi. Inoltre, i pazienti così reclutati hanno compilato un questionario in forma cartacea a scopo di ricerca scientifica con domande relative agli aspetti psicologici e sociali in relazione alla somministrazione della campagna vaccinale anti-Herpes Zoster.

CONCLUSIONI

L'offerta di un vaccino a DNA ricombinante ha reso possibile la protezione dei pazienti che hanno una probabilità molto più alta di manifestare l'Herpes Zoster rispetto al resto della popolazione, avendo l'immunosoppressione da farmaci antirigetto, e con conseguenze che possono essere devastanti. Il numero di vaccinazioni effettuate dal 5 dicembre al 19 aprile 2023 è pari a 303 di cui 61 seconde dosi. Inoltre, il modello adottato risponde anche ad esigenze di sicurezza in quanto realizzato in una struttura protetta e con criteri avanzati di gestione del rischio.

Impatto di un PDTA sulle coperture vaccinali in pazienti splenectomizzati al Policlinico di Bari

Rizzi D.¹, Signorile N.¹, Mele F.², Daleno A.³, Navazio C.¹, Abbasciano V.¹, Valente E.¹, Melpignano L.⁴, Bianchi FP³, Tafuri S.¹, Porfido R.⁵

1 Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari; 2 UOC Medicina Legale, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 3 Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 4 DMPO Giovanni XXIII, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 5 Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari

Parole chiave: PDTA; paziente cronico; prevenzione malattie infettive

INTRODUZIONE

L'asplenia/splenectomia è una condizione clinica associata ad immunocompromissione dovuta alla mancanza dell'azione immunologica ed ematologica del tessuto splenico. Questi pazienti hanno un rischio 10-50 volte maggiore della popolazione generale di sviluppare una Overwhelming Post-Splenectomy Infection (OPSI).

L'obiettivo dello studio è valutare l'impatto del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la prevenzione di OPSI nei pazienti splenectomizzati presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari.

CONTENUTO

Il PDTA, redatto nel 2014 dalle Unità Operative chirurgiche e dalla Unità di Igiene, definisce un percorso per i pazienti sottoposti a splenectomia presso il Policlinico, volto alla prevenzione delle OPSI tramite vaccinazioni anti-pneumococcica, anti-meningococcica, anti-Haemophilus influenzae B e anti-influenzale.

La somministrazione delle vaccinazioni raccomandate deve essere completata preferibilmente da 4 a 6 settimane prima della splenectomia in elezione. I pazienti sottoposti a intervento di splenectomia in urgenza e quelli splenectomizzati in elezione ma non vaccinati prima dell'intervento vengono avviati alla profilassi vaccinale entro 72 ore dall'intervento. L'introduzione del PDTA ha consentito, un anno dopo l'implementazione, un aumento delle coperture vaccinali (CV) 10 volte maggiore rispetto a quelle registrate nei pazienti splenectomizzati nel 2013. L'efficacia di questo PDTA si osserva confrontando le CV nella popolazione pugliese (n=1579) tra il 2015 ed il 2021 con quelle dei pazienti (n=382) pre-

si in carico presso il Policlinico nello stesso periodo (Figura 1); si osserva un incremento delle CV degli splenectomizzati al Policlinico che va da un +7.3% per l'anti-influenzale fino al +67.3% per la vaccinazione anti-Haemophilus influenzae di tipo B.

CONCLUSIONI

Una corretta gestione dei pazienti prevede lo studio di strategie lungimiranti volte alla prevenzione della patologia o, al più alla sua cura nelle fasi precoci della stessa. A tal fine, la definizione di PDTA efficaci permette, come nel caso dei pazienti splenectomizzati, di aumentare sensibilmente i livelli assistenziali necessari a prevenire complicanze gravi (OPSI). La collaborazione tra medico vaccinatore e lo specialista di branca risulta fondamentale affinché vi sia una presa in carico del paziente con conseguente miglioramento della compliance al trattamento.

Tematica

Percorsi innovativi preventivi, diagnostici e terapeutici assistenziali

Open access come intervento per migliorare la gestione delle liste d'attesa ambulatoriali

Di Serafino F.¹, Zotti N.¹, Civitelli S.¹, Geminale G.¹, Baggiani A.^{2,3}, Biani S.⁴, Luchini G.⁵, Tulipani A.⁶, Guercini J.⁷

1 Medico in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pisa; 2 Direttore U.O. Igiene ed Epidemiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; 3 Professore Associato, Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa; 4 Direttore Generale, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; 5 Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; 6 Dirigente medico, Nucleo Multidisciplinare Attività Ambulatoriali, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; 7 Direttore U.O. Controllo di Gestione, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

INTRODUZIONE

La gestione delle liste d'attesa è un aspetto critico dell'organizzazione regionale dell'assistenza sanitaria. Le liste d'attesa rappresentano l'eccesso di domanda che il sistema sanitario può garantire in un tempo specifico. L'efficace attuazione di politiche per governare il fenomeno delle liste di attesa richiede l'adozione di appropriate strutture organizzative di prenotazione per contenere il rischio di sottoutilizzazione dei servizi di cura e massimizzare la loro capacità di garantire il rispetto del tempo massimo d'attesa per ciascuna classe di priorità.

CONTENUTO

Lo studio analizza il modello Open Access adottato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP) per la gestione delle liste d'attesa ambulatoriali. Il modello prevede la prenotazione entro 3 giorni e lo scorrimento giornaliero delle prestazioni monitorate dal Piano Regionale per la Gestione delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021, con un'offerta uniformemente distribuita durante l'intera settimana. Lo studio ha analizzato le politiche governative adottate riguardo al sistema di accesso ai servizi ambulatoriali dell'AOUP tra il 1 Giugno 2019 e il 31 Maggio 2021, considerando che il modello Open Access è stato implementato a Giugno 2020.

Lo studio ha analizzato le politiche governative dell'AOUP riguardanti il sistema di accesso a visite specialistiche e test diagnostici. I servizi di primo accesso sono dedicati ai residenti nelle aree definite dal PRGLA, con la possibilità di attivare un'agenda di primo livello dedicata ai non residenti. In caso di esaurimento dei posti disponibili, la Cabina di Regia Ambulatoriale dell'AOUP avvisa i contatti dipartimentali per attivare una stretta sorveglianza e una riprogrammazione dell'offerta dovrebbe

essere prevista all'inizio della settimana lavorativa successiva.

CONCLUSIONI

La percentuale di garanzia di prenotazione entro i tempi nazionali è migliorata notevolmente passando da 84.02% del periodo pre-Open Access a 93.56% del 2021 considerando tutte le visite. Le visite che partivano da percentuali inferiori hanno visto un miglioramento fino al 31% come nel caso della visita reumatologica che è passata dal 68% al 99%. Anche le visite che partivano con percentuali di garanzia >80% hanno visto un trend in miglioramento attestandosi su valori >95%

Lo stesso andamento è quindi visibile per i tempi di attesa per la prima disponibilità confrontando il periodo pre e post introduzione del metodo. In particolare si evidenzia come la visita allergologica è passata da 96 giorni a 8 giorni e la visita pneumologica da 82 a 4 giorni. Anche visite che partivano già da tempi in linea con la priorità hanno beneficiato della metodologia, come la visita di chirurgia vascolare che è passata da 2 a 0 giorni.

È importante quindi nel sistema sanitario un corretto governo delle liste di attesa, poiché l'accesso tempestivo alle prestazioni sanitarie è un diritto essenziale per i cittadini e ha un impatto significativo sull'organizzazione dei servizi sanitari. Tuttavia, non esistono soluzioni univoche per gestire le liste di attesa, ma è necessario attuare azioni complesse. In particolare si sottolinea l'importanza della separazione tra il primo accesso e i controlli, e l'utilizzo di strumenti digitali per la gestione delle liste di attesa. Strutture di controllo adeguate sono necessarie per rilevare tempestivamente eventuali "anomalie" e verificare il corretto funzionamento del sistema di accesso alle cure attraverso l'inserimento in lista.

La Direzione Sanitaria e il Rinascimento del Sistema Sanitario

Alessandro Barbarino*, Federico Abate**, Ilaria Carannante***, Emilia Anna Vozzella***

*Azienda Ospedaliera Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona" di Salerno

** Dipartimento di Farmacia "Università degli Studi di Napoli Federico II" di Napoli

*** Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli

Parole chiave: Telemedicina; Sanità Digitale; Innovazione in Sanità

INTRODUZIONE

Siamo nell'era dell'innovazione strutturata del Sistema Sanitario sulla scia della tecnologia, della potenzialità della telemedicina, dei percorsi e processi assistenziali riprogettati a sostenere la salute in una prospettiva di prossimità. La Sanità Digitale è vista come l'opportunità del cambiamento del sistema sanitario e la Telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio) come supporto ai nuovi percorsi ospedale-territorio-casa come luogo di cura.

CONTENUTI

La Direzione Sanitaria Ospedaliera con le varie UO assistenziali e di supporto (Farmacia, Ingegneria Clinica, Sistemi Informativi) è impegnata nel riprogettare l'organizzazione delle attività assistenziali secondo una diversa modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie affidata all'uso della innovazione tecnologica e telemedicina:

■ occorre ristrutturare gli ambulatori in televisita per i pazienti cronici, con malattie rare o dimessi;

■ occorre ristrutturare la connessione con i presidi assistenziali del territorio (Presidi Ospedalieri ASL, Distretti, RSA, Hospice, Suap, Medicina Penitenziaria, Studi dei MMG/ PLS, ADI, Riabilitazione) per favorire:

- il teleconsulto fra professionisti nelle reti tempo dipendenti tra centri spoke e hub;

- il teleconsulto di 2° livello in elezione (per i malati oncologici, per i pazienti affetti da malattie rare, per i pazienti cronici, per i pazienti post dimissione ospedaliera). Nello staff della Direzione Sanitaria nasce una nuova articolazione aziendale per progettare l'innovazione dei percorsi assistenziali con l'integrazione multidisciplinare di medici di direzione sanitaria, di clinici, di farmacisti e di tecnologi. Negli atti aziendali, nel un nuovo piano di organiz-

zazione e funzionamento della direzione sanitaria, va prevista la figura di esperti di telemedicina e di innovazioni tecnologiche.

Nella Regione Campania per pianificare gli ambulatori in televisita, per visita di controllo, occorre seguire i seguenti step:

- delibera di attivazione e funzionamento;
- inserimento degli ambulatori su Piattaforma Regionale Soresa;
- interoperabilità con il CUP Regionale per prenotazione e pagamento ticket;
- formazione ai medici;
- allestimento delle postazioni di lavoro;

I pazienti con la ricetta del MMG dovranno essere accreditati sulla piattaforma regionale per poter essere abilitati alla televisita. Per pianificare invece il teleconsulto, in emergenza e in elezione, occorre acquisire le disponibilità delle consulenze specialistiche in azienda, attivare su Piattaforma Regionale le agende di lavoro delle consulenze, adottare la delibera di attivazione e funzionamento delle attività in teleconsulto, siglare una apposita convenzione tra l'azienda sanitaria che offre e l'azienda sanitaria che chiede.

CONCLUSIONI

La Direzione Sanitaria mette in atto una diversa organizzazione che tende a gestire la fase acuta del paziente domiciliare e residenziale che non richiede l'ospedalizzazione, a riservare il ricovero ospedaliero esclusivamente al caso complesso e urgente e a gestire il paziente post ricovero, medico e chirurgico, a distanza. I risultati attesi dalle attività assistenziali erogate secondo la diversa modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie sono finalizzati alla riduzione delle complicità, alla riduzione del ricorso in ospedale e al miglioramento dell'esito.

Rischio interferenziale nella costruzione di nuovi edifici di un ospedale di terzo livello

Geminale G.¹, Civitelli S.¹, Di Serafino F.¹, Zotti N.¹, Totaro M.², Cristofano M.³, Curiardi M.⁴, Baggiani A.^{5,6}

1 Medico in Formazione Specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pisa; 2 Assegnista di Ricerca, Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa; 3 U.O. Organizzazione Servizi Ospedalieri, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; 4 Consorzio METIS; 5 Direttore U.O. Igiene ed Epidemiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; 6 Professore Associato, Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa

Parole chiave: gestione del rischio, edilizia sanitaria, interferenze da cantiere

INTRODUZIONE

La costruzione di nuovi edifici all'interno dello stabilimento di Cisanello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP), di rilevanza a livello regionale e nazionale, rappresenta un importante passo avanti nella riorganizzazione delle attività sanitarie. Tuttavia, la presenza di un cantiere fortemente diffuso e potenzialmente impattante sulle attività sanitarie quotidiane dell'ospedale ha reso necessario lo sviluppo di un modello organizzativo specifico per garantire il mantenimento in sicurezza dell'attività assistenziale erogata.

CONTENUTO

Il modello organizzativo sviluppato dall'AOUP prevede due principali azioni organizzative e gestionali.

La prima riguarda la gestione dei rischi generati dall'avanzamento delle nuove costruzioni sugli edifici già esistenti. In questo caso, è stato definito un processo di gestione dei rischi che prevede l'individuazione delle matrici di rischio interferenziale, la previsione dell'eventuale impatto di queste sulle strutture esistenti e sulle attività ospedaliere, la progettazione delle eventuali misure di mitigazione da adottare, il monitoraggio della loro efficacia e la gestione di eventuali emergenze.

La seconda azione organizzativa riguarda i rischi residui all'interno delle aree ospedaliere già in uso. In questo caso, l'Azienda si è dotata di una Commissione Interferenze, con competenze multidisciplinari e multiprofessionali, coordinata dalla U.O. Organizzazione Servizi Ospedalieri che ha il compito di armonizzare le attività di progettazione e di adozione delle misure ritenute più idonee per la riduzione del rischio interferenziale.

Questo ruolo è stato assunto al fine di permettere il normale svolgimento delle attività sanitarie senza doverle interrompere.

Il processo di gestione dei rischi descritto sopra, è stato ripetuto per ogni fase di avanzamento del cantiere, partendo dall'analisi del cronoprogramma dettagliato delle lavorazioni fornito dalla Ditta Appaltatrice alla Commissione Interferenze.

CONCLUSIONI

Il modello organizzativo dell'AOUP ha consentito, finora, di valutare rischi molto complessi e specifici senza poter fare riferimento a normative, tecniche o letteratura esistente, di coordinare tutte le azioni di mitigazione, interne ed esterne agli edifici, assicurandone una programmazione coerente con le lavorazioni in corso e di non rallentare il cronoprogramma dei lavori, garantendo al contempo le condizioni igienico-sanitarie e di sicurezza previste dalla normativa vigente.

In conclusione, il modello organizzativo dell'AOUP rappresenta un esempio di come un'azienda sanitaria possa affrontare in maniera efficace il problema delle interferenze tra l'avanzamento dei lavori di costruzione e lo svolgimento delle attività sanitarie quotidiane. La sua efficacia deriva dalla capacità di coinvolgere tutte le aree organizzative e le competenze necessarie in maniera multidisciplinare per garantire la continuità del servizio e la sicurezza degli operatori e dei pazienti.

Il processo di innovazione nell'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno

Grazia Cioffi*, Alessia Bramanti*, Federico Abate, Antonio Mainardi*, Rosanna Vellucci*, Ferdinando Memoli*, Emilia Anna Vozzella*, Vincenzo D'Amato***

**Azienda Ospedaliera Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona"*

*** Dipartimento di Farmacia Università degli Studi di Napoli "Federico II"*

Parole chiave: digitalizzazione, smart devices, smart-hospital

INTRODUZIONE

La pandemia ha dato una forte scossa all'utilizzo di nuove tecnologie per la gestione di condizioni emergenziali a distanza. L'imprevedibilità legata al Covid ha insegnato anche che gli aspetti chiave delle nuove strutture ospedaliere devono risiedere proprio nella loro flessibilità e nella loro capacità di adattamento ai cambiamenti. La Campania ha recentemente indetto la gara per i lavori relativi alla realizzazione del nuovo ospedale Ruggi di Salerno, che non sarà solo perfettamente integrato con la società e nel contesto urbano, attento alle esigenze di pazienti, medici e caregiver, ma soprattutto digitale, tecnologico e sostenibile

CONTENUTI

Le linee di intervento intraprese per trasformare l'AOU Ruggi in un ospedale di nuova generazione sono rivolte alla realizzazione di una infrastruttura sociale urbana non solo destinata a servizi diagnostici e sanitari ma anche orientata alla ricerca, alla formazione e al completamento del percorso di digitalizzazione ed innovazione tecnologica, già intrapreso negli ultimi anni. La trasformazione in atto riguarda il tema della digitalizzazione mirando ad integrare le metodologie tradizionali, il tema della cura al domicilio, la telemedicina e l'ausilio di smart devices per il dialogo con il medico e la gestione integrata dell'infrastruttura grazie, ad esempio, all'uso di applicazioni e sensori per il monitoraggio dei parametri ambientali e di salute. Attualmente l'AOU Ruggi, si è attivata sulla piattaforma della Regione Campania, Telemedicina Sinfonia, predisponendo l'erogazione delle prestazioni di Televisita e Teleconsulto. Le Agende dell'AOU attualmente presenti sulla piattaforma regionale per la Televisita e di Teleconsulto sono relative alle seguenti specialità: CARDIO-

LOGIA-EMATOLOGIA-ENDOCRINOLOGIA-ONCOLOGIA-PNEUMOLOGIA-PSICHIATRIA- DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA-ALLERGOLOGIA-IMMUNOLOGIA-GASTROENTEROLOGIA-CHIRURGIA ENDOSCOPIA DIGESTIVA-ODONTOSTOMATOLOGIA-CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE. Dell'attività di Telemedicina è stata data comunicazione al territorio, MMG e PLS. E' in corso l' avvio in cui verranno raccolti i dati relativi non solo alle prestazioni erogate ma anche alla risposta del cittadino a questo tipo di servizio. Verranno infatti effettuate delle indagini relative al benessere del paziente e alla qualità del servizio offerto. Al contempo verranno effettuate delle statistiche interne per determinare se e quanto il servizio di telemedicina abbate i costi legati alle re-ospedalizzazioni, accessi inappropriati al pronto soccorso, abbattimenti delle liste d'attesa e tutti quegli indicatori che possano essere utili a fornire un significativo parametro di qualità legato al processo di modernizzazione dell'ospedale.

CONCLUSIONI

L'AOU Ruggi d'Aragona, ha già iniziato un percorso all'insegna dell'innovazione tecnologica per rendere l'ospedale uno "smart-hospital", integrando la telemedicina, l'intelligenza artificiale e la digitalizzazione distribuita a tutti i livelli per poter interagire con personale sanitario e pazienti in modo flessibile a seconda delle esigenze specifiche. L'obiettivo dell'Azienda è l'integrazione e la connessione con le altre strutture sanitarie del territorio per consentire la continuità assistenziale, garantendo così le cure primarie per realizzare una rete di assistenza sanitaria unica. La mission della direzione e di tutto il team dell'AOU Ruggi è di garantire la prossimità delle cure al fine di rispondere efficacemente ai bisogni di salute del cittadino.

Intelligenza artificiale per il monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico intraospedaliero

Zotti N.¹, Di Serafino F.¹, Geminale G.¹, De Angelis L.¹, Baglivo F.¹, Baggiani A.^{2,8}, Cristofano M.³, Gemignani G.⁴, Luchini G.⁵, Biani S.⁶, Rizzo C.⁷

1 Medico in Formazione Specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pisa; 2 Direttore U.O. Igiene ed Epidemiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; 3 Dirigente Medico U.O. Organizzazione Servizi Ospedalieri, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; 4 Dirigente Medico Organizzazione Servizi Ospedalieri, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; 5 Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; 6 Direttore Generale, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana; 7 Professore Ordinario, Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa; 8 Professore Associato, Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa

Parole chiave: infezioni del sito chirurgico, intelligenza artificiale, lettere di dimissione

INTRODUZIONE

L'Intelligenza Artificiale (IA) è una tecnologia sempre più importante nel settore sanitario, con numerose applicazioni, tra cui il monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico intraospedaliero (ISC). Queste infezioni possono causare problemi gravi ai pazienti e aumentare i costi sanitari, oltre che i contenziosi. L'IA può aiutare a identificare i pazienti a rischio, prevenire le infezioni e migliorare la gestione post-operatoria. Il nostro obiettivo è sviluppare un sistema di monitoraggio automatico delle ISC basato su dati intraospedalieri strutturati e non strutturati, incluse le Lettere di Dimissione Ospedaliera (LDO). Obiettivo secondario è sviluppare un algoritmo per la stratificazione del rischio dei pazienti con maggiore probabilità di sviluppare ISC.

CONTENUTI

In questo studio sono state analizzate 63.609 LDO dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP) relative agli anni 2020 e 2021. Attraverso un sistema di filtro semantico sono state estratte 22.625 LDO (35,6%) che riportavano le parole chiave identificate (Tab.1). Per poter sviluppare un algoritmo di elaborazione del linguaggio naturale (NLP) con tecniche di AI, è stato utilizzato un approccio di apprendimento supervisionato,

che prevede una etichettatura manuale del database di addestramento. Questa fase ha permesso di classificare le LDO in tre sottoclassi: "ISC", "non ISC" o "ISC in precedente ricovero". Grazie a questo, sarà possibile addestrare un algoritmo di NLP che permetterà di estrarre in tempo reale le ISC sospette, che verranno successivamente validate per valutare sensibilità e specificità del nuovo sistema di sorveglianza automatizzato. I dati relativi alle ISC insorte a 30 giorni dalla dimissione saranno raccolti attraverso programmi di sorveglianza territoriale, basati al livello regionale nell'ambito del Piano nazionale contrasto antibiotico-resistenza (PNCAR). Una volta ottenuti i risultati, si passerà ad analizzare i dati relativi all'obiettivo secondario per identificare in modo tempestivo i pazienti a rischio e migliorare la gestione post-operatoria.

CONCLUSIONI

Il sistema di sorveglianza intra-ospedaliero basato sull'IA potrebbe risolvere il problema della mancanza di sorveglianza delle ISC e della sottostima dell'incidenza. L'algoritmo può essere perfezionato e testato in altri contesti tramite l'apprendimento federato. Inoltre, l'identificazione dei pazienti ad alto rischio può guidare la personalizzazione delle strategie preventive post-dimissione.

Keywords relative all'intervento chirurgico		Keywords relative all'infezione
Intervento chirurgico - Intervento - Impianto - Chirurgi* - Protesi - Ferita - Taglio - Incisione - *scopia - *scopica - *scopico - Int* Chir* - Operat* - Operazione - Asportato - Sezione - Resezione - *plastica - *Embolizzazione - *tomia - escissione - Biopsia - Biopsizzato - revisione - resettore- *raffia - TURP* - TUIP* - Osteosintesi - TURB* - Impianto - Espianto	E / AND	Infezione - Pus - Purulent* - Rosso - Rossore - Febbre - Ascesso - Seps - Arrossat* - Settico - SSI - ISC - Edema - Complicanza - Secrezione - Infett* - S. Aureus - MRSA - MSSA - Mycoplasma- *cocco - Pseudomonas - Escherichia - E.coli - P. Aeruginosa - E. Faecium- E. Faecalis - Ferita Complicata - Deiscen* - Ferit*

Tab.1 - Keywords utilizzate per l'identificazione di sospetta ISC

Monitoraggio del percorso outpatient: l'esperienza dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese

Guarducci G.¹, Cuccaro C.², Messina G.^{1,3}, Nante N.^{1,3}, Vannini P.², De Marco M.², Barretta A.D.⁴

Medico in formazione specialistica (G.G.), Scuola Post Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena; 2 Dirigente medico (C.C.), Direttore UOC (D.M.M.) e Statistico (P.V.), UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri, Azienda ospedaliero-universitaria Senese; 3 Professore Associato (G.M.) e Professore Ordinario (N.N.), Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena; 4 Direttore Generale (A.D.B.), Direzione Generale, Azienda ospedaliero-universitaria Senese

Parole chiave: Percorso Outpatient, Domanda e Offerta, Organizzazione Sanitaria

INTRODUZIONE

In relazione al mutamento del quadro epidemiologico, tecnologico e della situazione economico-politica, i policy-maker stanno mirando a consolidare forme di erogazione di prestazioni sanitarie, più appropriate ed efficienti dal punto di vista organizzativo. In questo contesto, il percorso outpatient sta assumendo un ruolo sempre più centrale nelle strategie delle Aziende Sanitarie, ed è per questo che si rende necessario sviluppare nuovi approcci e competenze specifiche per assicurarne una gestione organizzativa più efficace. Obiettivo del presente lavoro è illustrare il come l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese (AOUS) ha risposto alla domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali e alla sua fluttuazione.

CONTENUTI

È stato condotto uno studio retrospettivo sulle prescrizioni e sulle erogazioni di prestazioni ambulatoriali degli anni 2021 e 2022, relative al bacino di utenza di garanzia e competenza, per le prestazioni outpatient, dell'AOUS.

I dati relativi alla prescrizione sono stati estratti dal sistema informatico regionale Business Object, mentre quelli dell'erogazione dal flusso informativo aziendale delle prestazioni ambulatoriali SPA. I dati mensili sono stati divisi in due quindicine; alla quindicina di prescrizione è stata associata quella di erogazione del periodo successivo. L'analisi statistica è stata svolta attraverso il Software STATA. Per ogni test, il livello di significatività prefissato è corrispondente a $p < 0,05$.

Nel periodo studiato la domanda di visite ambulatoriali è aumentata, passando da 2.728 ± 407 prescrizioni bisettimanali nel 2021 a 3.054 ± 502

prescrizioni bisettimanali nel 2022 ($p < 0,05$). Allo stesso tempo l'erogazione è passata da 1.152 ± 162 prestazioni ambulatoriali nel 2021 a 1.470 ± 196 nel 2022 ($p < 0,05$). La relazione tra la quindicina di prescrizione e quella di successiva erogazione mostra R^2 di 0,6921 con coefficiente angolare pari a 0,4025 [IC95%: 0,3755-0,4295] ($p < 0,05$) nel 2021 e un R^2 di 0,7396 con coefficiente angolare pari a 0,4729 [IC95%: 0,4463-0,5011] ($p < 0,05$) nel 2022.

CONCLUSIONI

Nel 2022 si assiste ad un aumento della domanda di prestazioni ambulatoriali, determinato principalmente dall'incremento della prescrizione elettronica e a maggiori necessità legate al "long-Covid". I risultati riportano come l'AOUS abbia mostrato "resilienza" nel rispondere al suddetto aumento della domanda, evitando una sofferenza del sistema e recuperando i pazienti che andavano a popolare le liste di attesa. Il raggiungimento di questo risultato è dovuto a un miglioramento del percorso di outpatient, attraverso la creazione del Team di Gestione Operativa, l'implementazione del monitoraggio, la riorganizzazione degli slot e l'estensione dell'orario delle attività ambulatoriali.

Il ruolo della trasmissione aerea in un cluster ospedaliero di Sars-Cov-2 con un elevato tasso di attacco

Milvia Marchiori¹, Riccardo Boscolo Cegion², Andrea Basso², Chiara Cabbia¹, Francesca Azzolini¹, Luciano Crimi¹, Myriam Ruggiero¹, Mara Carraro¹, Stefano Mazzon³, Paola Anello¹

1. Direzione Medica di Ospedale, Presidio Ospedaliero di Camposampiero, Azienda ULSS 6 Euganea, Padova

2. Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova

3. Unità Operativa di Recupero e Riabilitazione Funzionale, Presidio Ospedaliero di Camposampiero, Azienda ULSS 6 Euganea, Padova

Parole chiave: COVID-19, Sars-CoV-2, cluster ospedaliero, trasmissione aerea, sistema di ventilazione

INTRODUZIONE

Nel contesto della pandemia Covid-19, è fondamentale comprendere le modalità di trasmissione di SARS-CoV-2 in ambito ospedaliero al fine di applicare le appropriate misure di prevenzione e controllo. Obiettivo dello studio è descrivere l'indagine epidemiologica condotta e le ipotesi sulle modalità di diffusione del virus nel contesto di un outbreak ospedaliero.

CONTENUTI

L'outbreak si è verificato in un reparto misto di Geriatria, Riabilitazione Fisica e Lungodegenza da 18 posti letto. Tale configurazione era dovuta ad una riorganizzazione temporanea. Il reparto comprende anche palestre e locali adibiti ad esercizi riabilitativi e al ripristino della funzionalità motoria.

Il personale addetto al controllo delle infezioni ha condotto un'indagine epidemiologica su tutti i casi di COVID-19, identificato i contatti e condotto i test di sorveglianza in accordo alle procedure azienda-

li. Sulla base delle date di rilevazione della positività sono state costruite una curva epidemica (Figura 1) e una timeline del cluster.

Tra l'11 e il 20 ottobre 2022, 13 dei 17 pazienti ricoverati e 4 dei 35 operatori sanitari sono stati trovati positivi a SARS-CoV-2.

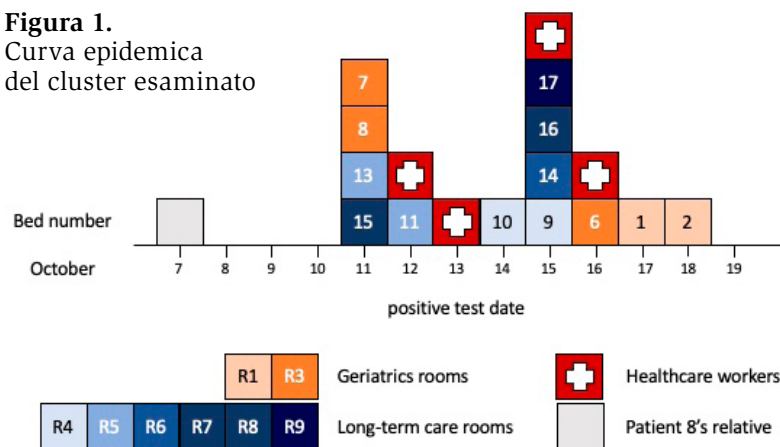
Tutti i pazienti e gli operatori sanitari del reparto sono stati sottoposti a sorveglianza in accordo alla procedura aziendale. Il reparto è stato chiuso alle nuove ammissioni e l'accesso alla palestra del reparto è stato bloccato. A causa dell'aumento del numero di casi positivi è stata richiesta una verifica dei sistemi di ventilazione, che è esitata nell'individuazione di un guasto ad una ventola di estrazione dell'aria nel bagno di una stanza di degenza che ospitava 3 pazienti tracheostomizzati, frequentemente sottoposti procedure generatrici di aerosol quale il broncolavaggio.

CONCLUSIONE

L'indagine epidemiologica ha evidenziato come diversi fattori possano aver contribuito alla diffusione del virus, tra i quali l'accesso alle palestre e ai trattamenti riabilitativi, che è stato sospeso nelle prime fasi dell'outbreak.

Tuttavia, alcune peculiarità del cluster hanno fatto propendere per una diffusione aerea a medio raggio: in primis, il fatto che il giorno zero fossero stati identificati quattro casi in tre diverse stanze. In secondo luogo, un tasso di attacco elevato tra i ricoverati e basso tra gli operatori sanitari (76,5% vs 11,4%), con un rapido aumento dei casi in pochi giorni. Ciò sottolinea l'importanza di una corretta ventilazione negli ambienti interni delle strutture sanitarie per controllare le epidemie nosocomiali di SARS-CoV-2.

Figura 1.
Curva epidemica
del cluster esaminato



Ricoveri prevenibili: qual è il burden sull'emergenza ospedaliera?

Fidecicchi Andrea¹, Mannelli Maria Pia¹

(1) Dirigente medico UOC Appropriatelyzza ed epidemiologia clinica e valutativa (AORN Antonio Cardarelli)

Parole chiave: ricoveri prevenibili, ricoveri ripetuti

INTRODUZIONE

Le patologie croniche costituiscono un importante impegno per il Servizio Sanitario Nazionale, assorbendo un grande quantitativo di risorse umane ed economiche. Anche per via dello squilibrio di offerta assistenziale fra ospedale e territorio, i ricoveri ordinari per condizioni potenzialmente trattabili o prevenibili a livello territoriale costituiscono parte importante delle prestazioni ospedaliere inappropriate. Al fine di stimare il peso dei ricoveri prevenibili nell'AORN Cardarelli di Napoli, in questo lavoro sono stati sperimentati degli indicatori per quantificare tali ricoveri nel periodo 2017-2022 e descriverne le caratteristiche.

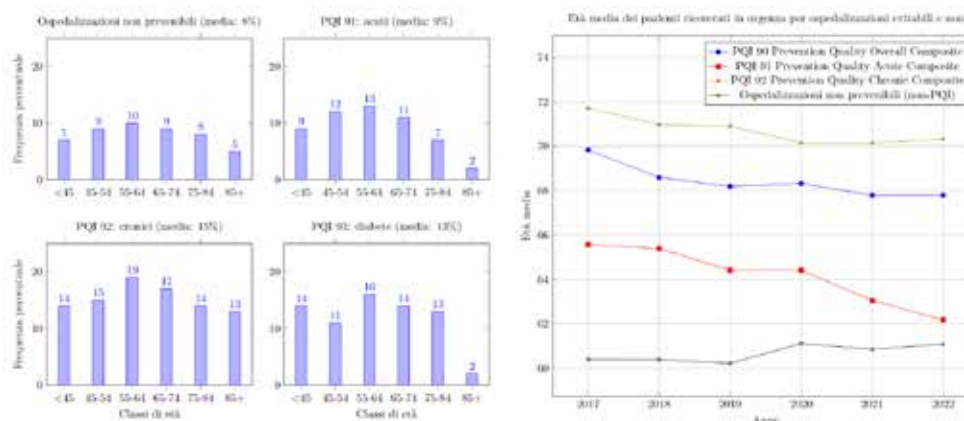
CONTENUTO

I ricoveri prevenibili sono stati elaborati a partire dai Prevention Quality Indicators (PQI) dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), basati sull'individuazione delle cosiddette ambulatory care sensitive conditions. Sono stati identificati 8875 ricoveri potenzialmente prevenibili nei 6 anni di studio (in media 1350/anno). Il 63% di questi è stato associato a patologie croniche, mentre il 37% a condizioni acute. Lo scompenso cardiaco è stata la condizione maggiormente associata ai ricoveri prevenibili (34%), seguita da polmonite batterica (25%), complicanze a lungo termine del diabete (16%) e infezioni del tratto urinario (11%). Tali ricoveri sono risultati essere in larga parte (92%) provenienti dal Pronto Soccorso. Sono passati dal rappresentare l'8,2% dei ricoveri urgenti nel triennio pre-pandemico al 6,3% nel triennio pandemico, e costituiscono dal 12% al 18% dei ricoveri

in specifici reparti medici. L'età media dei pazienti che si presentano in urgenza per queste patologie è in calo (da 69,8 nel 2017 a 67,8 anni nel 2022) e il fenomeno è più marcato per le presentazioni acute delle condizioni prevenibili (da 65,6 a 62,2 anni), in controtendenza rispetto all'età media degli accessi in PS per altri motivi (da 60,4 a 61,1 anni). Il 13% dei ricoveri urgenti potenzialmente prevenibili si presenta come ricovero ripetuto per lo stesso MDC nei 12 mesi precedenti (contro l'8% dei ricoveri ripetuti per altre condizioni). Il fenomeno dei ricoveri ripetuti si presenta con maggior frequenza nella fascia d'età 55-64 (17%) e il fenomeno è ancora più marcato se si considerano solo i ricoveri per condizioni croniche.

CONCLUSIONI

I risultati di questo studio permettono di ipotizzare criticità nella presa in carico territoriale, con particolare rilievo nella prevenzione delle malattie croniche nelle fasce più giovani della popolazione interessata. Il PNRR prevede un importante potenziamento strutturale della rete territoriale, che attraverso gli Ospedali di Comunità potrebbero ridurre le quote di inappropriatezza presso gli ospedali. Gli indicatori utilizzati in questo lavoro potrebbero essere un proxy per la valutazione dell'efficacia degli investimenti messi in campo



Trasferimento UU.OO.CC. Geriatria A, Geriatria B, Nefrologia e Servizi Clinico-Diagnostici in AOUIVR

Greco E.¹, Agazzi G.², Palladini F.^{1,2}, Nardin A.¹, Cacciato A.¹, Chillari C.¹, Casale I.¹, Stevanin G.¹, Montesarchio L.¹, Ghirlanda G.², Tardivo S.^{1,2}

¹Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona

²Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona è tra le realtà ospedaliere più grandi d'Italia, dotata di circa 1400 posti letto suddivisi nelle sedi di Borgo Trento e Borgo Roma.

Negli ultimi anni l'azienda sta andando incontro a processi di riorganizzazione e ristrutturazione. Ad es. nel 2011 è stato attivato il polo chirurgico "P. Confortini", struttura di oltre 70.000 m² con più di 500 posti letto e 31 sale operatorie. Nel 2017 è stato attivato l'ospedale Donna-Bambino che ospita le UUOO di area pediatrica e ginecologica con i loro relativi PS e terapie intensive.

L'azienda dunque ha sempre avuto un senso di innovazione e ammodernamento che proseguirà con l'obiettivo di alienare l'Ospedale Geriatrico (risalente anni 60) in favore di strutture più all'avanguardia, così come avvenuto con il trasferimento delle UUOO geriatriche e della nefrologia nel Gennaio del 2023.

CONTENUTO

Il trasferimento delle UUOO Geriatria A e B, e Nefrologia dall'Ospedale Geriatrico alla Spina Centrale dell'Ospedale di Borgo Trento è stato principalmente motivato dall'inadeguatezza delle vecchie sedi di degenza rispetto al numero dei posti letto per stanza e per l'assenza dei servizi igienici all'interno delle stanze stesse.

La ristrutturazione della Spina Centrale è stata progettata nel rispetto dei requisiti previsti dalla L.R. 22/2002 e i reparti sono stati adeguati alle normative in tema di sicurezza antincendio e sicurezza nei luoghi di lavoro. Gli accessi ai piani avvengono attraverso ascensori dedicati e vani scala corrispondenti, sono state realizzate stanze di degenza a posto letto singolo, doppio o triplo, tutte adeguate sia per dimensioni che per rapporti aero-

illuminanti e dotate di servizi igienici all'interno. Nella progettazione è stata predisposta la trasmissione dati finalizzata alla sorveglianza dei pazienti con telecamere, come ausilio nella gestione ordinaria delle pratiche assistenziali, anche al fine di consentire la gestione di pazienti che necessitano di isolamento. Gli impianti sono stati completati con la posta pneumatica per il trasporto automatico delle provette in laboratorio, limitando in questo modo gli spostamenti del personale sanitario.

Allo scopo di assolvere alle richieste clinico-diagnostiche con soli spostamenti verticali, al piano seminterrato sono state predisposte TC, RMN, Rx e attività cardiologiche ambulatoriali.

Grazie ad un'attenta gestione ed attività di coordinamento da parte della DMO si è riusciti ad ovviare in modo efficace alle criticità emerse nel corso dei lavori e del successivo trasferimento, tra le quali l'allocazione degli spazi a disposizione per le UUOO, eventuali modifiche strutturali e non ultimo il trasporto di circa 80 pazienti per la quasi totalità allettati e non autosufficienti.

CONCLUSIONI

Nel trasferimento delle UUOO, il ruolo assunto dalla DMO è stato quello di coordinatore della programmazione e della gestione complessiva del progetto. La stretta collaborazione con il personale sanitario, gli operatori tecnici, logistici, informatici e i servizi di trasporto in ambulanza, ha permesso di affrontare e risolvere le diverse criticità, sia previste sia emerse in corso d'opera, assicurando il trasferimento dei pazienti in sicurezza.

Tutto questo ha condotto alla riqualificazione ed alla valorizzazione di un padiglione che era in disuso creando allo stesso tempo un'area medica autosufficiente, con lo sguardo verso l'Ospedale del domani.

Rilevazione esami extra Azienda. Analisi ed innovazioni in AOUIVR

A. Nardin¹, Agazzi G.¹, Ghirlanda G.², Greco E.¹, Mancini C.¹, Montesarchio L.¹, Palladini F.¹, Stefanini S.¹, Stevanin G.¹, Tardivo S.¹, Tebaldi S.¹

¹ Department of Diagnostics and Public Health, University of Verona, Verona, Italy

² Hospital Health Direction, AOUIVR "Azienda Ospedaliera Integrata Universitaria di Verona", Verona, Italy

Parole chiave: Extra-Azienda; Autorizzazione; Tracciabilità

INTRODUZIONE

La Direzione Medica Ospedaliera AOUIVR ha provveduto ad analizzare – per l'anno 2021 – la tematica degli esami/consulenze espletati extra Azienda perché non eseguibili in AOUIVR, nell'ottica di verificare l'appropriatezza delle richieste, conoscere precisamente i volumi, quindi offrire un percorso uniforme e coerente per le UUOO richiedenti.

Le richieste riguardano pazienti in cura presso AOUIVR in diversi setting assistenziali. Come da D. Lgs. 502/1992 ciascun percorso prevede differenti adempimenti remunerativi:

- Ricovero Ordinario (l'Azienda si fa carico dei costi di esame e trasporto),
- DH (oneri a carico del paziente),
- Ambulatoriale (AOUIVR elargisce il costo del solo trasporto essendo prescrizioni con ricetta rossa).

CONTENUTI

In base alla significatività delle autorizzazioni e delle considerazioni di competenza del Controllo di Gestione e dell'Ufficio Bilancio, è attuata un'analisi organica delle prestazioni richieste e dei relativi costi, raggruppando gli esami per categorie, erogatori ed UUOO richiedenti.

Le fatture evase ed analizzate permettono di evidenziare i dati fondamentali utili alla corretta erogazione dell'esame ed individuare le principali tipologie di prestazioni eseguite extra Azienda, le criticità portate alla luce dalle varie parti coinvolte nel processo nonché le UUOO maggiormente interessate. Queste ultime sono coinvolte in qualità di attori diretti nella fase sperimentale dell'attivazione di un nuovo modello informatizzato per la richiesta di esami a strutture esterne, che rende possibile una migliore tracciabilità ed uniformazione dei moduli. Il confronto avuto con i diretti interessati

e gli autorizzatori permette di collezionare i primi suggerimenti ed accorgimenti utili per future implementazioni.

La nuova procedura porta maggiore chiarezza sul coinvolgimento della DMO in fase autorizzativa, della DAO in fase di emissione di ordine e liquidazione della fattura conseguente all'esito delle verifiche di congruità effettuate dalle UUOO richiedenti e dell'UOC Bilancio per il pagamento della fattura. Il modulo chiarisce la responsabilità dei Medici richiedenti, ovviando la criticità di dati non debitamente evidenziati (tra i quali nosografici o numero del tariffario).

CONCLUSIONI

La comunicazione tra le varie parti di competenza e la tracciabilità della richiesta a mezzo di protocollo pongono rimedio alle difficoltà tipiche della trascrizione manuale e della consegna cartacea della richiesta. L'analisi delle criticità evidenziate permette di analizzare con maggiore precisione le richieste di esami espletati fuori dall'Azienda in un'ottica di maggiore sfruttamento delle risorse interne e della stipula di convenzioni utili. Affinato il metodo ed elaborato il modulo definitivo, ci si proietta verso un corso di formazione per medici, Uffici ed amministrativi per rendere il procedimento più snello ed efficace.

Il futuro del modulo prevede l'utilizzo di un PDF editabile che potrà essere firmato digitalmente in modo da rendere la comunicazione trasparente e con minor difficoltà nell'identificazione della tipologia di esame, del paziente e della tipologia di ricovero, agevolando l'accertamento della congruità tra quanto richiesto ed i referti ricevuti al fine di evadere la fattura senza incorrere in ritardi nei tempi di pagamento.

Day Service Multidisciplinare: il modello del Nuovo Ospedale "Santo Stefano" di Prato

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

¹ Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Santo Stefano - Prato, Azienda USL Toscana Centro

² Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero Santo Stefano - Prato, Azienda USL Toscana Centro

Parole chiave: COVID-19; Direzione Sanitaria, Day Service Multidisciplinare

INTRODUZIONE

Il Day Service Multidisciplinare (D.Se.M.) è un modello organizzativo di attività specialistica ambulatoriale programmabile che comporta l'attivazione di interventi coordinati multiprofessionali e interdisciplinari e si sviluppa in ambito ospedaliero e/o all'interno di una struttura ambulatoriale territoriale. Durante l'emergenza COVID-19 sono state costruite, nel Presidio Ospedaliero Santo Stefano di Prato, due aree sanitarie ospedaliere (Ala Nord e Ala Sud) per attività vaccinali e somministrazione di terapie monoclonali. Successivamente, tali aree sono state convertite per trasferire e implementare attività di D.Se.M.: Ala Sud per cinque discipline (Neurologia, Medicina Interna, Gastroenterologia, Endocrinologia, Pneumologia); Ala Nord recentemente quale D. Se. allergo-reumatologico.

Scopo dello studio è presentare l'esperienza del Presidio Ospedaliero di Prato, cercando di dimostrare come le indicazioni organizzative e gestionali della Direzione Sanitaria siano state determinanti nella realizzazione di strutture e percorsi appropriati.

CONTENUTI

Le modalità di accesso al D.Se.M. hanno previsto i seguenti canali:

- DEA (49.7% dei casi), quale alternativa al ricovero e per ridurre gli episodi di sovraffollamento;
- Medico di Medicina Generale (23.2%), attraverso un triage telefonico evitando il passaggio dal DEA;
- Reparti di degenza o su segnalazione degli specialisti ambulatoriali (27.1%) per evitare reingressi precoci.

L'accesso dal DEA è stato possibile grazie alla partecipazione di un referente del D.Se.M. agli incontri multidisciplinari giornalieri nel DEA del Presidio: tale attività ha permesso l'invio ogni giorno di pazienti al D.Se.M. con gran beneficio soprattutto nel-

le giornate di sovraffollamento del Pronto Soccorso (mediana 4 pazienti al giorno, range 1-7).

Per la valutazione del modello organizzativo è stato utilizzato l'indicatore di applicazione del D.Se.M.: rapporto tra numero di percorsi di D.Se.M. attivati e numero di Day Hospital medici eseguiti annualmente (valori preferibili $\geq 1,5$). I valori raggiunti hanno dimostrato l'efficacia delle azioni intraprese in seguito alle disposizioni organizzative e alla riallocazione degli spazi disposte dalla Direzione Sanitaria: 2019, 1.14; 2020, 1.20; 2021, 1.73 e 2022, 2.23, con un trend in ascesa e valori ottimali raggiunti dopo il trasferimento nelle strutture ex COVID.

CONCLUSIONI

Durante la pandemia COVID-19 sono state create diverse nuove strutture negli ospedali italiani: il recupero e la conversione di tali strutture in setting assistenziali orientati ai bisogni di salute della popolazione possono essere un'occasione per poter avviare percorsi clinici che possano garantire l'adequazione e l'appropriatezza delle prestazioni. Nell'Ospedale di Prato il modello del D.Se.M. ha reso possibile il trasferimento di una consistente quota di attività dal regime di ricovero ad un modello assistenziale alternativo di tipo ambulatoriale.

Inoltre, l'attivazione di percorsi diretti dal DEA al D.Se.M. ha rappresentato una scelta innovativa ed efficace per ridurre il sovraffollamento in DEA: la nostra esperienza suggerisce di prendere in considerazione l'attivazione di tali percorsi in Presidi Ospedalieri con frequenti episodi di boarding/crowding in Pronto Soccorso, da aggiungere ai consueti modelli descritti in letteratura scientifica internazionale (accessi ambulatoriali riservati ai pazienti con codici minori in DEA, Fast Track, Discharge room, invio a strutture territoriali).

Progetto AMA nel PO S. Stefano di Prato: sinergia tra DEA e Area Medica per ridurre il tasso di ricovero

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

1 Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Santo Stefano - Prato, Azienda USL Toscana Centro

2 Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero Santo Stefano - Prato, Azienda USL Toscana Centro

Parole chiave: Modelli organizzativi; Modelli gestionali; Servizi sanitari

INTRODUZIONE

Considerata la DGRT n. 657/2021, a giugno 2022 presso l'ospedale Santo Stefano di Prato viene attivato il progetto Area Medica di Ammissione (AMA). Inizialmente collocato in open space del Pronto Soccorso (PS) e a partire da agosto 2022 presso il primo piano (36 posti letto), l'AMA, la cui gestione è affidata alla Medicina Interna, è destinata ad accogliere i pazienti in "destino" con criteri clinici di stabilità (già valutati da parte del personale medico del DEA) e il cui necessario iter diagnostico completato abbia evidenziato l'indicazione al ricovero o comunque ad un percorso di cura afferente alle specialità di Area Medica. L'AMA è attiva h24, 7 giorni su 7.

CONTENUTI

Da inizio agosto 2022 a fine marzo 2023, l'AMA al primo piano ha gestito 5498 pazienti, pari al 9% del totale degli accessi avvenuti al PS di Prato, con una media di 23 al giorno, (range 20-25; figura 1). Di questi 5498 pazienti, 4083 (74%) sono stati ricoverati, 308 (6%) sono stati trasferiti a strutture territoriali e 974 (18%) sono stati dimessi a domicilio, in Day Service o presso strutture ambulatoriali. Il filtro effettuato dall'AMA ha permesso di ridurre il tasso di ricovero medio complessivo del periodo in analisi dal 22,9% al 20,2%. La figura 2 mostra l'andamento dei due tassi di ricovero nell'arco degli 8 mesi in analisi. I pazienti destinati al ricovero, al trasferimento e alla dimissione hanno registrato un tempo di permanenza medio in AMA rispettivamente di 29, 35 e 50 ore.

CONCLUSIONI

Il progetto AMA ha permesso di aumentare la capacità di filtro del PS e quindi di risparmiare 1282 ricoveri nel periodo in analisi; in termini di per-

centuali la capacità di filtro mensile è migliorata in media del 2,8% con tempi di permanenza media inferiori rispetto agli standard previsti per l'osservazione breve intensiva.

Tali risultati sono stati raggiunti grazie alla capacità dei medici del DEA di individuare prontamente e propriamente i pazienti da destinare all'AMA sulla base di criteri clinici-organizzativi condivisi con l'Area Medica e la Direzione Sanitaria attraverso la partecipazione multidisciplinare e multi professionale a 2 briefing giornalieri di discussione di casi clinici.

Il progetto AMA, che ha visto il coinvolgimento di tutti i medici del Dipartimento di Specialistiche Mediche, ha dimostrato di valorizzare la collaborazione e l'interazione tra gli specialisti portando avanti scelte condivise anche su casi clinici complessi.

La gestione delle infezioni del sito chirurgico presso l'IRCCS Policlinico San Donato

Zeduri M.¹; Lunetti C.²; Candia A.²; D'Acquisto A.³; Carpinelli L.³; Odone A.¹; Signorelli C.²; Cuppone M.T.³

¹Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina sperimentale e forense, Università degli studi di Pavia, Pavia

²Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

³Direzione Sanitaria, IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese

Parole chiave: Infezione del sito chirurgico, Direzione sanitaria, Comitato Infezioni Ospedaliere

INTRODUZIONE

Presso l'IRCCS Policlinico San Donato, il 14 dicembre 2022, il personale dell'Unità Operativa di Cardiocirurgia ha portato all'attenzione della Direzione Sanitaria (DS), in sede di Comitato di Infezioni Ospedaliere (CIO), un aumento delle infezioni del sito chirurgico nei pazienti adulti operati negli ultimi mesi. Da subito, la DS ha ritenuto necessario approfondire la criticità riportata verificandola in maniera oggettiva. Il presente studio evidenzia il ruolo manageriale della DS in tema di infezioni e rischio clinico.

CONTENUTI

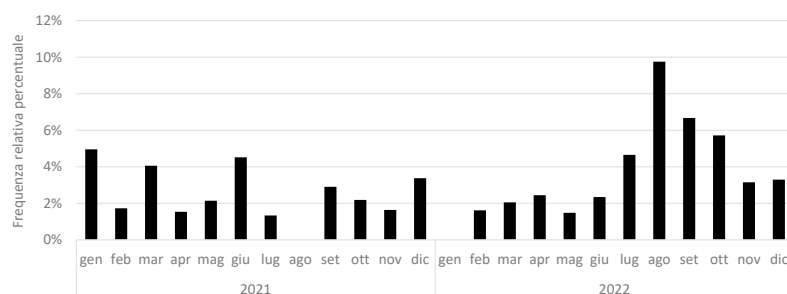
A seguito della riunione del CIO, il personale della DS ha implementato un database riguardante tutti i pazienti con infezione del sito chirurgico, secondo definizione dell'ECDC, a partire dal 1 gennaio 2021 fino al 31 dicembre 2022. Di questi pazienti sono stati raccolti: dati personali, data di ricovero, specifiche dell'intervento effettuato inclusa sala operatoria e personale coinvolto, data di dimissione, data ed eventuale reparto di insorgenza dell'infezione, tipo di infezione e microrganismo isolato da tampone di ferita. I dati sono poi stati analizzati e presentati al successivo incontro del CIO, il 4 aprile 2023.

Su 96 pazienti cardiocirurgici con insorgenza di infezione del sito, è stato riscontrato un picco di casi nel mese di agosto 2022 secondo data di intervento, con un parallelo aumento di gravità degli stessi (più infezioni profonde). Il picco è poi andato incontro a riduzione progressiva nei mesi successivi. Verificando possibili associazioni con la sala operatoria, con i tamponi di screening, i giorni di degenza pre-intervento ed altre variabili non sono state riscontrate evidenti associazioni. La popolazione di microrganismi isolati, inoltre, era eterogenea, non permettendo di applicare la definizione di outbreak. La DS ha poi anche verificato eventuali cambiamenti nell'utilizzo dei dispositivi medici che giustificassero l'aumento dei casi, ma senza ottenere positività a riguardo. In aggiunta sono state riprese le verifiche ambientali effettuate periodicamente, le quali avevano superato abbondantemente gli standard.

CONCLUSIONE

Non essendo riusciti ad individuare una specifica causa, sono state implementate diverse progettualità: la verifica di eventuali associazioni operatore-dipendente, l'estensione del database al primo trimestre del 2023 e l'individuazione di due referenti delle infezioni per ogni reparto del Policlinico con l'obiettivo di gestire al meglio la sorveglianza e l'applicazione delle corrette misure di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Nei prossimi mesi si valuteranno i benefici derivati. In questo senso, il ruolo della DS è cruciale per verificare, controllare ed applicare azioni di miglioramento in grado di ridurre il rischio infettivo e garantire la sicurezza delle cure.

Infezioni del sito per mese e data di intervento



Ripensare l'organizzazione dell'ospedale come componente di un sistema unico complesso

M. Scattaglia¹, L. Ferrara², M. Morandi³, F. Bert⁴

1 Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina preventiva – Università di Torino; 2 Dirigente medico – Ospedale San Giovanni Bosco, Asl Città di Torino; 3 Direttore sanitario – Ospedale San Giovanni Bosco, Asl Città di Torino; 4 Professore Associato – Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

Parole chiave: Ospedale, Flussi, Appropriatezza

INTRODUZIONE

Le patologie croniche sono un grande problema per il SSN ma allo stesso tempo possono costituire un'opportunità di revisione radicale dell'offerta sanitaria. L'appropriatezza del luogo di cura e del professionista più pertinente (non solo in termini di competenze ma anche di tecnologie e tempi disponibili) per i fabbisogni del paziente è un prerequisito di economicità ma anche di qualità complessiva sia dell'offerta sia della relazione servizio-utente. È necessario adottare soluzioni organizzative con un approccio integrato tra i vari setting assistenziali, migliorando l'appropriatezza dei luoghi di cura ed anticipando le opportunità del PNRR anche in termini di approccio One Health.

CONTENUTI

L'attività ambulatoriale ospedaliera dovrebbe indirizzarsi verso un'offerta più specializzata in virtù delle potenzialità maggiori, in termini tecnologici, che un Presidio Ospedaliero possiede. Questa differenziazione costituisce la base per la condivisione di percorsi assistenziali integrati territorio-ospedale, ma allo stesso tempo diversificati, che siano in grado di generare risultati di maggiore efficacia ed efficienza e di decongestionare l'ospedale dalla casistica impropria. Presso il PO San Giovanni Bosco, Hub della Asl Città di Torino, sono stati istituiti dei percorsi con l'obiettivo di suddividere i flussi dei pazienti migliorando l'efficienza dell'intero sistema, con l'impiego di personale ospedaliero in un setting territoriale. I percorsi più significativi sono:

- Continuità delle cure in oncologia: ambulatorio gestito da oncologo ospedaliero e psico-oncologo
- Cardio-oncologia: ambulatorio per i pz. che necessitano di un controllo periodico per la cardiotossicità indotta da chemioterapici

■ Ematologia: ambulatorio per i pz. cronici con impegnative in classe P e D, ambulatorio ospedaliero per i pazienti con impegnative in classe B e U

■ Endometriosi: ambulatorio gestito da ginecologo ospedaliero

■ Psicologia clinica: ambulatorio per i pz. oncologici già seguiti durante il ricovero in ospedale o per i caregivers in lutto

■ Audio-vestibologia: ambulatorio sia per la presa in carico del pz. sia per follow-up per la sorveglianza della popolazione più fragile con indirizzamento dei pazienti verso l'audiologia di 2 livello ospedaliera

■ ORL: ambulatorio per visite di controllo di pazienti oncologici gestito da personale ospedaliero. L'ambulatorio ORL è quello che ha trovato maggior sviluppo e risorse economiche di realizzazione, con il risultato che un terzo dei pazienti oncologici sono stati presi in carico sul territorio. Ciò ha permesso di evitare l'accesso in Ospedale di un notevole numero di pazienti che altrimenti avrebbero gravato sull'organizzazione generale del Presidio, che soffre di carenza di spazi anche in relazione del suo ruolo di Hub. L'esperienza sarà estesa, e permetterà una presa in carico ancora più efficace e sistematica, prevedendo un team multidisciplinare nelle attività ambulatoriali della futura Casa di Comunità.

CONCLUSIONI

C'è bisogno di un grande lavoro per costruire una rete integrata nella quale il paziente possa muoversi avendo riferimenti affidabili e stabili. E' necessario favorire l'adesione dei pazienti alla gestione integrata, stabilendo chi debba essere preso in carico, da quali professionisti e in quali strutture. L'esperienza del SGB si pone in questo contesto e rappresenta un avanzamento verso un utilizzo ottimale delle strutture ospedaliere e di prossimità.

Cause e possibili soluzioni al sovraffollamento del PS ed analisi dei costi correlati agli accessi inappropriati

Adani G.¹, Ciancia G.¹, Tarantino MC.², Longo A.³, Di Tella S.⁴, Reggiani S.⁵

1 Medico di Direzione Sanitaria Ospedale di Sassuolo SpA; 2 Dirigente Professioni Sanitarie Ospedale di Sassuolo SpA; 3 Controllo di Gestione Ospedale di Sassuolo SpA; 4 Direttore Sanitario Ospedale di Sassuolo SpA; 5 Direttore Generale Ospedale di Sassuolo SpA

Parole chiave: Sovraffollamento del PS, Modelli organizzativi, Risparmio economico e appropriatezza

L'ottimale organizzazione dei flussi dei pazienti in Pronto Soccorso (PS) rappresenta la sfida più difficile per le direzioni strategiche, il cui successo garantisce l'efficacia ed efficienza di tutto il sistema ospedaliero e permette di contrastarne il sovraffollamento.

Negli anni sono stati implementati diversi percorsi di PS, quali i Fast Track e l'ambulatorio codici bianchi, oltre che il più recente percorso *See and Treat*, con l'obiettivo dichiarato di provare a ridurre i tempi di gestione e il conseguente affollamento.

L'obiettivo del nostro studio è stimare retrospettivamente quale sarebbe l'impatto dell'implementazione del percorso *See and Treat* sul PS dell'Ospedale di Sassuolo (NOS) ed analizzare i costi correlati agli accessi inappropriati. Sono stati valutati tutti gli accessi del PS del NOS del 2022, estraendo solo i codici bianchi e verdi dimessi a domicilio e che non hanno necessitato di stesura di protocolli Inps (certificazioni di malattia) o Inail (certificazioni di infortunio).

Di questa casistica, potenzialmente candidabile al percorso *See and Treat*, è stata analizzata poi ogni singola stringa riportante il problema principale all'accesso e diagnosi secondo i protocolli già applicati dalla regione Toscana e successivamente ad essi associati i costi lordi medi estratti dai report regionali.

Dei 40.906 accessi del 2022 nel PS del NOS sono risultati elegibili al protocollo *See and Treat* 2607 casi (6,4%) di cui 377 codici bianchi (su 2.180 accessi, 17,3%) e 2.230 codici verdi (su 22.791 accessi, 9,8%). L'83,2 % dei pazienti selezionati sono di nazionalità italiana e la fascia d'età più rappresentata è quella tra i 40 ed i 59 anni. La casistica più impattante è quella legata alle lesioni e dolore agli arti per un 46,6% del totale, seguite dalle lacerazioni lievi (8,5%) e la lombalgia acuta ricorrente (6,4%). I costi associati a tali accessi, escludendo le fratture delle dita di mani e piedi, sono dell'ordine di 100.000€ per l'Ospedale di Sassuolo che, se rapportati ad analoga casistica potenzialmente registrabile nei presidi

di tutta la regione, potrebbe portare ad un valore economico di 7 milioni di € e che pertanto meriterebbe un'attenta analisi ed approfondimento su scala più ampia. La stima degli accessi candidabili al percorso *See and Treat* nel NOS risulta inferiore ai dati di altri ospedali riportati in letteratura, ma verosimilmente è un dato sottostimato rispetto all'atteso a causa della metodica di selezione.

La valutazione più interessante che pare emergere, oltre a quella clinica di un corretto uso del PS, appare quindi quella sull'impatto economico di tali accessi, legati a costi risparmiabili ottenibili spostando tale casistica su setting territoriali quali le future Case della Comunità e gli ambulatori di medicina generale e/o continuità assistenziale.

È necessario ripensare complessivamente alle prestazioni e alla modalità di erogazione delle stesse, favorendo da un lato una *de-escalation* delle cure nel tentativo di riportare la presa in carico dei pazienti verso setting più idonei, dall'altro occorre continuare a lavorare in ambito di appropriatezza delle prescrizioni al fine di evitare di erogare le stesse a favore di pazienti con priorità bassa allungando inesorabilmente i tempi di attesa a svantaggio di chi invece ha realmente bisogno.

Probabilmente tale "cortocircuito" è alla base di un uso inappropriato di una risorsa particolarmente preziosa e ad alto dispendio di risorse quale risulta essere quella del PS che, se non utilizzata adeguatamente, rischia di raggiungere livelli di criticità e pressione tali da spingere lo stesso verso un punto di "non ritorno".

Il Progetto Workplace Health Promotion (WHP) nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese

Lazzeri G^{1*}, Ferretti Fabio², Maria De Marco³

1 Responsabile UOSA Programmazione e coordinamento ricerca clinica - Azienda Ospedaliero Universitaria Senese

2 Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze- Università di Siena

3 Direttore Sanitario - Azienda Ospedaliero Universitaria Senese

Parole chiave: Malattie croniche; Fattori di rischio; Ambienti di lavoro

INTRODUZIONE

Il progetto Workplace Health Promotion (WHP) è stato avviato nel 2016 in attuazione del programma n.9 del piano regionale Toscana della prevenzione. Il Programma ha ottenuto il riconoscimento dalla Rete Europea ENWHP come modello di buona pratica, perché in linea con la Dichiarazione di Lussemburgo e perché contribuisce alla diffusione di una nuova cultura a sostegno della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Con l'adesione al WHP, il contesto lavorativo può essere occasione e stimolo per assumere comportamenti corretti per la propria salute incentivando le aziende ad offrire ai lavoratori opportunità per migliorare la salute, riducendo i fattori di rischio implicati nella genesi delle malattie croniche. Il programma WHP prevede lo sviluppo di buone pratiche da realizzare nell'ambito delle sei aree tematiche: la promozione di una corretta alimentazione; il contrasto al fumo di tabacco; la promozione dell'attività fisica; la promozione della sicurezza stradale e di una mobilità sostenibile; il contrasto al consumo dannoso di alcol e alle altre dipendenze; la promozione del benessere lavorativo e della conciliazione vita-lavoro. In Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS) nei primi tre anni di partecipazione sono state sviluppate almeno due azioni per ogni area tematica e per questo è stato ottenuto, previo verifica dei soggetti preposti del SSN, il riconoscimento ufficiale di Azienda che promuove salute.

CONTENUTI

Il protocollo del programma prevede di rilevare e descrivere gli stili di vita dei dipendenti attraverso la somministrazione di un questionario validato a livello internazionale con cadenza annuale sia per decidere su cosa intervenire sia valutare i possibili effetti a breve termine degli interventi integrati di

promozione della salute nei luoghi di lavoro. I dati presi in considerazione si riferiscono al biennio 2017-18 riguardano una valutazione prima dell'inizio del programma e dopo 12 mesi. Il questionario è stato somministrato on line a tutti i dipendenti dell'AOUS (circa 2500) ed è stato compilato da 860 e 1004 lavoratori rispettivamente nel 2017 e nel 2018. A dodici mesi dall'avvio del programma con azioni sull'alimentazione (promozione consumo di frutta e verdura tramite interventi informativi e rendendola disponibile alla mensa aziendale) e sull'attività fisica (indicando i benefici tramite cartellonistica posizionata in luoghi strategici e informazioni su vari canali comunicativi aziendali), gli effetti positivi emersi non sono risultati statisticamente significativi. Non sono emerse differenze tra genere o categorie professionali. Un aspetto positivo della rilevazione è stato il gradimento del programma da parte dei dipendenti.

CONCLUSIONI

I risultati hanno mostrato che la diffusione di alcuni importanti fattori di rischio per le malattie croniche non era diminuita dopo 12 mesi di esposizione al programma. Tuttavia, il monitoraggio di questi fattori di rischio è opportuno che sia fatto in maniera continuativa, al fine di rilevare la comparsa dei cambiamenti attesi a lungo termine. Inoltre, è fondamentale continuare il monitoraggio per sesso e categoria professionale, al fine di cogliere eventuali differenze e, se possibile, intraprendere azioni correttive. Ulteriori studi, in collaborazione con i medici competenti, sono auspicabili, poiché l'integrazione dei dati raccolti durante la sorveglianza sanitaria con un insieme limitato di indicatori di fattori di rischio generali può aiutare a identificare tempestivamente possibili esigenze di salute tra i dipendenti.

L'indagine di prevalenza ecdc per promuovere il miglioramento: l'esperienza dell'azienda ulss 6 Euganea

A. Basso¹, P. Anello², M. Carraro², G. Basso³, C. Biscaro⁴, M. Graziato⁵, R. Boscolo Cegion¹, S. Tikvina¹, P. Sorrentino¹, M. Ruggiero², C. Cabbia², E. Marcon⁵, D. Montemurro⁴, E. Zilli³, C. Bovo⁵, M. Marchiori²

1. Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova, Padova, Italy; 2. Direzione Medica di Ospedale, Presidio Ospedaliero di Camposampiero, Azienda ULSS 6 Euganea, Padova; 3. Direzione Medica di Ospedale, Presidio Ospedaliero di Cittadella, Azienda ULSS 6 Euganea, Padova; 4. Direzione Medica di Ospedale, Presidio Ospedaliero di Piove di Sacco, Azienda ULSS 6 Euganea, Padova; 5. Direzione Medica di Ospedale, Presidio Ospedaliero di Schiavonia, Azienda ULSS 6 Euganea, Padova

Parole chiave: PPS, HAI, antimicrobial stewardship

INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza (HAI) e l'antimicrobico resistenza rappresentano un pericolo significativo per la salute pubblica. A partire dal 2011 e con cadenza quinquennale, l'ECDC promuove la sorveglianza delle ICA e dell'uso di antibiotici in Europa negli ospedali per acuti e nelle strutture sociosanitarie residenziali attraverso studi di prevalenza puntuale (PPS), basati su metodologie standardizzate in grado di consentire il confronto dei dati rilevati in paesi diversi. Nel corso del 2022 tutte e 4 le strutture ospedaliere dell'Azienda ULSS 6 Euganea hanno aderito alla rilevazione. Obiettivo di questo studio è presentare i dati locali prodotti dalla rilevazione e trarre conclusioni sulle possibili aree di miglioramento.

CONTENUTI

Sono stati raccolti e confrontati i dati relativi ai 4 presidi ospedalieri afferenti all'Azienda ULSS 6 Euganea di Padova per un totale di 823 pazienti censiti. La tabella 1 riassume le principali caratteristiche della popolazione in studio e la distribuzione per area di assistenza ospedaliera (medica, chirurgica, intensiva, pediatrica, lungodegenza).

La prevalenza di pazienti con almeno una infezione correlata all'assistenza è stata del 7%, in linea con il dato nazionale alle precedenti rilevazioni. L'analisi univariata (non mostrata) ha evidenziato una correlazione con l'indice di McCabe, l'utilizzo di antibiotici, l'utilizzo di catetere urinario e CVC. La percentuale di pazienti in terapia antibiotica si attesta complessivamente al 43,6%, in linea con la

media nazionale del 44,5% (PPS 2016-17), ma superiore alla media europea (30,5%)¹. Il consumo è maggiore in area medica (49,2%), intensiva (46,9%) e chirurgica (42,9%) (figura 1), con rilevanti differenze tra strutture e singole unità operative. Il 46% delle indicazioni in area chirurgica è la profilassi operatoria, di cui il 44% ha una durata superiore ad un giorno.

CONCLUSIONI

La PPS rappresenta un'opportunità per aumentare la consapevolezza sulle HAI e sull'uso di antimicrobici negli ospedali per acuti. L'analisi dei dati per singola unità operativa, il benchmarking tra strutture e il confronto con i dati delle precedenti rilevazioni e della reportistica routinaria (quali isolati microbiologici, consumo di antibiotici in DDD/1000 giornate di degenza e consumo di soluzione alcolica) costituiscono strumenti fondamentali per individuare aree di miglioramento e definire le strategie locali per il contrasto all'antimicrobicoresistenza.

PPS 2016-2017 Plachouras Diamantis, Kärki Tommi, Hansen Sonja, Hopkins Susan, Lyytikäinen Outi, Moro Maria Luisa, Reilly Jacqui, Zarb Peter, Zingg Walter, Kinross Pete, Weist Klaus, Monnet Dominique L., Suetens Carl, the Point Prevalence Survey Study Group. Antimicrobial use in European acute care hospitals: results from the second point prevalence survey (PPS) of healthcare-associated infections and antimicrobial use, 2016 to 2017. Euro Surveill. 2018;23(46):pii=1800393. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.23.46.1800393>

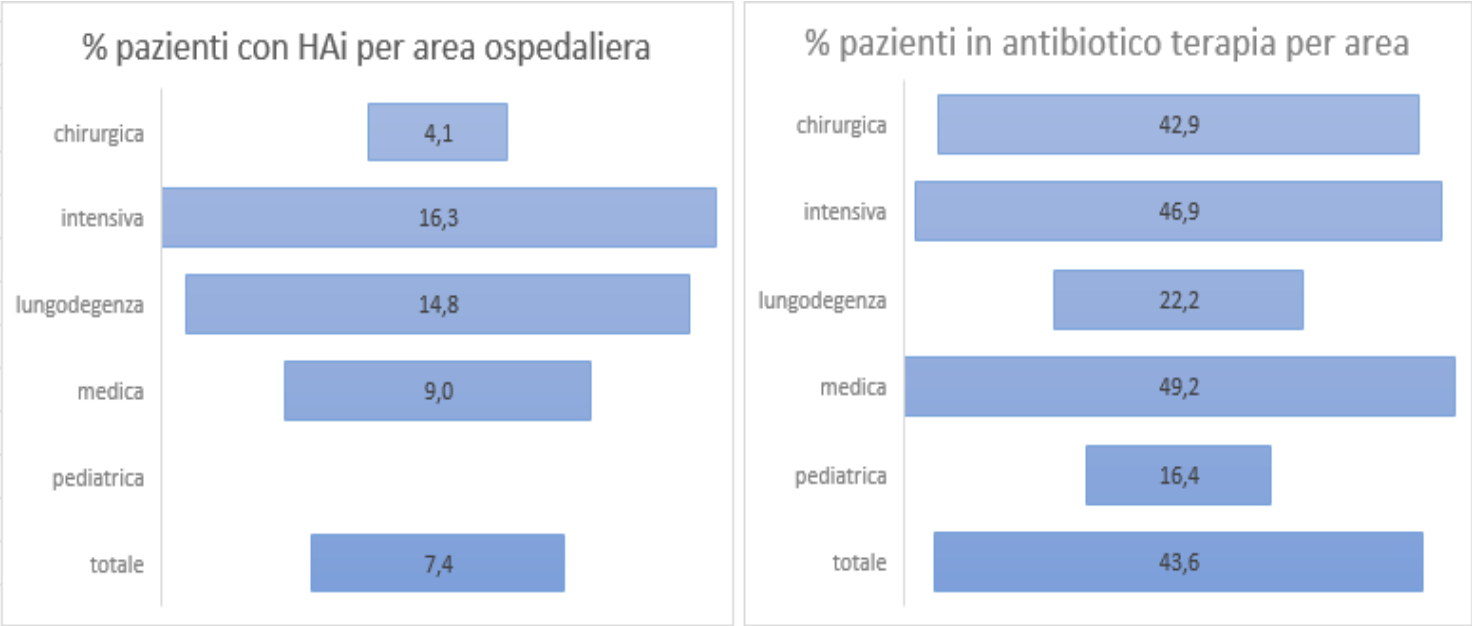


Figura 1. Percentuale pazienti con HAI e in antibiotico terapia per area ospedaliera

		Camposampiero		Cittadella		Piove di Sacco		Schiavonia		AULSS 6	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
totale		188	23%	256	31%	120	15%	259	31%	823	100%
sesso	m	97	52%	135	53%	64	53%	129	50%	425	52%
	f	91	48%	121	47%	56	47%	130	50%	398	48%
età	media	64		66		73		70		68	
	mediana	70		73		76		77		75	
area	medica	80	43%	124	48%	89	74%	142	55%	435	53%
	chirurgica	67	36%	72	28%	26	22%	80	31%	245	30%
	pediatrica	19	10%	27	11%	0	0%	21	8%	67	8%
	intensiva	13	7%	18	7%	5	4%	16	6%	52	6%
	lungodegenza	9	5%	15	6%	0	0%	0	0%	24	3%
maccabe score	1	130	69%	212	83%	112	93%	220	85%	674	82%
	2	33	18%	29	11%	4	3%	15	6%	81	10%
	3	15	8%	13	5%	4	3%	20	8%	52	6%
	4	10	5%	2	1%	0	0%	4	2%	16	2%
device	cvc	9	5%	35	14%	24	20%	42	16%	110	13%
	catetere	67	36%	89	35%	63	53%	120	46%	339	41%
	intubazione	6	3%	3	1%	5	4%	6	2%	20	2%
HAI		14	7%	21	8%	3	3%	23	9%	61	7%
TP antibiotica		80	43%	116	45%	72	60%	91	35%	359	44%

Tabella 1. Caratteristiche della popolazione osservata suddivisa per presidio ospedaliero

Health Technology Assessment (HTA) in practice: 5 anni di collaborazione multidisciplinare tra Ospedale e Università

L. Diamanti¹, G. Pietro Vigezzi^{2,3,*}, E. Bossi⁴, G. Gaetti^{5,6}, D. Bucci^{1,5}, S. Colucci^{1,5}, F. Bottega^{1,5}, P. Melodia^{1,5}, A. Guddemi², Dario La Fauci¹, A.M. Natale¹, D. Alessio¹, D. Zacchetti¹, E. Bertelli¹, A. Sanna¹, D. Trojaniello¹, A. Leporini¹, A. Ferrari¹, P. Marras¹, P. Ranieri¹, A.M. Rossetti¹, S. Rolandi¹, D. Luciani¹, P. Brazzoli¹, R. Mazzucconi⁷, E. Foglia⁸, C. Signorelli⁵, A. Odone^{1,2}

1 Commissione HTA, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano; 2 Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli studi di Pavia, Pavia; 3 Collegio Ca' della Paglia, Fondazione Ghislieri, Pavia; 4 Direzione Medica di Presidio, IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo, Pavia; 5 Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; 6 Direzione Medica di Presidio, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo; 7 Direzione Sanitaria, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano; 8 Centro in Economia e Management in Sanità e nel Sociale, Università Carlo Cattaneo-LIUC, Castellanza; * Presenting author

Parole chiave: Health Technology Assessment, sinergie, formazione degli operatori

INTRODUZIONE

A distanza di quasi 5 anni dalla costituzione della Commissione HTA presso l'IRCCS Ospedale San Raffaele (OSR), struttura privata accreditata di rilievo internazionale e di alta specializzazione, il bilancio delle attività svolte evidenzia i risultati raggiunti, le criticità emerse e le potenzialità ancora da esprimere. Istituita nel giugno del 2018, in linea con l'orientamento del programma HTA delle tecnologie sanitarie di Regione Lombardia e in stretta collaborazione con l'Università Vita-Salute San Raffaele (UniSR), ha proseguito le attività istituzionali e di ricerca grazie alle sinergie con l'Università degli Studi di Pavia (UniPV) e l'Università Carlo Cattaneo (LIUC).

CONTENUTI

Grazie alla sua composizione trasversale, che si avvale della collaborazione di medici, metodologi, ingegneri, economisti e ricercatori, afferenti a OSR (Direzione Sanitaria, Direzione Pianificazione e Controllo, Direzione Operativa Area Ricerca, Servizio di Ingegneria Clinica, Direzione Acquisti e Logistica, Laboratorio Analisi, Direzione Area Tecnica), UniSR e UniPV, la Commissione HTA (istituzionalizzata attraverso la redazione di un'apposita procedura operativa) ha finalità consultive assicurate dal modello di valutazione EUnetHTA, secondo criteri misurabili e supportati dalla letteratura di appropriatezza, efficacia e sicurezza delle tecnologie innovative. I lavori si articolano in: i) prioritarizzazione, in relazione alle richieste di acquisto di apparecchiature e dispositivi medici e consumabili con potenziale impatto economico e organizzativo e alle domande di valutazione provenienti dai clinici; ii) assessment, valutazione tecnica delle tecnologie ritenute di interesse; iii) appraisal, determinando il valore di appropriatezza

d'uso attraverso analisi decisionali a criteri multipli. La Commissione si riunisce mensilmente garantendo l'aggiornamento continuo in relazione alla normativa e allo svolgimento delle valutazioni in corso e permettendo l'integrazione nelle attività dei medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva di UniSR e UniPV, che, grazie ad un accordo con LIUC Business School, ogni anno dal 2018 seguono il corso COPHTA (Corso di Alta Formazione per l'HTA). L'integrazione di un corso tematico nella formazione dei futuri medici di direzione sanitaria assicura la diffusione di competenze HTA nelle strutture sanitarie in cui si troveranno a lavorare, innescando un circolo virtuoso di applicazione delle metodologie apprese. Infatti, il continuo confronto con i clinici dei reparti interessati dalle valutazioni e con le diverse componenti amministrative dell'ospedale garantisce l'affinamento delle procedure e negli anni ha portato al completamento di 2 rapporti HTA indirizzati a Regione Lombardia, 5 pubblicazioni indicizzate e numerose presentazioni a congressi nazionali e internazionali (SItI, SIHTA, ANMDO, EUPHA, WFPHA, AIIC). La commissione HTA ha poi organizzato con la collaborazione del Gruppo di Lavoro SItI HTA un corso interno nel 2018, un evento di disseminazione nel 2019 per la condivisione dei risultati ottenuti e delle metodologie implementate e workshop nel corso delle EPH Conferences insieme alla section HTA di EUPHA.

CONCLUSIONI

Un approccio rigoroso all'hospital-based HTA può efficacemente contribuire alle scelte cliniche e strategiche in campo tecnologico all'interno di una grande ospedale universitario, grazie a una prospettiva multidisciplinare che si avvalga di apporti esterni e promuova la formazione degli operatori coinvolti.

Teleconsulto in Cardiologia: l'esperienza dell'AORN "A. Cardarelli"

Napoli A.¹, D'Amore A.², Onofaro F.³, Mannelli M. P.⁴, Ascione F.³, Fidecicchi A.⁴, Salzano A.⁵, Sarnelli R.³, Livigno M.¹, D'Onofrio G.⁶

1 Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"; 2 Direttore Generale AORN A. Cardarelli, Napoli; 3 Dirigente Medico, Direzione Sanitaria AORN A. Cardarelli, Napoli; 4 Dirigente Medico, Epidemiologia AORN A. Cardarelli, Napoli; 5 Dirigente Medico Cardiologia, AORN A. Cardarelli, Napoli; 6 Direttore Sanitario AORN A. Cardarelli, Napoli

Parole chiave: Telemedicina, Teleconsulto, Cardiologia

INTRODUZIONE

Le malattie cardiovascolari, nonostante la diminuzione della mortalità registrata negli ultimi anni, continuano a rappresentare, in Italia, una delle principali cause di morbosità, invalidità e mortalità.

Una survey dell'Associazione Italiana di Cardiologia Clinica Preventiva e Riabilitativa (AICPR), che ha coinvolto 75 centri di cardiologia riabilitativa italiani, ha mostrato che durante la pandemia è rimasto attivo solo il 14% di essi, mentre il restante 86% ha interrotto (25%) o ridimensionato drasticamente (61%) i programmi di recupero funzionale dei pazienti.

In tale contesto, l'adozione della telemedicina offre ai pazienti l'opportunità di interagire, a distanza, con gli operatori sanitari, contribuendo ad un migliore accesso alle cure, ad un impiego più efficiente delle risorse e ad una riduzione dei costi associati alle visite tradizionali. L'impulso all'applicazione di tali procedure è stato fornito proprio dall'emergenza pandemica durante la quale la consultazione a distanza al fine di ridurre il rischio di trasmissione sia per gli operatori sanitari che per i pazienti.

È sembrato pertanto interessante condurre un'indagine per valutare l'utilizzo della telemedicina nell'Unità Operativa (U.O.) di Cardiologia Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (AORN) "A. Cardarelli" di Napoli.

CONTENUTI

È stato condotto uno studio descrittivo retrospettivo analizzando i referti delle consulenze effettuate dall'Unità Operativa di Cardiologia Riabilitativa tra dicembre 2020 e giugno 2022, presso l'AORN "A. Cardarelli" di Napoli, centro di rilevanza nazionale e primo ospedale della Campania

per dimensioni ed offerta quali – quantitativa. Le consulenze sono state distinte in tre tipologie: consultazione della cartella clinica elettronica (CCE), teleconsulto (chiamata telefonica o tramite piattaforma Teams), visita in presenza.

Dall'analisi preliminare su un campione di 4766 referti erogati nelle suddette modalità, si evidenzia che il 49% è rappresentato da CCE (41%) e da teleconsulti (8%). Tra le unità operative dalle quali proviene la maggior parte dei referti in CCE e teleconsulto vi sono le Chirurgie 1-2-3 (13%) e le Ortopedie 1-2 (13%). Il quesito clinico più frequente è la valutazione terapeutica e/o diagnostica e/o di controllo (44%), mentre tra le tipologie delle prestazioni la più frequente è l'ECG (71%).

CONCLUSIONI

Si prevede che l'implementazione del teleconsulto nel corso della pandemia possa garantire, attraverso strumenti di telemedicina, consulenze specialistiche tempestive al fine di fornire una migliore assistenza ai pazienti.

I vantaggi di questo processo sono molteplici sia per i pazienti che per il personale sanitario: come riportato in letteratura, per i pazienti è prevista una riduzione della durata del consulto ed un incremento del numero di prestazioni erogate; per l'Azienda Ospedaliera una riduzione dei costi ed un miglioramento della qualità dell'assistenziale offerta.

La Conferenza Stato Regioni ha sancito "Intesa sulla proposta del Ministero della Salute di assegnazioni alle Regioni di risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi individuati nella PSN", che prevede per la Regione Campania l'elaborazione di specifici progetti nell'ambito di linee prioritarie, nelle quali è inserita la digitalizzazione, quale strumento per erogare assistenza sanitaria.

“Medical See and Treat e Fast Track”: la sperimentazione dei presidi ospedalieri dell’ASL Caserta

Bencivenga F.¹, Blasotti A.², Iodice V.³, Russo F.⁴, Giordano M.⁵, Donia P.⁶, Napoli A.⁷, Guarino M.⁸, Tumbarello G.⁹, Paolo C.¹

1 Direzione Strategica ASL Caserta; 2 Direttore Generale ASL Caserta; 3 Direttore Sanitario ASL Caserta; 4 Direttore Generale AOU “Luigi Vanvitelli”; 5 Direttore Scuola di specializzazione Medicina d’Emergenza-Urgenza “Luigi Vanvitelli”, Direttore UOC Medicina Interna e Pronto Soccorso P.O. Marcianise; 6 Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Sapienza Università di Roma; 7 Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”; 8 Medico in formazione specialistica in Medicina Legale, Università Federico II di Napoli; 9 Medico in formazione specialistica in Statistica Sanitaria, Sapienza Università di Roma

Parole chiave: Pronto Soccorso, Fast track, See and Treat

INTRODUZIONE

“Garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti che giungono in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica ed assistenziali, attraverso l’attuazione di tutti i provvedimenti immediati salva vita” è la mission del Pronto Soccorso.

Dei 30.309 accessi, registrati presso il Pronto Soccorso (P.S.) di Marcianise, un’elevata percentuale risulta essere relativa a codici di complessità clinico-assistenziale bassa. In questo scenario, il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali, necessarie a soddisfarla. Recenti studi hanno dimostrato che la gestione dei pazienti che accedono al P.S. con problematiche minori in un’area dedicata, gestita da infermieri specificamente formati che operano nel rispetto di protocolli clinico – assistenziali condivisi tra medici ed infermieri, ha consentito di ridurre i tempi di attesa per la visita medica ed il tempo di permanenza nel Dipartimento di Emergenza, con un significativo aumento del livello di soddisfazione del paziente ed il mantenimento di adeguati standard di qualità dell’assistenza.

CONTENUTI

Il progetto di sperimentazione, condotto presso il P.S. di Marcianise, è nato con l’obiettivo di ricercare nuove soluzioni per affrontare la presa in carico dei pazienti, soprattutto con fragilità, tramite una migliore gestione della casistica di chi accede al P.S. Il “Medical See and Treat” è un modello di risposta assistenziale ad urgenze minori basato sull’adozione di specifici protocolli medico-infermieristici per il trattamento di problemi

clinici preventivamente individuati. In questo modello organizzativo, applicabile alla gestione dei casi a bassa intensità di cura e di complessità diagnostico-organizzativa, il paziente viene preso in carico nella Treat Room, area idonea allo svolgimento delle funzioni previste dai protocolli medico-infermieristici approvati dalla Direzione Sanitaria, dove l’infermiere in possesso di formazione specifica applica le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicura il completamento del percorso. Il modello organizzativo prevede anche il Fast Track in cui l’infermiere di Triage, qualora verifichi dopo valutazione la natura monospecialistica del problema ed i criteri di inclusione e di esclusione del modello organizzativo, registra il paziente e lo invia allo specialista di pertinenza, che provvederà alla sua assistenza.

L’ASL di Caserta ha attivato la sperimentazione a settembre 2022 presso il P.S. del P.O. di Marcianise, in cui viene garantita la gestione dei codici minori h12 7 giorni su 7. A gennaio 2023 la sperimentazione è stata estesa al P.O. di Sessa Aurunca, in cui viene garantita la gestione dei codici minori h12 7 giorni su 7 (la percentuale di pazienti presi in carico nel percorso Medical See & Treat rispetto agli accessi totali è pari al 22%). A febbraio 2023 la stessa è stata applicata anche presso il P.O. di Aversa, in cui viene garantita la gestione dei codici minori h24 7 giorni su 7 (la percentuale di pazienti presi in carico nel percorso Medical See & Treat rispetto al totale degli accessi è del 25%).

CONCLUSIONI

Il Medical See & Treat può contribuire ad ottimizzare il processo di cura e a garantire l’adeguata presa in carico soprattutto dei pazienti cronici.

Il Giudice in Corsia: Infezioni Correlate all'Assistenza e Responsabilità Professionale, Prospettive e Rischi

V.M.B. Abbasciano*, M. Benevento \$, R. Dario°, F. Mele ç, N. Signorelle*, D. Rizzi*, C.Navazio, E. Valente*, A. Daleno\$, L. Melpignano°

° DMPO 'Giovanni XXIII' Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Bari, * Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Bari Aldo Moro, \$ Scuola di specializzazione in Medicina Legale-Università degli Studi di Bari Aldo Moro, § Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Bari, ç U.O.C. Medicina Legale, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Bari

Parole chiave: Infezioni correlate all'assistenza, responsabilità professionale sanitaria

INTRODUZIONE

La cornice normativa attuale della responsabilità sanitaria è definita in massima parte dalla Legge Gelli-Bianco (L. 24, 2017). È possibile affermare che, a grandi linee, il Legislatore abbia delineato un sistema che tende a mettere “al riparo” il singolo professionista, trasferendo sulle strutture sanitarie l'onere di affrontare il contenzioso e liquidare i risarcimenti.

In tale contesto, la diffusione e gli effetti delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) è spesso oggetto di contesa nell'ambito delle cause legate alla responsabilità professionale sanitaria. Le ICA, infatti, rappresentano un problema di salute pubblica di grande rilevanza sia per la diffusione del fenomeno che per l'impatto in termini di morbidità e mortalità e di costi più o meno diretti per il sistema sanitario.

La sentenza 6386/2023, estesa il 3 marzo 2023 dalla Terza Sessione della Corte di Cassazione (presidente Travaglini, relatore Rubino), intende tracciare un solco nella metodologia di accertamento della responsabilità professionale sanitaria legata alle ICA.

CONTENUTI

Secondo quanto previsto dalla Legge Gelli-Bianco, a fronte di una doglianza esposta dal paziente/dai suoi eredi, ricade in capo alla struttura sanitaria coinvolta l'onere di provare la bontà della condotta dei sanitari. Nel contesto delle ICA, la sentenza 6386/23 offre ai giudici un nutrito elenco di documenti ritenuti utili per valutare l'efficacia delle misure preventive e di sorveglianza attuate dai Presidi Ospedalieri.

Ulteriore elemento di novità è la delineazione di

un quadro specifico di responsabilità ripartite tra i diversi soggetti operanti nella struttura sanitaria (direttore apicale, direttore sanitario, direttore di struttura complessa).

CONCLUSIONI

Attesa l'autorevolezza della fonte (Corte di Cassazione), è possibile che le Corti di merito recepiscono la sentenza 6386/23 alla stregua di una “guida” per l'accertamento della responsabilità in fatto di ICA. Così, nell'ottica dei professionisti della salute, l'elenco di documenti richiesti per dimostrare la corretta prevenzione e sorveglianza potrebbe diventare una sorta di checklist. Alla stessa maniera, le responsabilità suddivise tra le differenti figure apicali potrebbe favorire l'organizzazione dei sistemi di sorveglianza e prevenzione del rischio infettivo.

D'altro canto, l'impianto – forse, eccessivamente – schematico della sentenza rischia di appiattire il percorso di ricostruzione della catena causale, riducendolo alla mera verifica della corretta allegazione documentale. Inoltre, stante la pletora di documenti richiesti (alcuni dei quali potrebbero riguardare servizi offerti da ditte esterne) non è detto che le strutture sanitarie siano in grado di ottemperare con puntualità a quanto richiesto.

Ad oggi, gli effetti di tale evoluzione giurisprudenziale non sono manifesti e possono essere solo ipotizzati; un dato certo è che le direzioni sanitarie attenendosi ai principi della Suprema Corte potrebbero provare ad evitare condanne risarcitorie, ma la vera sfida delle direzioni stesse è quella di sapersi dotare effettivamente degli strumenti indicati in Sentenza, in quanto in caso contrario il rischio di soccombenza sarebbe quanto mai inevitabile.

Fabbisogno Personale Ospedaliero: La costruzione di valori di riferimento nei Blocchi Operatori

Ciancia G.¹, Adani G.¹, Baglio M.A.², Baraldi C.³, Ghirardini A.M.⁴, Tarantino M.C.⁵, Di Tella S.⁶, Reggiani S.⁷

1 Medico di Direzione Sanitaria, Ospedale di Sassuolo SpA, 2 Coordinatore Blocco Operatorio Ospedale di Sassuolo SpA, 3 Responsabile Pianificazione Ricoveri Ospedale di Sassuolo SpA, 4 Responsabile U.O. Anestesia Ospedale di Sassuolo SpA, 5 Dirigente delle Professioni Sanitarie Ospedale di Sassuolo SpA, 6 Direttore Sanitario Ospedale di Sassuolo SpA, 7 Direttore Generale Ospedale di Sassuolo SpA

Parole chiave: fabbisogno personale, ottimizzazione, blocco operatorio

INTRODUZIONE

La carenza di medici ed infermieri rappresenta una vera emergenza sanitaria; con riferimento al decennio 2009-2019, il personale dipendente a tempo indeterminato del comparto sanità è diminuito complessivamente del 6% e il numero di dirigenti medici è diminuito in termini percentuali del 5%. Questa carenza di personale sanitario contrapposta all'esigenza di aumentare la produzione chirurgica ci ha permesso di migliorare l'ottimizzazione delle risorse con un costante monitoraggio delle stesse. Questo elaborato nasce nel corso dell'anno 2022, nel quale la Regione Emilia-Romagna, attraverso una delibera (DGR n. 1685 del 10/10/2022 "Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa"), ha declinato obiettivi specifici attribuiti alle Aziende Sanitarie in tema di gestione delle liste di attesa chirurgiche, i più significativi sono stati: ripristino della capacità produttiva ad almeno il 92% della produzione chirurgica effettuata nel 2019 e recupero dei pazienti in attesa di intervento con smaltimento di almeno l'80% dei pazienti scaduti al 31.12.2021. In un anno ancora fortemente segnato dalla gestione della pandemia da Covid-19, con tutti gli imprevisti derivanti da eventuali positività degli operatori oltre che da un elevato turn-over del personale senza la possibilità di adeguato ricambio, lo sforzo è stato quello di ottimizzare al massimo il personale sanitario dedicato al Blocco Operatorio. Attraverso un foglio di calcolo l'obiettivo è stato quello di arrivare, sulla base delle sale operatorie pianificate quotidianamente, a quantificare il fabbisogno di personale anestesiológico, infermieristico e socioassistenziale necessario per lo svolgimento delle sedute operatorie prevedendo altresì eventuali scostamenti, sia in positivo che in negativo.

CONTENUTI

Nella costruzione di questo foglio di calcolo sono state differenziate, in termini di sede di blocco operatorio (II, III e IV piano) le sedute di chirurgia ordinaria da quelle di DH ed ambulatoriale, per conteggiare il personale a seconda della tipologia e complessità di intervento. Per confronti a livello interaziendale e/o regionale non è possibile utilizzare la formula di calcolo del personale del blocco operatorio censito presso l'Ospedale di Sassuolo, bensì è necessario utilizzare un glossario comune replicabile in ogni sede. Tale linguaggio è facilmente identificabile nell'elenco delle procedure chirurgiche ICD-9-CM a cui può essere associato il fabbisogno in ogni sede partecipante.

CONCLUSIONI

Nel 2019 l'Ospedale di Sassuolo ha prodotto 8634 ricoveri con DRG chirurgico, nel 2022 sono stati 8303 (96.2% rispetto all'anno 2019), raggiungendo così l'obiettivo dato dalla RER, anche grazie a questa attenta analisi del fabbisogno quotidiano e relativi scostamenti del personale del blocco operatorio. È attualmente in corso una raccolta dati della RER per sancire, in termini numerici, il personale sanitario (chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici, operatori socioassistenziali) per singolo intervento (procedure chirurgiche ICD-9-CM a bassa e media complessità ed a maggior volume erogati nel 2022) e setting assistenziale, al fine di iniziare con una mappatura delle dotazioni organiche/schieramenti per intervento chirurgico. Terminata questa ricognizione "ad hoc" del personale sanitario nelle diverse procedure chirurgiche delle Aziende Sanitarie regionali vi potrà essere un continuo monitoraggio ed un benchmark per le successive azioni locali e/o regionali.

WEBINAR 21 MARZO 2024



LE BUONE PRATICHE IN TEMA DI DISINFEZIONE E ANTISEPSI



L'evento si svolgerà on-line in modalità live streaming.

ISCRIZIONE

L'iscrizione è gratuita, fino ad esaurimento dei posti disponibili, previa registrazione online sul sito:

www.noemacongressi.it

CREDITI ECM

L'attività formativa si svolgerà in modalità FAD sincrona con acquisizione di crediti ECM.

Provider: Noema srl unipersonale

Codice Provider: 891

Codice evento: 407633

Numero dei crediti formativi: 6

Obiettivo formativo:

Linee guida - protocolli - procedure

Professioni inserite in accreditamento:

- Medico-Chirurgo (Tutte le discipline)
- Assistente Sanitario
- Biologo
- Farmacista
- Infermiere
- Infermiere pediatrico
- Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
- Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

I crediti formativi verranno erogati ai partecipanti previa:

- Verifica del 100% della presenza online
- Compilazione della scheda anagrafica, questionario ECM, scheda di gradimento entro 3 giorni dal termine del Webinar sulla piattaforma ECM
- Verifica del raggiungimento del 75% delle risposte corrette al questionario.

SEGRETERIA SCIENTIFICA

c/o Ospedali privati riuniti Nigrisoli - Villa Regina
Via Castiglione, 115 - 40136 Bologna
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108
anmdo.segreteria@gmail.com - www.anmdo.org

FAD ECM ASINCRONA

Il corso è stato accreditato anche come FAD ECM ASINCRONA e sarà attivo dal **28 marzo al 16 aprile 2024**.

Codice evento: 407674 - **N. crediti formativi:** 4

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Moderatori: Francesco Auxilia (Milano), Maria Mongardi (Verona), Gabriella Nasi (Roma)

15.00 Introduzione

Martina Barchitta (Catania)

15.20 Le buone pratiche: aspetti legislativi e giurisprudenziali

Leonardo Bugiolacchi (Roma)

15.40 Recenti novità legislative

Daniela Accorgi (Prato)

16.00 Le buone pratiche: aspetti medico-legali

Matteo Bolcato (Padova)

16.20 La responsabilità del personale sanitario nell'uso corretto di antisettici e disinfettanti

Clemente Ponzetti (Alessandria)

16.40 Le buone pratiche in disinfezione e antisepsi

Paola Anello (Padova), Claudio Garbelli (Milano), Luca Lanzoni (Ferrara), Andrea Minarini (Bologna), Beniamino Schiavone (Caserta), Cristina Sideli (Bologna)

18.40 Conclusioni

Gianfranco Finzi (Bologna), Ida Iolanda Mura (Sassari)

Con il contributo incondizionato di



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER

N O E M A



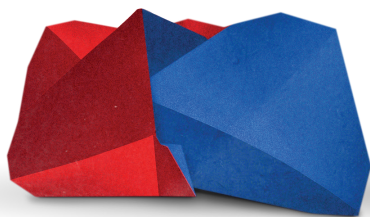
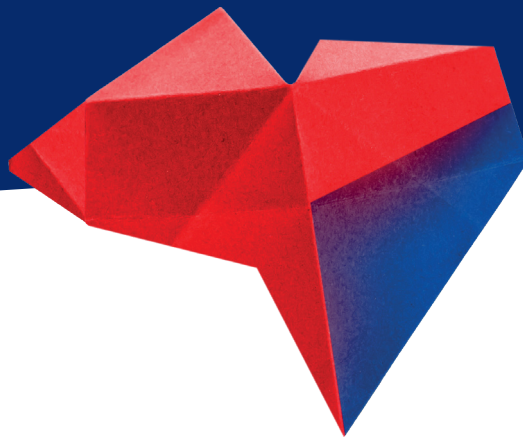
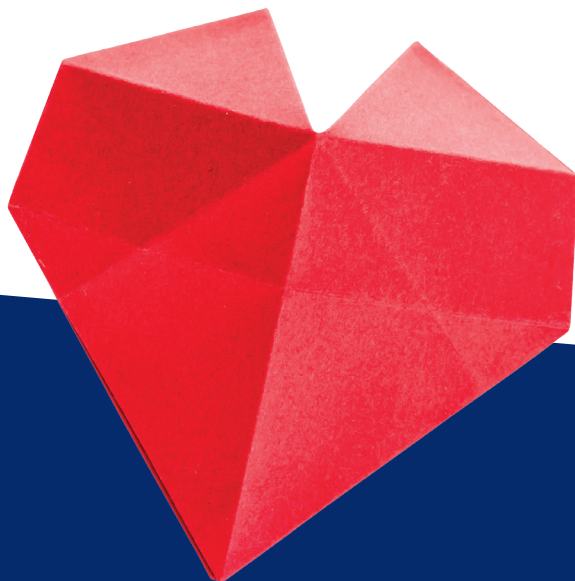
EXPOSANITA'

HEALTH • CARE • INNOVATION

PASSIONE. EVOLUZIONE.

GRUPPOVENTO.IT

CI STA A **CUORE**
CHI **CURA**



ACQUISTA ONLINE
IL TUO BIGLIETTO
D'INGRESSO



BOLOGNA
17 - 19 APRILE 2024

Progetto e direzione

BOS
BolognaFiere | Senaf

In collaborazione con

 **Bologna
Fiere**

 **tecniche nuove
MEDIA**

Il **19 Aprile** in contemporanea con

 **COSMOFARMA®**
EXHIBITION

19 • 21 Aprile 2024