

L'OSPEDALE

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

**Il Direttore Sanitario e le parole.
"Lettera ad un Direttore che sarà"**

**La valutazione di efficacia dei
disinfettanti chimici e antisettici
secondo le norme tecniche europee**

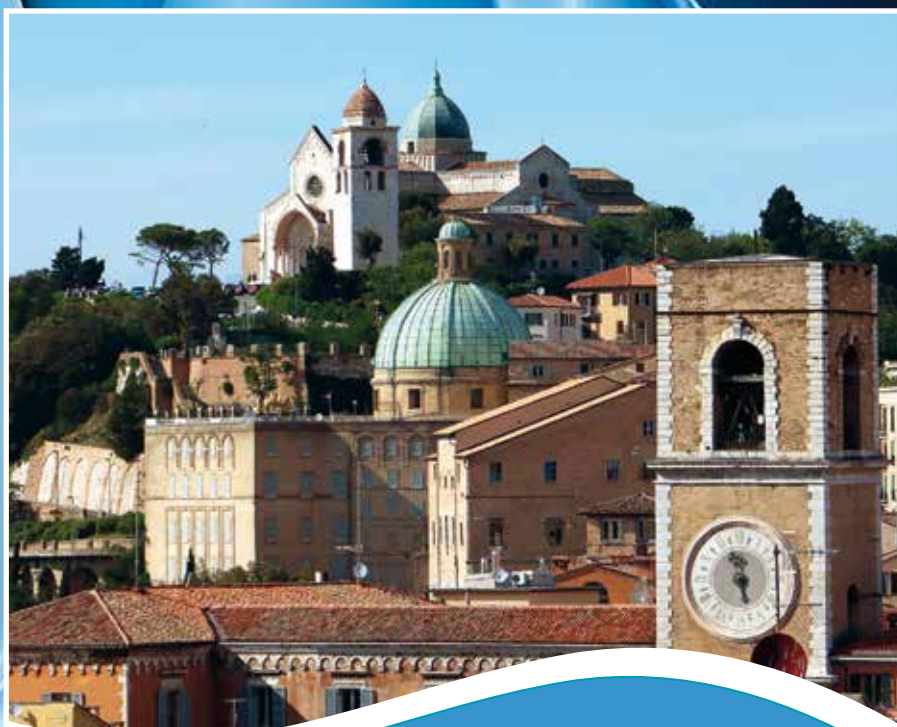
**Il ruolo della Direzione Medica di
Presidio in Ospedali di diritto
pubblico e della Direzione Sanitaria
di Case di cura private nella
complessità del sistema. Come
cambiano competenze e funzioni**

**Indagine sulla vaccinazione
nelle strutture sanitarie e
socio-assistenziali**

**Il percorso di presa in carico della
persona con HIV in AST Macerata**

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

ORIZZONTI



49° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

**LA SANITÀ E L'OSPEDALE DI OGGI
...IN ATTESA DEL FUTURO**

ANCONA, 21-22-23 MAGGIO 2024

Ogni giorno
al tuo fianco
con un sorriso

sodexo

It all starts with the everyday



it.sodexo.com



Professional Cleaning è la soluzione ideale per le strutture sanitarie. Pulizia e disinfezione con un'elevata resa ed efficacia, pensando all'ambiente e alla sicurezza degli operatori. Contattaci per avere maggiori informazioni: sanita.it@sodexo.com

IL SISTEMA LIMOP È commercializzato in ESCLUSIVA da:



lim[®]

Lavanderia Coordinatrice
Rete Imprese
Elledue Laundry Network Italia



ELLEDUE
LAUNDRY
NETWORK
ITALIA

(Rete Imprese Italia)



limlavanderia.it/elledue

Contiene principio attivo
detergente riattivabile
con acqua

SANIFICATO
SECONDO
LA NORMATIVA
UNI EN 14065
LINEE GUIDA
ASSOSISTEMA

Innovativo sistema
di noleggio, lavaggio e
tracciabilità dei tessuti
dedicati al cleaning

Mops-Panni 100%
microfibra
ISO 14024

Mops-Panni 100%
microfibra
ISO 14024

Limop è un sistema di pulizia innovativo mediante prodotti tessili certificati contenenti principio attivo detergente riattivabile con acqua prima dell'utilizzo, che soddisfa tutte le attuali esigenze del settore del cleaning

... impossibile non notare la differenza!
Ti aiutiamo a distinguerti

limop[®]
green & dry system for cleaning

Sistema rispondente alla Normativa C.A.M.



Processo di sanificazione Mops-Panni certificato:



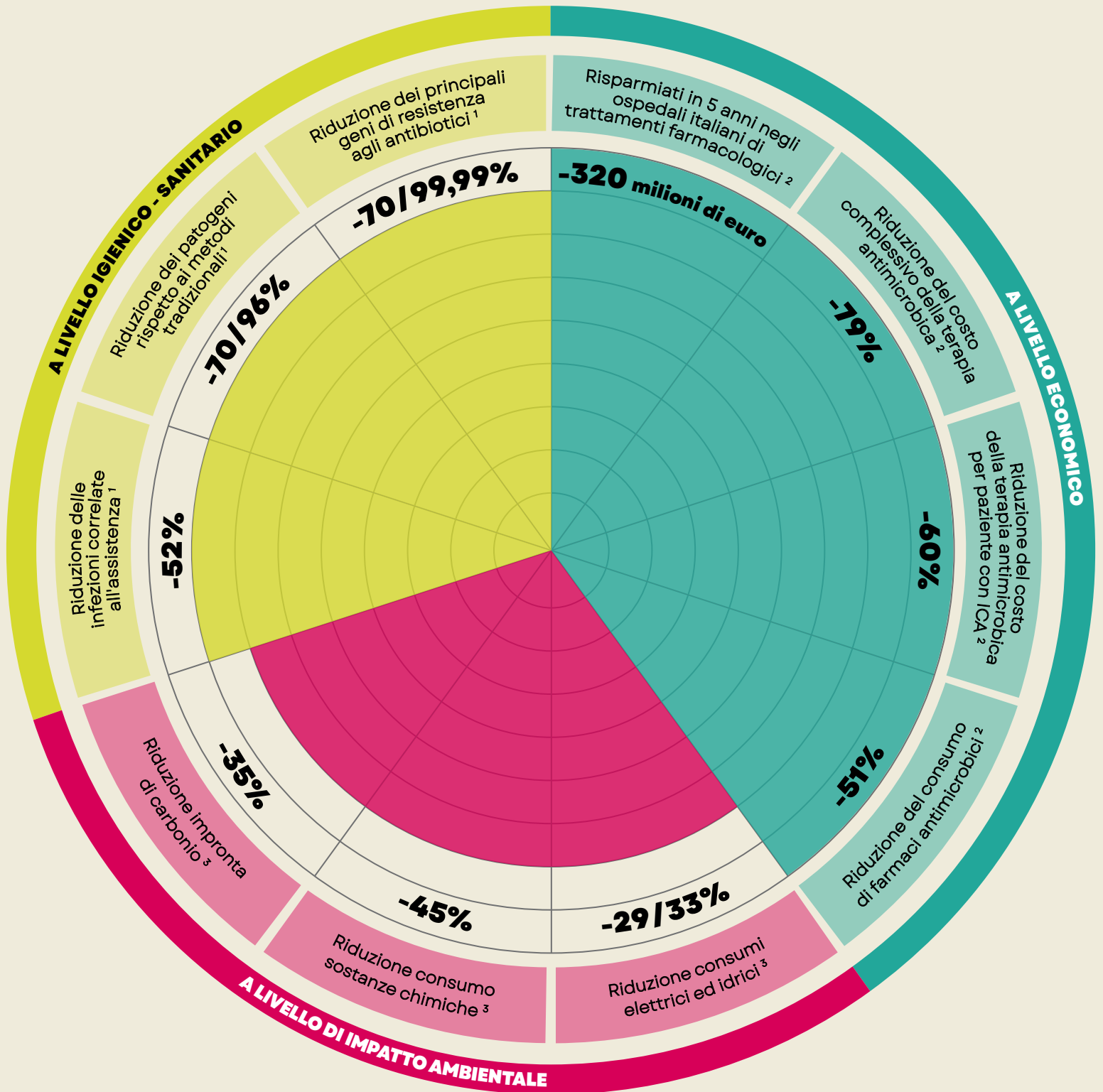
Prodotti
detergenti
Ecolabel



IL VALORE DEL RISPARMIO

Le buone intenzioni possono essere validate solo dai numeri che hanno molto da dire.

Questo è quello che abbiamo fatto con il nostro sistema di sanificazione PCHS® la cui efficacia è stata dimostrata da molte ricerche pubbliche su autorevoli riviste scientifiche internazionali.



Fonte ricerca scientifica SAN-ICA:

¹ pubblicazione scientifica Plos One

² pubblicazione scientifica Pathogens

³ fonte ricerca Punto3 srl



- 6** **Il Direttore Sanitario e le parole.
"Lettera ad un Direttore che sarà"**
Clemente Ponzetti
- 9** **La valutazione di efficacia dei disinfettanti chimici
e antisettici secondo le norme tecniche europee**
Daniela Accorgi
- 20** **Il ruolo della Direzione Medica di Presidio in Ospedali
di diritto pubblico e della Direzione Sanitaria di Case
di cura private nella complessità del sistema
Come cambiano competenze e funzioni**
K. Kob, L. Blandi, F. Ripa, C. Martini, G. Finzi
- 27** **Indagine sulla vaccinazione nelle strutture sanitarie
e socio-assistenziali**
*Gruppo di lavoro Vaccinazioni ANMDO - Coordinatore Gianfranco Finzi
Componenti: Ida Iolanda Mura, Paola Anello, Claudio Garbelli, Luca Lanzoni,
Fabrizio Leigheb, Alberto Lontano, Alberto Peano, Cristina Sidelì, Arianna Vitale*
- 36** **Il percorso di presa in carico della persona
con HIV in AST Macerata**
Scaloni G., Gabrielli E., Valeriani C., Di Falco C.
- 40** **Comunicazioni
48° Congresso Nazionale A.N.M.D.O**
- 61** **ORIZZONTI**

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 77 - Numero 2 - aprile giugno 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

Il Direttore Sanitario e le parole. “Lettera ad un Direttore che sarà”

Come diceva Gabriel Garcia Marquez, “La vita non è quella che si è vissuta ma quella che si ricorda e come la si ricorda per raccontarla”, così, volendo fare un bilancio della nostra professione, ho voluto giocare con le parole addentrandomi in un particolare genere letterario che è la narrazione medica.

Quotidianamente il nostro passato, ma anche le nostre aspettative, il nostro auspicato futuro sono oggetto della narrazione che utilizziamo nel ricercare un rapporto empatico con chi ci sta intorno ed interagisce con noi. Stanti gli eccezionali traguardi raggiunti dalla medicina e gli altrettanto pervasivi risultati della medicina basata sulle evidenze, si sente sempre più, a mio avviso, l'esigenza di recuperare l'essenza delle professioni sanitarie che è il rapporto medico-paziente; in esso la narrazione della patologia del paziente al medico è considerata al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa, ma la Medicina Narrativa si riferisce non solo al vissuto del paziente ma anche alle esperienze del medico ed alla loro relazione. Come il paziente racconta al medico la propria “storia di malattia”, e questa è la descrizione più vera e completa del suo malessere, allo stesso modo tutti i giorni il medico vive la sua “storia di cura” scontrandosi con la fragilità della complessità, la responsabilità della vita, le difficoltà del presente, le incognite per il futuro.

L'Ospedale è il Paziente che noi Direttori Sanitari tutti i giorni curiamo con continuità, impegno ed entusiasmo; in questa narrazione ho voluto che la figura del Medico-Direttore e del Paziente-Ospedale interagissero per dar modo a tutti noi di riflettere su chi siamo, su chi è il nostro quotidiano interlocutore, su quali sono i nostri ed i

suoi bisogni e su quali siano (togliendo la bi) i nostri sogni.

Richiamare la nostra figura di Medico e non di “Amministratore “ come spesso veniamo etichettati è stato un altro degli obiettivi che mi sono prefisso.

Che cos'è l'Ospedale?

Cosa genera la sua complessità?

Come bisogna affrontarlo?

Come bisogna “curarlo”?

A queste, ed a tante altre, domande ho cercato di dare, in forma narrativa, una risposta diversa che potesse arrivare al cuore ed all'anima di Tutti ma soprattutto a quelli delle nuove generazioni di Medici; perché possano comprendere appieno la bellezza e la varietà del nostro lavoro e le prospettive professionali che si possono, se ci seguiranno, spalancare nel loro Futuro. Ci sarò riuscito? Lo spero tanto.

LETTERA AD UN DIRETTORE CHE SARÀ

Caro Direttore,

Ho scritto queste righe, molto per far affiorare i miei pensieri di vecchio cultore di questa professione e poco per darti dei consigli di cui sicuramente non avrai bisogno perché nascerai in epoca in cui, spero, saremo riusciti a far di Te una limpida figura di Medico al servizio del nostro Paziente, l'Ospedale. L'Ospedale, devi sapere, è un piccolo-grande cosmo dove, in una frazione infinitesima di tempo, tutto accade e tutto si trasforma.

In Ospedale trovi la gioia e la disperazione, la nascita e la morte, la tragedia, l'amore e l'odio, gli amori, lo sconforto, la gioia, i tradimenti, la grande tecnologia ed i bisogni primari, la passione e l'invidia, il coraggio la semplicità di un sorriso e la complessità di una decisione, la solitudine e la coesione, la cultura e l'aberrazione, le culture, la ricerca e l'ignoranza, la pigrizia e l'entusiasmo, l'impegno, la dedizione, la costanza, la passione, la vocazione, la certezza, la disaffezione, la fru-

Clemente Ponzetti

Coordinatore Sanitario Gruppo Policlinico di Monza, Componente Direttivo Nazionale ANMDO

strazione, l'insicurezza, la paura, il disinteresse, la noia, l'abbandono.

Questa sua complessità ne condiziona fortemente la vita, perché la sua forza e la sua efficacia dipendono dalla capacità di aggiornare quotidianamente la sua organizzazione e di adeguare le attività alle necessità della Gente.

Recentemente ci ha provato un virus a soffocarlo ma l'Ospedale ha saputo prima plasmarsi agli eventi, poi adeguarsi alla malattia, infine sconfiggerlo con la forza della coesione e della resilienza. Non è stata una lotta eroica ma una dimostrazione che insieme, e solo insieme, si possono superare anche le tragedie più efferate e cupe.

L'Ospedale si ammala spesso: non grandi cose, per fortuna, ma se non curate potrebbero degenerare in un qualcosa di più grave; è necessario essere vigili e capire i piccoli segni di malessere che spesso manifesta e che bisogna saper cogliere, garantendogli una presenza continua, fatta di tanto ascolto ed assidue camminate per i suoi meandri più nascosti. L'Ospedale è un grande olmo esposto a tanti venti che a volte lo accarezzano lusingandolo come fa la politica prima delle elezioni, a volte lo sferzano con brutali folate dettate dalla necessità di trovare sempre un responsabile quando spesso un responsabile non c'è; per fortuna ha radici forti che si approfondano in un terreno reso solido dall'impegno e dalla dedizione di molti che vivono per lui e per i suoi bisogni.

L'Ospedale pretende molto ma dà di più.

Ti toglie notti, domeniche, festività, estati, capodanni, Natali, Pasque, Ramadan, compleanni, feste scolastiche, appuntamenti, partite con gli amici, passeggiate con il cane, ti toglie, spesso, i figli e gli amori, ma sa darti il sorriso adorante di un bambino, la carezza di una mamma, l'abbraccio di un padre, la complicità di una guarigione, la pacca di un collega, il "cinque" di un collaboratore, lo sguardo interessato di uno studente, la forza di un risultato epidemiologico, la bellezza di un successo clinico insperato, il bacio sulla mano di un anziano, mano che Tu ritrai ma che Lui ti serra con tutte le forze che gli rimangono per dirti grazie di non averlo dimenticato.

L'Ospedale ha bisogno di molti che gli vogliano bene e Tu, caro Direttore, devi essere tra quelli che più lo conoscono, lo seguono, lo amano.

La cultura della nostra professione deve essere sempre riferita alla complessità del nostro Paziente; devi aggiornare sia gli strumenti diagnostici che quelli terapeutici non solo seguendo l'evoluzione delle scienze dell'organizzazione, ma anche interessandoti agli sviluppi della clinica che ti serviranno per capire meglio i bisogni reali dell'Ospedale. Convinciti che più è alta la complessità, più la semplicità è fattore vincente: le scelte più semplici spesso sono le più efficaci.

Regala Tempo al tuo Ospedale: nulla è più gratificante per un Operatore sanitario di poter dedicare attimi all'ammalato; questo obiettivo sarà raggiunto solo se saprai mettere in atto soluzioni coraggiose ed innovative che, tralasciando la solita corsa alle prestazioni, passino attraverso la collaborazione tra i Professionisti, la semplificazione organizzativa, la comunicazione reale, la scelta di cure appropriate.

Usa il Tempo per il tuo Ospedale: non vi è nulla di peggio di una decisione affrettata ma anche di una tardiva risposta.

Rammenta che l'Ospedale è fatto di Persone a cui devi il rispetto per una professione lunga, faticosa, sudata e pericolosa ma da cui devi pretendere l'onestà intellettuale di una scelta, fatta liberamente, che riguarda il bene più sentito dal genere umano che è la Salute; mi piace ancora il termine, che molti criticano, di "missione", non nella sua accezione fideistica, ma in quella di prioritario e laico impegno per il bene comune, singolo e collettivo. Come in un'orchestra, i particolari fanno la differenza; il Direttore ha il compito di cogliere l'attimo critico per correggerlo, e questo va sicuramente a vantaggio di tutti, Strumentali e Pubblico.

In questa grande orchestra che è l'Ospedale, sappi entrare nel dettaglio dei processi sia perché, avendo studiato le partiture di tutti, li conosci e sia perché Tu sai cosa le "stonature", anche le più marginali, possono generare a distanza di tempo per gli Operatori e per il Paziente.

Ascolta le tante voci dell'Ospedale e, prima di scegliere, chiediti se non ci sia ancora qualcuno che possa arricchire il quadro conoscitivo su di un determinato problema; spesso siamo portati a decidere sul bisogno dei singoli dimenticando che l'organizzazione è fatta da molti.

"La Medicina - fa dire Platone, nel Simposio, al medico Erissimaco - è proporzione: un pensiero

armonico in grado di cogliere la struttura complessivamente ordinata del corpo, analizzandola sia come proporzione delle parti in sé stesse che come equilibrio morfologico e funzionale delle parti tra loro”; sforzati di saper cogliere le particolarità mantenendo la misura della complessità.

Ricordati di spronare il tuo Ospedale a scrivere, non tanto per autoreferenzialità e con fini di ricerca, che spetta principalmente all’Università, ma per confrontare esperienze e descrivere situazioni e buone pratiche; sicuramente ne trarranno vantaggio i singoli ma soprattutto l’intero mondo sanitario.

Assegna obiettivi che siano frutto di programmi attuabili, pretendi tutta la qualità possibile, sapendo discernere quali sono gli alibi e quali le reali difficoltà; per far questo chiediti sempre dove sia il razionale delle scelte fatte dai professionisti, utilizzando, per la risposta, il loro sapere e la loro esperienza al fine di comprendere meglio i processi, le attività ed i risultati.

Sappi trarre esperienza e forza dagli errori che inevitabilmente farai e faranno i tuoi Operatori, ben sapendo come sia inefficace dare la colpa all’ultimo che ha sbagliato perché, quasi sempre, è colui che ha effettuato, invece, un’azione sì negativa, ma generata, quasi sempre, da cause profonde e indipendenti da lui; sono queste ultime le vere criticità che devi saper riconoscere per evitare il ripetersi dei tristi accadimenti.

Sappi dare valore ad ogni Genere e, considerata la globalizzazione delle professioni, ad ogni modello di Pensiero e di Vita.

Frequentemente nella mia esperienza professionale mi ha aiutato quello che Sir R.J. Hutchinson scrisse alla fine dell’Ottocento nel suo esalogo:

*“Signore liberaci dal troppo zelo per le novità,
dall’anteporre la cultura alla saggezza,
la scienza all’arte,
l’intelligenza al buon senso,
dal curare i malati come se fossero malattie,
dal rendere la guarigione più penosa del persistere del morbo”.*

Impegnati strenuamente per avere degli Allievi che sappiano rendere il momento del Tuo abbandono indifferente per l’Ospedale, questo sarò l’ultimo regalo a lui ed ai suoi pazienti e sarà segno che hai vissuto.

Tu vivrai in un’epoca dove si svilupperà l’intelligenza artificiale, in cui la telemedicina soppianderà i comuni canali di diagnosi, cura e prevenzione; dove internet ed il web condizioneranno il normale svolgimento della nostra vita quotidiana.

E chissà cos’altro. Ricorda però che all’Ospedale serve il pensiero umano, quello che sa creare la memoria e la fantasia, l’orgoglio e la paura, che sa generare un sorriso.

Mi piacerebbe che Voi Direttori del Futuro sapeste unirvi, e non dividervi come spesso abbiamo fatto noi, per parlare chissà... di prevenzione dell’organizzazione, medicina di precisione dei processi di cura, resilienza agli errori dell’assistenza e chissà quanti nuovi argomenti; Cosa ne dici di usare l’#hashtag “iocurolospedale”?

Ci sono tante serie televisive che descrivono la vita in Ospedale, ma sono sicuro che, se a qualche sceneggiatore o regista venisse in mente di pensare alla nostra vita, sai quanti e che episodi ne scaturirebbero.....altro che “Un posto al sole , Beautiful o Rocco Schiavone”!

Ma è tardi ormai, la stanchezza che pervade i vecchi alla sera fa dire alle mie dita di smettere di arrampicarsi sulla tastiera; e poi, non bisogna abusare delle parole per dar loro la leggerezza del significato voluto.

Ho iniziato citando un poeta e chiudo ricordando un Cantautore italiano che, intervistato su come nascono le canzoni, ricordava che esse hanno sempre origine da un’emozione e che “non si può essere mai soddisfatti di una emozione”.

Ecco, io non smetto di avere voglia di entrare in Ospedale perché per me, come quando torno a casa la sera, è una vera emozione e non mi basta mai. Ti saluto, ricordandoti che dirigerai una delle più complesse e complicate opere dell’Uomo, meritatelo con la certezza della cultura, la solidità dell’esperienza, il coraggio delle azioni perché il giusto non è il comodo e non è il facile e richiede mani salde cui aggrapparsi, come le Tue.

Ciao Direttore di domani,
buona vita a Te
che sei il nostro migliore Futuro.

Ivrea, una notte stellata del febbraio 2024

La valutazione di efficacia dei disinfettanti chimici e antisettici secondo le norme tecniche europee

Riassunto

L'Unione Europea attraverso i suoi enti di normazione ha identificato un comitato di esperti per l'elaborazione di norme che standardizzano i metodi di prova per la valutazione di efficacia dei disinfettanti chimici e antisettici che non sono immessi in commercio come specialità medicinali. Tale comitato ha prodotto a partire dal 2007 norme tecniche specifiche in relazione alle principali destinazioni d'uso che ha riassunto in una norma quadro la EN 14885. Tale norma è stata con il tempo aggiornata in relazione al controllo del rischio infettivo e allo sviluppo di nuovi metodi di prova. La comprensione delle caratteristiche del contenuto di questa norma può aiutare sia chi acquisisce o utilizza un prodotto disinfettante e antisettico nella valutazione di qualità del prodotto.

INTRODUZIONE

L'efficacia di un prodotto con attività antisettica o disinfettante deve essere valutata attraverso prove che documentino la capacità di riduzione della carica microbica ad un livello di sicurezza.

Questa condizione viene richiesta dalla legislazione europea e nazionale al suo produttore prima dell'immissione in commercio in relazione alla destinazione d'uso. L'Unione Europea attraverso i suoi enti di normazione ha elaborato specifiche prove per valutare la capacità battericida, virucida, lieviticida, fungicida, micobattericida, tubercolicida e sporicida degli antisettici e disinfettanti per poter essere immessi in commercio con esclusione degli antisettici registrati come specialità medicinali [1].

Il Comitato Europeo di Normazione (CEN) fondato a Bruxelles nel 1961 è una associazione che riunisce gli Enti Nazionali di Normazione di 34 paesi europei.

Fornisce una piattaforma per lo sviluppo di norme europee e altri documenti tecnici in relazione a varie tipologie di prodotti, materiali, servizi e processi. Il Comitato Europeo di Normazione è uno dei tre organismi europei di standardizzazione (insieme a CENELEC¹ e ETSI²) che sono stati ufficialmente riconosciuti dall'Unione Europea e dall'Associazione Europea di Libero Scambio (EFTA) come responsabili dello sviluppo e della definizione di standard volontari a livello europeo [2].

Le attività di normazione del CEN sono guidate dal **Consiglio tecnico** (*Technical Board*), che ha la piena responsabilità dell'esecuzione del programma delle attività CEN. Gli standard sono elaborati dai **Comi-**

Daniela Accorgi

Infermiera specialista nel rischio infettivo Azienda Usl Toscana Centro –Consigliere nazionale ANIPIO

PAROLE CHIAVE:

efficacia, disinfettanti, antisettici, norme tecniche

Note

1 Comité européen de normalisation en électronique et en électrotechnique – Comitato europeo di normazione elettrotecnica

2 European Telecommunications Standards Institute- Istituto Europeo per le norme di Telecomunicazioni

Gruppi di lavoro	Campo di intervento
CEN/TC 216/WG 1	Medicina umana
CEN/TC 216/WG 2	Uso veterinario
CEN/TC 216/WG 3	Igiene degli alimenti e usi domestici e istituzionali
CEN/TC 216/WG 4	Gruppo di lavoro trasversale
CEN/TC 216/WG 5	Gruppo strategico

Tabella 1- Sottocomitati del gruppo di lavoro CEN/TC 216

tati Tecnici (*Technical Committees*) in relazione ai propri specifici campi di intervento.

I Comitati Tecnici operano sulla base della partecipazione nazionale dei membri del CEN, dove i delegati rappresentano il rispettivo punto di vista nazionale. Questo principio consente ai comitati stessi di prendere decisioni equilibrate che riflettono un ampio consenso.

All'interno di un comitato tecnico possono essere istituite uno o più **sottocomitati** nel caso di programmi complessi e articolati. Lo sviluppo vero e proprio degli standard viene intrapreso da **gruppi di lavoro** (*Working Groups*) in cui esperti, nominati dai membri del CEN sviluppano una bozza che diventerà lo standard futuro.

L'ente di normazione nazionale è l'UNI, **Ente Nazionale di Uniformazione** che, come partner del CEN ha il compito di recepire le indicazioni e le norme prodotte a livello europeo. Una volta prodotte le norme possono essere acquistate attraverso l'ente di normazione nazionale o gli altri enti di normazione europee. Il riferimento per quanto riguarda gli antisettici e disinfettanti è il Comitato Tecnico 216 (**CEN/TC 216**).

IL COMITATO TECNICO 216 "DISINFETTANTI CHIMICI E ANTISETTICI"

Nel 1990 viene istituito il **Comitato Tecnico 216** [3-4-5-6] per occuparsi di alcuni aspetti relativi alla standardizzazione dei disinfettanti chimici e antisettici per quanto riguarda la terminologia, i requisiti, i metodi di prova, l'efficacia nelle condizioni di utilizzo per poter selezionare quelli di comprovata efficacia attraverso uniformità di metodi.

La struttura del Comitato Tecnico 216 è organizzata

in cinque diversi gruppi di lavoro per rispondere a specifici ambiti della normazione. Il primo gruppo si occupa della standardizzazione dei metodi di prova che riguardano i prodotti utilizzati per la "**medicina umana**", il secondo gruppo si occupa di definire i metodi di prova per i prodotti per "**uso veterinario**", il terzo gruppo sviluppa le indicazioni per i metodi di prova dei prodotti destinati "**all'igiene degli alimenti, usi domestici e istituzionali**" mentre gli ultimi due gruppi si occupano degli aspetti trasversali e comuni dei gruppi (vedi **tabella 1** Sottocomitati del gruppo di lavoro CEN/TC 216)

LA NORMA TECNICA EN 14885

Il Comitato tecnico 216 tramite i gruppi di lavoro ha elaborato a partire dal 2007 e da allora è stata aggiornata regolarmente (ultima edizione agosto 2022) la norma tecnica **EN 14885 – Disinfettanti chimici antisettici- Applicazione delle norme europee per i disinfettanti chimici e antisettici** [7] (**di seguito norma**) che rappresenta la norma quadro che sistematizza termini e prove da effettuare in relazione alla destinazione d'uso dei prodotti rinviando a specifiche norme tecniche la descrizione delle modalità con la quale effettuare le prove stesse. I metodi di prova riguardano le dichiarazioni di attività nei confronti dei seguenti agenti microbici: *batteri, lieviti, funghi, micobatteri compreso il micobatterio tubercolare, virus e spore* (vedi **tabella 2** - definizioni delle attività secondo la norma EN 14885)

A seguito del periodo pandemico sono stati sviluppati ulteriori metodi di prova per la valutazione virucida dei prodotti. Sono stati individuati tre livelli diversi di attività virucida:

1. Attività virucida
2. Attività virucida a spettro limitato
3. Attività virucida contro i virus con involucro

In relazione alla destinazione d'uso vengono individuate l'attività virucida più opportuna. [8]

Gli obiettivi della norma EN 14885

Gli obiettivi dichiarati sono quelli di:

- a) Consentire ai fabbricanti di prodotti di selezionare le norme appropriate da utilizzare al fine di fornire dati a sostegno delle loro affermazioni relative a un prodotto specifico.
- b) Consentire agli utilizzatori del prodotto di valutare le indicazioni fornite dal fabbricante in relazione all'uso per il quale intendono utilizzare

zare il prodotto.

- c) Assistere le autorità di regolamentazione nella valutazione delle dichiarazioni presentate dal fabbricante o dalla persona responsabile dell'immissione del prodotto sul mercato.

LE CARATTERISTICHE DEI METODI DI PROVA

La norma riporta le condizioni necessarie per valutare l'efficacia del prodotto in relazione alla destinazione d'uso, quali: la presenza o meno di sostanze interferenti (es. fluidi corporei), i microrganismi di prova, la temperatura di utilizzo, il tempo di contatto e la riduzione della carica microbica attesa dopo l'utilizzo del prodotto. La valutazione dell'efficacia prevede quattro condizioni, tre delle quali hanno per obiettivo di ricreare le condizioni di utilizzo. La **tabella 3** sintetizza le caratteristiche principali delle fasi. Nel caso di test di fase 2/stadio 2 la scelta delle superfici è importante. In generale si distinguono i test effettuati su superfici porose da quelle non porose. Le superfici porose sono quelle che generalmente assorbono acqua e umidità. Questa condizione può rendere difficile la disinfezione. Le superfici non porose sono invece quelle superfici che non assorbono acqua e umidità. Esempi di materiali non porosi includono vetro, metallo, plastica e legno verniciato.

LA SIMULAZIONE DELLE CONDIZIONI DI UTILIZZO

La capacità di riduzione del numero di microrganismi deve essere valutata secondo le condizioni di utilizzo, dove la presenza di sporco e materiale organico possono compromettere l'efficacia del principio attivo o del prodotto e per questo vengono indicate due condizioni di sporco da utilizzare per valutare l'efficacia del prodotto: la condizione di pulito e la condizione di sporco.

Microrganismi di prova e riduzione logaritmica
Per ogni tipo di test vengono indicati specifici microrganismi che sono rappresentativi considerando la loro resistenza, rilevanza in relazione al campo di applicazione.

Questi microrganismi sono anche prescelti in relazione alla necessità di garantire la sicurezza dal rischio biologico correlato alla manipolazione du-

Battericida	Prodotto che uccide i batteri vegetativi, in condizioni definite.
Attività battericida	Capacità di un prodotto di ridurre il numero di cellule batteriche vitali appartenenti a microrganismi di prova rappresentativi.
Lievitocida	Prodotto che uccide i lieviti, in condizioni definite.
Attività lievitocida	Capacità di un prodotto di ridurre il numero di cellule di lieviti vitali appartenenti a microrganismi di prova rappresentativi, in condizioni definite.
Fungicida	Prodotto che uccide i funghi, in condizioni definite.
Attività fungicida	Capacità di un prodotto di ridurre il numero di cellule vegetative vitali di lieviti e spore di funghi appartenenti a microrganismi di prova rappresentativi.
Micobattericida	Prodotto che uccide i micobatteri, in condizioni definite .
Attività micobattericida	Capacità di un prodotto di ridurre il numero di cellule micobatteriche vitali appartenenti a microrganismi di prova rappresentativi, in condizioni definite.
Sporicida	Prodotto che uccide le spore batteriche dormiente, in condizioni definite.
Attività sporicida	Capacità di un prodotto di ridurre il numero di spore batteriche vitali di microrganismi di prova rappresentativi, in condizioni definite.
Tubercolicida	Prodotto che uccide il Mycobacterium tuberculosis, in condizioni definite.
Attività tubercolicida	Capacità di un prodotto di uccidere il Mycobacterium tuberculosis dimostrata dalla capacità di ridurre il numero di cellule vitali del microrganismo di prova Mycobacterium terrae, in condizioni definite.
Virucida	Prodotto che inattiva i virus, in condizioni definite
Attività virucida	Capacità di un prodotto di ridurre il numero di particelle virali infettive in microrganismi di prova appropriati, in condizioni definite.

Tabella 2 - definizioni delle attività secondo la norma EN 14885

Fase 1	Sono test quantitativi in sospensione che valutano se un principio attivo o un prodotto nella fase di sviluppo ha una attività battericida, fungicida o sporicida indipendentemente dalla destinazione d'uso. Questi test sono utilizzati solo nella fase di sviluppo e non possono essere utilizzati per la dichiarazione di attività. Sono previsti tre tipi di test EN 1040 per l'attività battericida, EN 1275 per l'attività lieviticida e fungicida e EN 14347 per l'attività sporicida.
Fase 2, stadio 1	Sono test quantitativi in sospensione effettuati in provetta per stabilire se un prodotto ha una attività, battericida, fungicida, lieviticida, micobattericida, tuberculocida, virucida o sporicida in condizioni pratiche simulate che rappresentano le condizioni di utilizzo. Il prodotto non viene diluito solo con acqua ma anche con una soluzione di sostanze interferenti che simulano un carico organico, condizione riscontrabile nella realtà sia in condizioni di pulito che di sporco.
Fase 2, stadio 2	Sono test quantitativi su superfici per stabilire se un prodotto ha attività battericida, fungicida, lieviticida, micobattericida, tuberculocida, virucida o sporicida quando, applicato su una superficie o sulla cute, si vengono a simulare le condizioni di utilizzo . Per questo metodo di prova vengono indicati il test di superficie e le sostanze interferenti da utilizzare in condizione di sporco e di pulito.
Fase 3	Questi test imitano ancora di più le condizioni di utilizzo. Tuttavia fino ad adesso non sono riportati test per questo tipo di prova

Tabella 3 - metodi di prova secondo la norma EN 14885

Condizione di pulito	Condizioni rappresentative di superficie che sono state oggetto di una pulizia soddisfacente e/o presentano dei livelli i più bassi possibili di sostanze organiche e/o inorganiche. Viene aggiunta albumina bovina (0,30 g/L), durante il test in sospensione o su superfici.
Condizione di sporco	Condizioni di superficie rappresentative che presentano, o sono suscettibili di presentare delle materie organiche o inorganiche. Per effettuare il test sono aggiunti eritrociti di pecora 3 mL/L + albumina bovina in quantità maggiore rispetto alle condizioni di pulito (3,00 g/L)

Tabella 4 - condizione per simulare le prove in condizioni di utilizzo secondo la norma EN 14885

rante l'esecuzione dei test. Vengono poi indicati i risultati attesi in relazione alla riduzione logaritmica. I test prevedono quindi che il prodotto (in diverse concentrazioni) venga messo a contatto con i microrganismi di prova nelle condizioni o meno di interferenza (condizione di sporco o di pulito) con le variabili tempo e temperatura per poter determinare la loro attività.

INTERVALLO TEST CINETICO (TEMPO DI CONTATTO) E TEMPERATURA

Nella valutazione d'efficacia viene anche stimato il tempo di contatto necessario per la riduzione logaritmica del numero di microrganismi. Per ogni tempo di contatto, le soluzioni vengono preparate in almeno tre diverse concentrazioni, inclusa una concentrazione di intervallo attivo e

una concentrazione nell'intervallo non attivo. Viene determinato il numero di microrganismi di prova sopravvissuti in ciascun campione e il fattore di riduzione logaritmico viene calcolato in base agli organismi di prova sopravvissuti in ciascun campione.

La temperatura con la quale si effettua il test viene definito per ogni singola prova in generale la temperatura dell'igiene delle mani è di 20 °C, per i disinfettanti utilizzati per gli strumenti va da 20 a 70 °C e per quella di superfici da 4 a 30°C

Dichiarazione di efficacia dei prodotti utilizzati nella medicina umana secondo la EN 14885 Per quanto riguarda la dichiarazione di efficacia dei prodotti utilizzati nella medicina umana la norma ad individuato i metodi di prova riportati nelle **tabelle 5-9** suddivisi per specifica azione biocida.

Medicina umana – Prove valutazione attività battericida

- **EN 13727:2015** - Prova quantitativa in sospensione per la valutazione dell'attività battericida in area medica - Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 1**)
- **EN 17387:2021** - Prova quantitativa in sospensione per la valutazione dell'attività battericida, lieviticida e/o fungicida di disinfettanti chimici in area medica, su superfici non porose senza azione meccanica - Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 2**)
- **EN 16615:2015** - Prova quantitativa per la valutazione dell'attività battericida e lieviticida su superfici non porose con azione meccanica mediante salviette in area medica (4-field test) - Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 2**) [9-10]
- **EN 14561:2006** - Prova quantitativa a portatore di germi per la valutazione dell'attività battericida per strumenti utilizzati nell'area medica - Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 2**)

Tabella 5 - Prove di valutazione attività battericida in campo medico

Medicina umana – Prove valutazione attività lieviticida e fungicidi

- **EN 13624:2022** - Prova quantitativa in sospensione per la valutazione dell'attività fungicida o lieviticida in campo medico - Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 1**)
- **EN 17387:2021** - Prova quantitativa in sospensione per la valutazione dell'attività battericida, lieviticida e/o fungicida di disinfettanti chimici in area medica, su superfici non porose senza azione meccanica - Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 2**).
- **EN 16615:2015** - Prova quantitativa per la valutazione dell'attività battericida e lieviticida su superfici non porose con azione meccanica mediante salviette in area medica (4-field test) - Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 2**)
- **EN 14562:2006** - Prova quantitativa a portatore di germi per la valutazione dell'attività fungicida o fermentativa per strumenti utilizzati nell'area medica - Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 2**)

Tabella 6 - Prove di valutazione attività lieviticida in campo medico

Medicina umana – Prove valutazione attività micobattericida e tubercolicida

- **EN 14348:2005** - Prova quantitativa in sospensione per la valutazione dell'attività micobattericida dei disinfettanti chimici nel campo medico, compresi i disinfettanti per strumenti - Metodi di prova e requisiti (**fase 2, stadio 1**)
- **EN14563:2009** – Prova quantitativa a portatore di germi per la valutazione di attività micobattericida e tubercolicida di disinfettanti chimici usati per strumenti nell'area medica. Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 2**)

Tabella 7 - Prove di valutazione attività micobattericida tubercolicida in campo medico

Medicina Umana – Prove valutazione attività virucida

- **EN14476:2019** – Prova quantitativa in sospensione per la valutazione dell'attività virucida in area medica – Metodo di prova e requisiti (**Fase 2/Stadio 1**)
- **EN 16777:2019** – Prova quantitativa per superfici non porose per valutare, senza azione meccanica, l'attività antivirale dei disinfettanti chimici usati in campo medico – Metodi di prova e requisiti (**fase 2, stadio 2**)
- **EN 17111:2019** – Test quantitativo del porta germi per la valutazione dell'attività virucida degli strumenti utilizzati in campo medico – Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 2**)

Tabella 8 - Prove di valutazione attività virucida in campo medico

Medicina Umana – Prove valutazione attività sporicida

- **EN 17126:2018** – Test quantitativo in sospensione per la valutazione dell’attività sporicida dei disinfettanti chimici in campo medico – Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 1**)
- **EN 17846:2023**- Test quantitativo su superfici non porose per la valutazione dell’attività sporicida su *Clostridioides difficile* con azione meccanica, mediante l’uso di salviettine, in area medica (4-field test) – Metodo e requisiti (**fase 2, stadio 2**)

Tabella XX - Prove di valutazione attività sporicida in campo medico

Medicina Umana – Prove valutazione disinfezione mani

- **EN 1499:2013** – Lavaggio igienico delle mani – Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 2**)
- **EN 1500:2013** – Trattamento igienico delle mani per frizione – Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 2**)
- **EN 12791:2018** –**Disinfezione** chirurgica delle mani – Metodo di prova e requisiti (**fase 2, stadio 2**)

Tabella 9 - Prove di valutazione attività disinfezione mani

I test relativi alla destinazione d’uso per l’area della medicina umana. La norma definisce metodi di prova per le seguenti destinazioni d’uso:

1. Frizione igienica delle mani (frizione idroalcolica)
2. Lavaggio igienico delle mani (lavaggio antiset-tico)
3. Frizione e lavaggio chirurgico delle mani
4. Disinfezione degli strumenti
5. Disinfezione delle superfici senza azione meccanica

6. Disinfezione delle superfici con azione meccanica (salviette)
7. Disinfezione aerea delle superfici (mediante processi automatici) **[11]**
8. Disinfezione tessili

Per ogni destinazione sono previsti metodi di prova obbligatoria e addizionale.

Nelle tabelle **10-11-12-13-14-15-16-17** vengono riportati i metodi di prova previsti e le norme non ancora sviluppate.

Frizione igienica delle mani (frizione idroalcolica)

Attività	Fase Stadio	Metodo di prova (norme EN)	Prove obbligatorie o addizionali
Battericida	2/1	EN 13727	Obbligatoria
	2/2	EN 1500	Obbligatoria
Lievitocida/fungicida	2/1	EN 13624	Obbligatoria
	2/2	Nessun standard	
Tubercolicida/micobattericida	2/1	EN 14348	Addizionale
	2/2	Nessun standard	
Virucida	2/1	EN 14476	Addizionale
	2/2	Nessun standard	
Sporicida	2/1	Nessun standard	
	2/2	Nessun standard	

Tabella 10 - Metodi di prova previsti per la frizione igienica delle mani

Lavaggio igienico delle mani (lavaggio antiseptico)			
Attività	Fase Stadio	Metodo di prova (norme EN)	Prove obbligatorie o addizionali
Battericida	2/1	EN 13727	Obbligatoria
	2/2	EN 1499	Obbligatoria
Lievitocida/fungicida	2/1	EN 13624	Obbligatoria
	2/2	Nessun standard	
Tubercolicida/micobattericida	2/1	EN 14348	Addizionale
	2/2	Nessun standard	
Virucida	2/1	EN 14476	Addizionale
	2/2	Nessun standard	
Sporicida	2/1	Nessun standard	
	2/2	Nessun standard	

Tabella 11 - Metodi di prova previsti per il lavaggio igienico delle mani

Frizione e lavaggio chirurgico delle mani			
Attività	Fase Stadio	Metodo di prova (norme EN)	Prove obbligatorie o addizionali
Battericida	2/1	EN 13727	Obbligatoria
	2/2	EN 12791	Obbligatoria
Lievitocida/fungicida	2/1	EN 13624	Obbligatoria
	2/2	Nessun standard	
Tubercolicida/micobattericida	2/1	Nessun standard	
	2/2	Nessun standard	
Virucida	2/1	Nessun standard	
	2/2	Nessun standard	
Sporicida	2/1	Nessun standard	
	2/2	Nessun standard	

Tabella 12 - Metodi di prova previsti per la frizione e il lavaggio chirurgico delle mani

Disinfezioni delle superfici SENZA azione meccanica			
Attività	Fase Stadio	Metodo di prova (norme EN)	Prove obbligatorie o addizionali
Battericida	2/1	EN 13727	Obbligatoria
	2/2	EN 17387	Obbligatoria
Lievitocida/fungicida	2/1	EN 13624	Obbligatoria
	2/2	EN 17387	Obbligatoria
Tubercolicida/micobattericida	2/1	EN 14348	Addizionale
	2/2	Nessuno standard	
Virucida	2/1	EN 14476	Addizionale
	2/2	EN 16777	Addizionale
Sporicida	2/1	EN 17126	Addizionale
	2/2	Nessuno standard	

Tabella 13 - Metodi di prova previsti per la disinfezione delle superfici senza azione meccanica

Disinfezioni delle superfici CON azione meccanica (salviette)			
Attività	Fase Stadio	Metodo di prova (norme EN)	Prove obbligatorie o addizionali
Battericida	2/1	EN 13727	Obbligatoria
	2/2	EN 16615	Obbligatoria
Lievitocida/fungicida	2/1	EN 13624	Obbligatoria
	2/2	EN 16615	Obbligatoria
Tuberculocida/micobattericida	2/1	EN 14348	Addizionale
	2/2	Nessuno standard	
Virucida	2/1	EN 14476	Addizionale
	2/2	EN 16777	Addizionale
Sporicida	2/1	EN 17126	Addizionale
	2/2	EN 17846	Addizionale

Tabella 14 - Metodi di prova previsti per la disinfezione delle superfici con azione meccanica

Disinfezione aerea delle superfici (mediante processi automatici)			
Attività	Fase Stadio	Metodo di prova (norme EN)	Prove obbligatorie o addizionali
Battericida	2/1	Nessuno standard	Nessuna indicazione sulla addizionalità delle prove per alcune attività viene riportata nella norma
	2/2	EN 17272	
Lievitocida/fungicida	2/1	Nessuno standard	
	2/2	EN 17272	
Tuberculocida/micobattericida	2/1	Nessuno standard	
	2/2	EN 17272	
Virucida	2/1	Nessuno standard	
	2/2	EN 17272	
Sporicida	2/1	Nessuno standard	
	2/2	EN 17272	

Tabella 15 - Metodi di prova previsti per la disinfezione area delle superfici

Disinfezione degli strumenti			
Attività	Fase Stadio	Metodo di prova (norme EN)	Prove obbligatorie o addizionali
Battericida	2/1	EN 13727	Obbligatoria
	2/2	EN 14561	Obbligatoria
Lievitocida/fungicida	2/1	EN 13624	Obbligatoria
	2/2	EN 14562	Obbligatoria
Tuberculocida/micobattericida	2/1	EN 14348	Addizionale
	2/2	EN 14563	Addizionale
Virucida	2/1	EN 14476	Addizionale
	2/2	EN 17111	Addizionale
Sporicida	2/1	EN 14126	Addizionale
	2/2	Nessuno standard	

Tabella 16 - Metodi di prova previsti per la disinfezione degli strumenti

Disinfezione dei tessuti			
Attività	Fase Stadio	Metodo di prova (norme EN)	Prove obbligatorie o addizionali
Battericida	2/1	EN 13727	Obbligatoria
	2/2	EN 16616	Obbligatoria
Lievitocida/fungicida	2/1	EN 13727	Obbligatoria
	2/2	EN 16616	Addizionale
Tubercolicida/micobattericida	2/1	EN 14348	Addizionale
	2/2	EN 16616	Addizionale
Virucida	2/1	EN 14476	Addizionale
	2/2	Nessun standard	
Sporicida	2/1	EN 17126	Addizionale
	2/2	Nessun standard	

Tabella 17 - Metodi di prova previsti per la disinfezione dei tessuti

Fase	Metodo di prova (Norme EN)	Attività	Microrganismi di prova
Fase 1	EN 1040	Battericida	<i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>
	EN 1275	Fungicida	<i>C. albicans</i> , <i>A. brasiliensis</i>
	EN 14347	Sporicida	<i>B. cereus</i> , <i>B. subtilis</i>

Tabella 18 - Microrganismi di prova test di fase 1

Principali microrganismi previsti nei metodi di prova nell'area medicina umana.

La norma in riferimento dell'area medicina umana riporta in tabelle riassuntive gli elementi descritti che caratterizzano le prove tra cui i principali microrganismi [12] previsti Vedi **tabella 18-19 -20**.

Quelli elencati nelle **tabella 18-19-20** sono i minimi organismi di prova previsti delle norme tecniche specifiche. Il produttore può richiedere al laboratorio che effettuerà la valutazione di efficacia del suo prodotto di inserire altri microrganismi di prova a supporti della valutazione complessiva del suo prodotto. Questo aspetto, rappresenta un elemento di qualità nella scelta dal prodotto. Oltre alla scelta dal produttore di testare il proprio prodotto per ulteriori microrganismi di prova può utilizzare metodi di prova previsti per altre destinazione d'uso e ambiti quando queste non sono state ancora previste. Un esempio è la valutazione dell'efficacia sporicida di alcuni disinfettanti fino a prima dell'introduzione che valutano l'azione sporicida su prodotti utilizzati nell'area della medicina umana si utilizzavano i metodi di prova utilizzati in campo alimentare, industriale, istituzionale e domestico la EN 13704 (prove di fase 2 stadio 1). Questa scelta rappresenta spesso un limite perché i metodi di prova simula-

no sempre le condizione di utilizzo che come è evidente non sono le stesse per i diversi ambiti di utilizzo.

CONCLUSIONI

La norma EN 14885 standardizzando i metodi di prova ha permesso un confronto tra prodotti contenenti principi attivi differenti ma con la stessa destinazione d'uso. Questa condizione ha aumentando le possibilità di scelta dei prodotti soprattutto quando si utilizzano i disinfettanti su superfici e/o dispositivi dove la compatibilità con i materiali rappresenta la prima controindicazione all'utilizzo di quel principio attivo. L'evoluzione delle norme ha anche permesso la valutazione di efficacia dei principi attivi quando si utilizzano sistemi che prevedono applicatori (es. salviette, sistemi di aerosolizzazione) favorendo un uso più pratico ed efficace in termini di valutazione di riduzione della carica e più rispondente all'evoluzione dei sistemi di disinfezione e antisepsi. Pur rappresentando le norme tecniche strumenti che ci guidano nella scelta di acquisto o utilizzo dei prodotti queste non devono sostituirsi ma integrarsi con la raccomandazioni che ci vengono di linee guida, documenti di indirizzo e dalle pubblicazioni scientifiche.

Fase	Metodo di prova (Norme EN)	Attività	Microrganismi di prova
Fase 2 Stadio 1	EN 13727 Prodotti Igiene mani	Battericida	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Enterococcus hirae</i>
	EN 13727 Disinfezioni strumenti		<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Enterococcus hirae</i> <i>Enterococcus faecium</i> (in caso di termodisinfezione)
	EN 13727 Disinfezioni superfici		<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Enterococcus hirae</i>
	EN 14348	Micobattericida Tubercolicida	<i>Mycobacterium avium</i> , <i>Mycobacterium terrae</i>
	EN 13624 Igiene mani	Lievitocida fungicida	<i>Candida albicans</i>
	EN 13624 Disinfezione strumenti e superfici		<i>Candida albicans</i> , <i>Aspergillus brasiliensis</i>
	EN 14476 Igiene mani	Virucida contro virus con involucro	<i>Vaccinivirus</i>
		Virus a spettro limitato	<i>Adenovirus</i> , <i>Norovirus</i>
		Virucida contro virus con a senza involucro	<i>Poliovirus</i> , <i>Adenovirus</i> , <i>Norovirus</i>
	EN 14476 Disinfezione strumenti e superfici	Virucida	<i>Poliovirus</i> , <i>Adenovirus</i> , <i>Norovirus</i> (Per la disinfezione termina <i>Parvovirus</i>)
EN 14476 Disinfezioni tessili	<i>Parvovirus</i>		
EN 17126 Disinfezione strumenti e superfici e tessili	Sporicida	<i>B. cereus</i> , <i>B. subtilis</i> , <i>C. difficile</i>	

Tabella 19 - microrganismi di prova test di fase 2 stadio 1

BIBLIOGRAFIA E SITIGRAFIA

- European Pharmacopoeia 10.0 Ed. T.1 Monography: 5.1.11. Determination of bactericidal, fungicidal or yeasticidal activity of antiseptic medicinal products (2020), pp. 643-644 07/2017:50111
- <https://www.cencenelec.eu/about-cen/>
- Tyski, S., Bocian, E., & Laudy, A. E. (2022). Application of normative documents for determination of biocidal activity of disinfectants and antiseptics dedicated to the medical area: a narrative review. *The Journal of hospital infection*, 125, 75–91. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2022.03.016>
- Bolten, A., Schmidt, V., & Steinhauer, K. (2022). Use of the European standardization framework established by CEN/TC 216 for effective disinfection strategies in human medicine, veterinary medicine, food hygiene, industry, and domestic and institutional use - a review. *GMS hygiene and infection control*, 17, Doc14. <https://doi.org/10.3205/dgkh000417>
- Reybrouck G. (2007). Milestones in the testing of surface disinfectants: from Robert Koch to CEN TC 216. *GMS Krankenhaushygiene interdisziplinär*, 2(1), Doc08.
- van Klingeren B. (2007). A brief history of European harmonization of disinfectant testing - a Dutch view. *GMS Krankenhaushygiene interdisziplinär*, 2(1), Doc14.
- UNI EN 14885:2022 Disinfettanti e antisettici- Applicazione delle norme europee per i disinfettanti chimici e gli antisettici <https://store.uni.com/uni-en-14885-2022>
- Eggers M, Schwebke I, Suchomel M, Fotheringham V, Gebel J, Meyer B, Morace G, Roedger HJ, Roques C, Visa P, Steinhauer K. The European tiered approach for virucidal efficacy testing - rationale for rapidly selecting disinfectants against emerging and re-emerging viral diseases. *Euro Surveill*. 2021 Jan;26(3):2000708. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.3.2000708. PMID: 33478622; PMCID: PMC7848678. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7848678/>

Fase	Metodo di prova (Norme EN)	Attività	Microrganismi di prova
Fase 2 Stadio 2	EN 1499- EN 1500 Prodotti Igiene mani	Battericida	Escherichia coli
	EN 12791 Lavaggio chirurgico		Flora microbica cutanea
	EN 14651 Disinfezioni strumenti		Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Enterococcus hirae
	EN 16615 Disinfezione superfici CON azione meccanica		
	EN 17367 Disinfezione SENZA azione meccanica		
	EN 14563 Disinfezione strumenti	Micobattericida Tubercolicida	Mycobacterium avium, Mycobacterium terrae
	EN 14562 Disinfezione strumenti	Lievitocida fungicida	Candida albicans
	EN 16615 Disinfezione strumenti CON azione meccanica		
	EN 17367 Disinfezione SENZA azione meccanica		Candida albicans, Aspergillus brasiliensis
	EN 16777 Disinfezione SENZA azione meccanica	Virucida contro virus con involucro	Vaccinivirus
		Virus a spettro limitato	Adenovirus, Norovirus
		Virucida contro virus con a senza involucro	Poliovirus, Adenovirus, Norovirus
	EN 17111 Disinfezione strumenti	Virucida	Poliovirus, Adenovirus, Norovirus (Per la disinfezione termina Parvovirus)
	EN 14476 Disinfezioni tessili		Parvovirus
EN 17846 Disinfezione CON azione meccanica	Sporicida	Clostridioides difficile	

Tabella 20 - microrganismi di prova test di fase 2 stadio 2

9. Gemein, S., Gebel, J., Roques, C., Steinhauer, K., & CEN/TC 216, WG 1 (2019). Practical considerations for infection prevention of near-patient surfaces: validation of an alternative polyvinyl chloride carrier in the 4-field test EN 16615:2015. *The Journal of hospital infection*, 103(1), e118–e119. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.02.018>

10. Tyski, S., Grzybowska, W., & Bocian, E. (2021). Application of EN 16615 (4-Field Test) for the Evaluation of the Antimicrobial Activity of the Selected Commercial and Self-Made Disinfectant Wipes. *International journal of environ-*

mental research and public health, 18(11), 5932. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115932>

11. INAL 2022- la disinfezione ambientale e di superfici diversificate come misura di sicurezza nelle strutture sanitarie ed in quelle assimilabili <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-disinfezione-amb-superfici-divers-str-sanitarie.pdf>

12. Norme et désinfectants, Comment s'y retrouver ? CPias, Décembre 2023, https://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Doc_Reco/FicheRepere/2023_Normes-Desinfectants.pdf

Il ruolo della Direzione Medica di Presidio in Ospedali di diritto pubblico e della Direzione Sanitaria di Case di cura private nella complessità del sistema Come cambiano competenze e funzioni

Riassunto

Partendo da un lavoro dal titolo "Vecchie e nuove competenze del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero", pubblicato nel 2003 sulla rivista L'Ospedale, l'ANMDO ha sempre dedicato una grande attenzione agli sviluppi e all'evoluzione dei servizi sanitari pubblici e privati nel contesto sanitario nazionale e europeo. Soprattutto nell'ultimo ventennio, le direzioni sanitarie aziendali, le direzioni mediche di presidio ospedaliero e le direzioni sanitarie delle case di cura private sono state ripetutamente chiamate ad affrontare rilevanti sfide per garantire prestazioni di qualità con risorse limitate. In tale contesto assumono una rilevanza prioritaria l'accessibilità, la qualità e la sicurezza delle cure in condizioni di sostenibilità economica.

Con il presente lavoro gli autori hanno ridefinito, in maniera molto sintetica, le competenze gestionali ed organizzative, igienico-sanitarie e di prevenzione, di legislazione sanitaria, medico-legali ed etiche, di risk management, di promozione della qualità dei servizi, di ricerca ed innovazione. Inoltre, si è tenuto conto delle nuove sfide nell'ambito della sanità digitale, dei rapporti con i dipartimenti, delle strutture di staff e non per ultimo dei servizi territoriali.

L'articolato quadro di competenze richiede una visione globale di sistema, propria delle discipline igienico-organizzative.

K. Kob¹, L. Blandi², F. Ripa³, C. Martini⁴, G. Finzi⁵

1 Vice-Presidente Nazionale ANMDO, con delega per le attività organizzative

2 Membro del Comitato Scientifico ANMDO

3 Rappresentante per la qualità e la comunicazione ANMDO

4 Membro del Direttivo Nazionale ANMDO

5 Presidente Nazionale ANMDO

PAROLE CHIAVE:

qualità, sicurezza, competenze, cambiamenti, sostenibilità, visione di sistema.

1. PREMESSA: IL RUOLO DELL'OSPEDALE NELLA NEW NORMAL ERA

Nell'ultimo decennio il Servizio Sanitario Nazionale ha affrontato spinte propulsive e rinnovamenti, in un quadro di riorganizzazione della rete ospedaliera (DM70/2015), di potenziamento della rete territoriale (DM77/2022) e di attenzione ai temi di qualità e sicurezza delle cure, responsabilità professionale e gestione del rischio (L. 24/17).

In questo contesto, l'ospedale si trova ad operare in uno scenario diventato sicuramente più complesso e mutato dalla pandemia COVID-19 e direzionato a raggiungere gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. L'ospedale è esso stesso ritenuto tra i sistemi più complessi da governare: anche la più piccola struttura ospedaliera è caratterizzata da una ultra-complessità, determinata soprattutto dal suo essere "brain intensive", ovvero ad alta intensità di capitale intellettuale e di conoscenza, con conseguenti numerose e delicate relazioni tra professionisti di eterogenea formazione.

Risulta pertanto evidente che il medico specialista in Igiene e medicina preventiva è chiamato a svolgere un ruolo centrale nell'organizzazione di servizi da erogare in contesti normativi dinamici, con fabbisogni sanitari crescenti e nuove tecnologie dirompenti.

Dovrà, pertanto, caratterizzarsi come professionista dalla mentalità aperta, capace di ibridare i saperi, volto alla trasversalità, per il superamento dei tradizionali confini professionali, e alla flessibilità, per poter operare in ospedali pubblici e

privati e in altri contesti di sanità pubblica. Una delle maggiori sfide è garantire l'accessibilità e la qualità delle cure in condizioni di sostenibilità economica per offrire servizi sanitari eccellenti a tutti i cittadini, indipendentemente dal loro status o dalla loro ubicazione geografica. Questo è reso ancor più difficile dalla presenza di una popolazione in crescente invecchiamento, che porta con sé una maggiore prevalenza di malattie croniche e un incremento del fabbisogno di cure.

Allo stesso tempo, gli ospedali devono operare con risorse finanziarie e umane spesso vincolate, cercando di massimizzare l'efficienza senza compromettere la qualità delle cure e gli esiti. Un'ulteriore sfida è rappresentata dall'integrazione delle innovazioni tecnologiche nel tessuto ospedaliero, un processo che, se da un lato può migliorare l'efficacia delle cure, dall'altro può portare a un aumento dei costi.

Altro aspetto su cui focalizzare l'attenzione è rivolto ad assicurare alla persona con bisogno di cura e assistenza il necessario accompagnamento e l'indispensabile continuità nel percorso tra ospedale e territorio, e un appropriato e coordinato utilizzo dei servizi disponibili.

Peraltro, in questo scenario esistono anche notevoli opportunità. La telemedicina, ad esempio, emerge come uno strumento potente per migliorare l'accesso alle cure, specialmente in zone remote o scarsamente servite. Così, anche altre tecnologie come la robotica, la sensoristica, o l'intelligenza artificiale hanno di fronte a sé prospettive risvolti.

Inoltre, la crescente globalizzazione ha favorito le collaborazioni internazionali, che sono frutto di opportunità per i professionisti sanitari per condividere le migliori pratiche e promuovere la ricerca, portando a miglioramenti sia nella cura dei pazienti che nelle procedure operative.

L'investimento nella formazione del personale sanitario è un'altra area chiave, essenziale per mantenere elevati standard di cura. Inoltre, l'adozione di pratiche sostenibili negli ospedali può non solo ridurre l'impatto ambientale, ma anche migliorare l'efficienza operativa.

D'altra parte, la sicurezza dei pazienti è sempre una finalità primaria e la gestione del rischio clinico e la prevenzione e il controllo delle infezioni

correlate all'assistenza necessitano di costante attenzione. In aggiunta, nell'attuale era digitale, la protezione dei dati delle persone assistite è diventata una questione di rilevante importanza, richiedendo robusti sistemi di sicurezza informatica. Infine, la pressione sui sistemi sanitari, che possono trovarsi sovraccarichi specialmente durante crisi sanitarie globali come le pandemie, rappresenta una eventualità costante per la quale è necessario prepararsi anticipatamente.

Navigare tra queste sfide, sfruttare le opportunità e mitigare i rischi in tutti questi domini è tra gli ambiti di competenza dei medici specialisti in Igiene e medicina preventiva e tra le funzioni delle Direzioni Mediche di Presidio negli ospedali pubblici e delle Direzioni Sanitarie nelle case di cura private. Queste, a seconda delle eterogenee organizzazioni aziendali presenti nelle diverse regioni italiane, sono chiamate a collaborare attivamente per una pianificazione strategica, un sostegno all'innovazione continua e un impegno costante verso l'eccellenza nelle cure sanitarie.

1.1 Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero

Ai sensi dell'art. 4 comma 9 del DLgs 502/92 e s.m.i., nei presidi ospedalieri è previsto un dirigente medico, in possesso dei requisiti di cui al DPR 484/97, quale responsabile delle funzioni igienico organizzative, con il ruolo di Direttore Medico di Presidio Ospedaliero. Il DPR 128/69 ne disciplina le attribuzioni.

Il DPR 484/97 ne definisce i requisiti di accesso. Il CCNL della dirigenza medica indica che tra gli incarichi di struttura complessa è compreso l'incarico di direttore di presidio ospedaliero di cui al DLgs 502/92.

Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero concorre, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, al raggiungimento degli obiettivi aziendali ed opera sulla base degli indirizzi del Direttore Sanitario, assicurando la continuità assistenziale con i servizi territoriali.

Nel presidio ospedaliero egli ha competenze gestionali, organizzative, igienico-sanitarie, di prevenzione, di legislazione sanitaria e medicolegali, di promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni, anche attraverso attività di formazione e aggiornamento.

Inoltre, è corresponsabile del governo clinico del presidio, promuovendo la sicurezza e la qualità delle cure, e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento di accessibilità, continuità, efficacia, efficienza, appropriatezza clinica, appropriatezza organizzativa, sicurezza e tempestività delle cure, centralità del paziente e sviluppo delle competenze delle risorse umane.

Tra le sue attività, anche accelerate con la pandemia da COVID-19, è presente la collaborazione allo sviluppo, l'implementazione, l'integrazione e il controllo della sanità digitale all'interno della propria azienda.

Svolge inoltre funzioni di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei direttori medici dei dipartimenti, delle strutture complesse e delle strutture semplici di dipartimento, promuovendo l'integrazione delle strutture sia all'interno del presidio sia con quelle territoriali, con approcci di leadership e stabilendo corretti canali comunicativi.

1.2 Il Direttore Sanitario di casa di cura privata

Ai sensi del DPCM 27.06.86 recante "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cure private", è individuato un Direttore Sanitario di casa di cura privata al quale è vietata ogni funzione di diagnosi e cura nella casa di cura stessa nei presidi ospedalieri.

I requisiti sono 1) anzianità di laurea di 10 anni; 2) libera docenza o specializzazione in igiene e medicina preventiva o nelle altre discipline dell'area funzionale di prevenzione e sanità pubblica; 3) almeno 7 anni di servizio presso ospedali o istituzioni pubbliche con funzioni apicali ben precise e delineate dalla normativa.

I suddetti requisiti possono essere superati ove il medico sia in possesso di idoneità a direttore sanitario. Nelle case di cura con un numero di posti letto inferiore a 150, le funzioni di Direttore Sanitario possono essere affidate ad altre specifiche figure.

Non è consentito svolgere le funzioni di direttore sanitario responsabile di più di una casa di cura e tale ruolo è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la casa di cura.

Il direttore sanitario cura l'organizzazione tec-

nico-sanitaria della casa di cura privata sotto il profilo igienico ed organizzativo, rispondendone all'amministrazione e all'autorità sanitaria competente.

In particolare, il direttore sanitario ha le seguenti attribuzioni: cura l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della casa di cura, controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto ai servizi sanitari, del registro dei parti e delle interruzioni di gravidanza, degli interventi chirurgici e dell'archivio clinico; cura la tempestiva trasmissione all'ISTAT e all'autorità sanitaria dei dati e delle informazioni richieste; stabilisce, in rapporto alle esigenze dei servizi, l'impiego, la destinazione, i turni, le reperibilità ed i congedi del personale medico, infermieristico, tecnico ed esecutivo addetto ai servizi sanitari; controlla che l'assistenza ai pazienti sia svolta con regolarità ed efficienza; vigila sul comportamento del personale addetto ai servizi sanitari proponendo, se necessario, all'amministrazione i provvedimenti disciplinari; propone all'amministrazione, d'intesa con i responsabili dei servizi, l'acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari ed esprime il proprio parere in ordine ad eventuali trasformazioni edilizie delle case di cura; rilascia copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante i pazienti assistiti; vigila sul funzionamento dell'emoteca nonché sulla efficienza delle apparecchiature tecniche, degli impianti di sterilizzazione, disinfezione, condizionamento dell'aria, della cucina e della lavanderia, per quanto attiene agli aspetti igienico-sanitari; controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico degli stupefacenti ai sensi di legge; vigila sulla scorta di medicinali e prodotti terapeutici, sulle provviste alimentari e sulle altre provviste necessarie per il corretto funzionamento della casa di cura. La definizione dei requisiti per l'accesso alla funzione di direttore sanitario nelle strutture sanitarie private rientra nella potestà legislativa concorrente delle Regioni, ma fino a che la Regione non interviene con un proprio atto normativo a definire una disciplina specifica in materia, la norma statale esistente e, nella specie, l'art. 26 del DPCM 27.6.1986, continua ad applicarsi.

2. LE COMPETENZE DELLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO E DELLA DIREZIONE SANITARIA DI CASA DI CURA PRIVATA

Col difficoltoso ma avvincente intento di creare una visione sintetica ed inclusiva delle numerose eterogeneità organizzative che possono essere presenti nelle differenti regioni, province autonome o aziende di diritto pubblico e privato, anche a seconda di molteplici fattori intrinseci o esterni all'ospedale, di seguito sono riportate sei aree di competenza della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e della Direzione Sanitaria di casa di cura privata. Queste rappresentano un orientamento aggiornato alle funzioni fondamentali e strategiche che quotidianamente svolgono, ferma restando la dovuta cautela per la sua applicabilità in ogni specifico contesto aziendale.

2.1. Nell'ambito delle competenze gestionali ed organizzative, il Direttore medico specialista in igiene e medicina preventiva svolge le seguenti funzioni:

- coordina la gestione operativa complessiva del presidio ospedaliero e collabora all'utilizzo ottimale delle risorse strutturali, tecnologiche e di personale;
- rende operative le indicazioni organizzative definite dall'azienda;
- è garante del governo clinico, inteso come sistema integrato attraverso il quale si avviano progetti di miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati e si assicurano elevati livelli di assistenza e di integrazione professionale. A tal fine, opera in stretta collaborazione con tutte le strutture aziendali, sia sanitarie, sia amministrative, coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
- coordina la comunicazione interna aziendale ai fini della gestione operativa complessiva;
- coordina le strutture dipartimentali con metodiche di leadership personalizzate sul contesto;
- si raccorda con le strutture di staff aziendali e con i servizi territoriali e della prevenzione al fine di assicurare la continuità delle cure;
- collabora al controllo di gestione dell'azienda, fornendo proposte al Direttore Sanitario aziendale e collaborando attivamente con l'unità di controllo di gestione;

- collabora con la direzione aziendale alla definizione dei criteri di assegnazione e gestione delle risorse, ed è responsabile della loro corretta applicazione nei dipartimenti e nelle altre strutture sulla base degli obiettivi aziendali e del budget complessivo del presidio ospedaliero, concorrendo alla definizione degli obiettivi dei dipartimenti e delle altre strutture;
- collabora alla negoziazione o negozia direttamente il budget con i direttori dei dipartimenti e delle altre strutture, in base alle risorse del presidio ed in linea con gli obiettivi generali aziendali;
- esprime valutazioni tecnico-sanitarie ed organizzative sulle opere di costruzione e ristrutturazione edilizia, autorizzando l'esercizio dell'attività clinico-assistenziale negli ambienti destinati a tale scopo;
- esprime valutazioni sul programma di manutenzione ordinaria e straordinaria, predisposto dall'ufficio tecnico e propone le priorità di intervento, con particolare riferimento ad eventuali situazioni di urgenza;
- elabora proposte e fornisce pareri in merito alla programmazione ospedaliera;
- elabora proposte e fornisce al direttore sanitario pareri sui modelli organizzativi delle strutture ospedaliere, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi aziendali, e ne promuove l'adozione;
- adotta provvedimenti straordinari con carattere d'urgenza in coerenza con le funzioni attribuite;
- collabora alla definizione dei contenuti del sistema informativo aziendale, e all'implementazione del sistema informativo ospedaliero provvedendo, per quanto di sua competenza, alla corretta raccolta e gestione dei flussi di dati;
- vigila sull'applicazione degli standard relativi ad autorizzazione ed accreditamento istituzionale e favorisce le attività di accreditamento professionale;
- collabora alle attività di promozione della partecipazione e di tutela dei diritti dei cittadini, con particolare riferimento all'applicazione della carta dei servizi ed ai rapporti con le associazioni di volontariato e rappresentative dei pazienti;
- collabora alla stesura dei piani di preparedness contro le grandi catastrofi e dei piani di emergenza ospedalieri e vigila sull'attività del pronto soccorso e sulla corretta informazione, formazione e addestramento del personale;
- coordina la funzione di "bed management" quale strumento per l'utilizzo efficiente ed appropriato dei posti letto e per migliorare il patient flow e la logistica dei pazienti all'interno dell'ospedale;

- coordina i comparti operatori e i poliambulatori e l'area out-patient, in coerenza con la programmazione aziendale;
- coordina le attività sull'appropriatezza del setting assistenziale utilizzato nell'ospedale rispetto alle aree di ricovero ordinario, di day hospital e dell'attività ambulatoriale;
- ha la responsabilità sulla emanazione di direttive e la vigilanza sulla corretta gestione delle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri e sulla corretta applicazione delle indicazioni previste dai Piani Nazionali e Regionali sul Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA e PRGLA);
- formula proposte ed esprime pareri su programmi di informazione, formazione e aggiornamento del personale.

2.2. Nell'ambito delle competenze igienico-sanitarie e di prevenzione:

- emana direttive, regolamenti, indicazioni e adotta provvedimenti, sorvegliandone il rispetto, in tema di tutela della salute e della sicurezza nel luogo di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti, di ambienti e apparecchiature, di attività di pulizia, disinfezione, disinfezione e sterilizzazione, di smaltimento dei rifiuti sanitari, nonché in tema di strategie per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- emana direttive, regolamenti, indicazioni e adotta provvedimenti necessari per la salvaguardia della salute di operatori, pazienti e visitatori;
- è membro del Comitato Prevenzione e Controllo Infezioni Ospedaliere;
- coordina le attività per la prevenzione e la sorveglianza delle infezioni in ospedale;
- presiede la commissione per il buon uso del sangue;
- presiede la commissione per il prontuario terapeutico ospedaliero;
- coordina le attività per la gestione e il controllo dei servizi alberghieri e di supporto, qualora esternalizzati;
- progetta e cura processi relativi alla tutela dell'ambiente e dell'igiene ambientale, della sicurezza e della mobilità interna;
- coordina le attività per la tutela dell'igiene degli alimenti, della ristorazione ospedaliera e della nutrizione clinica;
- coordina gruppi di lavoro per progetti aziendali, regionali e/o nazionali.

2.3. Nell'ambito delle competenze di legislazione sanitaria, medico-legali ed etiche:

- vigila sulla corretta compilazione della cartella clinica e della documentazione sanitaria, della scheda di dimissione ospedaliera e di tutti gli altri registri specifici in base alle discipline accreditate presso gli ospedali (registro parti, etc);
- coordina la corretta conservazione della documentazione sanitaria dal momento della consegna all'archivio centrale;
- coordina il rilascio agli aventi diritto, secondo modalità stabilite dall'azienda e nel rispetto della normativa vigente, della copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria e di certificazioni;
- inoltra ai competenti organi le denunce obbligatorie;
- adempie ai provvedimenti di polizia mortuaria;
- nell'ambito delle attività inerenti al prelievo d'organo, svolge attività di organizzazione e di vigilanza, partecipando, se necessario, quale membro al collegio medico per l'accertamento della morte, compiendo ogni ulteriore atto di competenza;
- vigila sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte degli operatori sanitari;
- vigila sul rispetto delle norme in materia di sperimentazione clinica, partecipa al comitato etico aziendale e cura la conservazione della relativa documentazione;
- presiede commissioni tecniche o vi partecipa in base a disposizioni aziendali o normative specifiche.

2.4. Nell'ambito delle competenze di risk management e promozione della qualità dei servizi, di ricerca ed innovazione:

- provvede alla valutazione e al miglioramento dei servizi sanitari (compresi quelli digitali) secondo i criteri di accessibilità, continuità, efficacia, efficienza, appropriatezza clinica, appropriatezza organizzativa, sicurezza e tempestività delle cure, centralità del paziente e sviluppo delle competenze delle risorse umane;
- promuove l'applicazione delle Linee guida, delle Buone pratiche clinico-assistenziali e dei Percorsi Preventivo-Diagnostico-Terapeutici Assistenziali e Riabilitativi (PPDTAR), secondo principi dell'Evidence Based Medicine (EBM);
- promuove e collabora alla stesura, implementazione, monitoraggio e verifica di PDTAR aziendali e interaziendali;

- produce una relazione annuale sugli eventi avversi verificatisi in ospedale, sulle loro cause e sulle misure correttive messe in atto;
- è componente del Comitato/Unità Valutazione Sinistri, per l'analisi e la valutazione delle istanze inerenti alle richieste di risarcimento (RCT) al fine della loro definizione in via stragiudiziale;
- promuove e coordina l'attività di valutazione e gestione del rischio clinico e di miglioramento della sicurezza delle persone assistite;
- collabora col Direttore Sanitario aziendale nella gestione del Comitato Buon Uso del Sangue (CoBUS), che si occupa dei programmi di controllo sull'uso del sangue, dei suoi prodotti e delle cellule staminali e del monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali;
- promuove e coordina programmi di HTA per la valutazione, sulla base di evidenze scientifiche, di tecnologie sanitarie (apparecchiature, dispositivi medici, ecc.) da introdurre ed utilizzare nell'attività clinica e assistenziale;
- collabora con i servizi aziendali preposti alla sorveglianza e alla promozione della sicurezza della struttura, del personale e del paziente (es. antincendio, radioprotezione, vaccinazioni ecc.);
- coordina le attività affinché i modelli organizzativi delle unità operative e dei dipartimenti siano orientati al raggiungimento di coerenti livelli di qualità gestionale, di qualità tecnico-professionale e di qualità percepita;
- partecipa alla formulazione e al rispetto della carta dei servizi sanitari;
- verifica il livello di informazione, formazione ed aggiornamento del personale dei servizi in gestione esterna;
- vigila sull'ammissione e l'attività del personale volontario e frequentatore.

2.5. Nell'ambito delle competenze di sanità digitale:

- collabora alla protezione dei dati aziendali, inclusi quelli sanitari, e al loro corretto trattamento;
- collabora ai progetti di dematerializzazione della documentazione sanitaria e all'implementazione e integrazione degli applicativi nella rete dei sistemi informativi aziendali;
- vigila e promuove l'uso delle prescrizioni dematerializzate e il caricamento della documentazione sanitaria sul Fascicolo Sanitario Elettronico;

- collabora e vigila sulla corretta implementazione e gestione del rischio clinico di attività che ricorrono a tecnologie innovative come telemedicina, teleconsulto, tele-cooperazione sanitaria, mHealth, etc;
- collabora e vigila su attività sperimentali innovative che possono comprendere l'uso di tecnologie robotiche, sensoristiche, oppure basate sul machine learning, sull'intelligenza artificiale, etc.

2.6. Nei rapporti con i dipartimenti ospedalieri, le strutture di staff e i servizi territoriali svolge le seguenti funzioni:

- nel rispetto degli obiettivi generali dell'azienda, partecipa alla definizione degli obiettivi specifici dei dipartimenti, concordati con i direttori di dipartimento, e vigila sul loro conseguimento;
- partecipa alla definizione delle strategie e dei criteri per l'allocazione delle risorse umane e tecnico-strumentali nell'ambito dei servizi sanitari, nel rispetto della programmazione sanitaria aziendale;
- svolge funzioni di interlocutore per le proposte dei direttori dei dipartimenti rispetto alla programmazione aziendale;
- svolge funzioni di supporto tecnico all'attività dei dipartimenti, per gli aspetti organizzativi e gestionali;
- coordina la raccolta e l'elaborazione dei dati di attività e di utilizzo delle risorse, per la predisposizione del piano di attività annuale, del monitoraggio delle attività svolte e della verifica dei risultati raggiunti;
- esprime valutazioni tecniche ed organizzative sulla costruzione, ristrutturazione e ampliamento degli spazi comuni assegnati ai dipartimenti;
- esprime valutazioni tecniche ed organizzative sulle proposte di acquisto di attrezzature biomedicali;
- esprime parere sulle proposte dei direttori dei dipartimenti, in tema di formazione ed aggiornamento del personale;
- promuove, d'intesa con i direttori dei dipartimenti, l'utilizzo corretto di strumenti e metodologie di miglioramento e controllo della qualità;
- promuove le attività di partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini;
- svolge funzioni di supporto tecnico all'attività delle strutture di staff aziendali per gli aspetti organizzativi e gestionali;
- promuove, in collaborazione con i Direttori dei Distretti e con i Responsabili dei servizi territoriali

e sociali, modelli organizzativi finalizzati a migliorare l'appropriatezza degli accessi in ospedale e a facilitare le dimissioni protette e difficili dei pazienti ricoverati e, in generale, a realizzare una più stretta integrazione e continuità tra Ospedale e Territorio; ■ svolge funzioni di interrelazione tecnica e raccordo con i servizi territoriali ai fini della integrazione e della continuità assistenziale.

3. CONCLUSIONI

Dall'insieme delle funzioni risulta opportuno porre particolare accento sulle articolate competenze del medico specialista in igiene e medicina preventiva nei presidi ospedalieri, che sono essenzialmente sei:

- una di tipo manageriale ed organizzativa;
- una seconda di tipo igienico-sanitaria e di prevenzione;
- una terza concernente la legislazione sanitaria, medico-legale ed etica;
- una quarta orientata al sistema di gestione del rischio clinico e alla qualità dell'assistenza;
- una quinta sulla sanità digitale;
- una sesta contesto-specifica, indirizzata ai rapporti interni ed esterni con ospedale e territorio.

Questi sei ambiti di competenza possono essere attribuiti ad un'unica struttura organizzativa, articolata in più settori, o a più strutture indipendenti, ma interconnesse, secondo uno schema a rete che coniughi lo sviluppo di specifiche professionalità con l'esercizio di responsabilità gestionali globali, in relazione alla complessità e alla dimensione del presidio ospedaliero, alla sua articolazione in dipartimenti, al numero di stabilimenti che lo compongono e alla loro autonomia funzionale.

L'articolato quadro di competenze, unito alle grandi dimensioni aziendali, rende pertanto necessario che, partendo dalla "visione globale del sistema", tipica delle discipline igienico-organizzative, vengano sviluppate specifiche professionalità relative alle varie competenze, da utilizzare non solo nella direzione medica di presidio ospedaliero o nella direzione sanitaria di casa di cura privata, ma anche negli uffici di staff aziendali; è cioè tempo che, come dalle discipline mediche e chirurgiche generali si sono evidenziate le specialità, dalla disciplina di igiene e organizzazione dei servizi ospedalieri si sviluppino gli specialisti di settore.

BIBLIOGRAFIA

1. Decreto Del Presidente Della Repubblica, 27 marzo 1969, n. 128
2. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 27 giugno 1986;
3. Decreto legislativo, 30 dicembre 1992, n. 502;
4. Decreto del Presidente della Repubblica, 10 Dicembre 1997, n. 484;
5. Decreto legislativo, 19 giugno 1999, n. 229
6. Decreto Ministeriale, 2 aprile 2015, n. 70;
7. Legge, 8 marzo 2017, n. 24;
8. Decreto Ministeriale, 23 maggio 2022, n. 77;
9. Kob K., Aparo U. L., Finzi G., Marcolongo A., Montanile A., Podner U., Rizzato E., Girardi F., Montresor P. "Vecchie e nuove competenze del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero", *L'Ospedale*, N° 1/03, 2003);
10. Kob K., "L'Ospedale: una realtà in evoluzione", *L'Ospedale*, N° 3/05, 2005;
11. Kob K., *La mobilità dei pazienti nell'Unione europea: strumenti ed impatto economico*, Congresso Nazionale ANMDO, Lecce, 2006;
12. Kob K., Finzi G., "Il ruolo del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero nel contesto sanitario italiano ed europeo", *Trattato di Legislazione Ospedaliera, Volume II*, coordinato da Angelo Zaglio, pagg. 979-989, Editore Piccin Nuova Libreria s.p.a. Padova, 2009
13. Finzi G., Aparo U, Appicciafuoco A., Catananti C., Cunsolo R., Del Giudice C., Kob K., Ponzetti C., Pelissero G., Stalteri D., Zamparelli D., Carbone A., Bertozzi M., Bisetto F., Matarazzo G., Pandiani I., Pieroni G., Serafini G., Scarmozzino A., Arione R., Azzan E., Costanzo P., DeFilippis, G., Garufi F, Podner Komaromy U, Penna A., Ripa F., Sacco R. *Documento ANMDO in tema di governance clinica: ruolo e compiti della Direzione Sanitaria aziendale e della Direzione Medica di Presidio ospedaliero. L'Ospedale. 4, 2012: pp 14-26.*
14. Kob K., Finzi G., "Articolo 32 della Costituzione e tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività: 70 anni di provvedimenti per garantire equità, qualità, sicurezza e sostenibilità dell'assistenza sanitaria", *L'OSPEDALE, ANMDO, Trimestrale d'Igiene, Tecnologia, Management degli Ospedali e dei Servizi Sanitari Territoriali*, N.3, 2016, pagg. 10-16

Indagine sulla vaccinazione nelle strutture sanitarie e socio-assistenziali

INTRODUZIONE

Il PNPV 2023-2025 (Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale) approvato in Conferenza Stato-Regioni il 2 agosto 2023, è un documento strategico elaborato con l'obiettivo di guidare le politiche e le azioni relative alla vaccinazione, fornire linee guida dettagliate per la promozione della vaccinazione, la distribuzione dei vaccini, la sorveglianza delle malattie, la formazione del personale sanitario e altre attività a queste correlate. Il documento ha lo scopo primario di armonizzare le strategie vaccinali messe in atto nel Paese per garantire alla popolazione, indipendentemente dal luogo di residenza, reddito, livello socioculturale e status giuridico, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione.

Per dare attuazione a questo indicato nel PNPV, implementare una campagna vaccinale multilivello e ben diversificata all'interno delle strutture ospedaliere e socio-assistenziali può diventare un obiettivo strategico da perseguire. Tali strutture, infatti, oltre a rappresentare la sede elettiva per le vaccinazioni da effettuarsi in ambiente protetto, possono contribuire all'individuazione, al reclutamento e al raggiungimento di determinati gruppi di popolazione, quali ad esempio gli operatori sanitari e i pazienti a rischio. Inoltre possono contribuire in modo rilevante alla promozione della cultura e alla sensibilizzazione dei professionisti sanitari. Per raggiungere questo risultato è necessario avere come prima indicazione, un'overview quanto più rappresentativa possibile sullo stato dell'offerta vaccinale attuata nelle strutture sanitarie e socio-assistenziali del territorio Italiano. Al fine di produrre una fotografia aggiornata rispetto all'offerta vaccinale erogata dalle strutture sanitarie e socio-assistenziali nazionali pubbliche e private, ANMDO (Associazione Nazionale dei Medici di Direzione Ospedaliera) e ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari), hanno promosso il

Gruppo di lavoro Vaccinazioni ANMDO

Coordinatore *Gianfranco Finzi* Presidente ANMDO

Componenti: *Ida Iolanda Mura, Paola Anello, Claudio Garbelli, Luca Lanzoni, Fabrizio Leigheb, Alberto Lontano, Alberto Peano, Cristina Sideli, Arianna Vitale*

presente sondaggio al fine di acquisire dati rappresentativi rispetto all'offerta promossa, in modo da valutare i punti di forza e ed eventuali aree suscettibili di miglioramento.

L'obiettivo di questo elaborato è la presentazione della survey elaborata e dei risultati raccolti, al fine di elaborare delle indicazioni per la programmazione di campagne vaccinali all'interno delle strutture ospedaliere e le relative strategie di comunicazione e di motivazione.

La survey è infine coerente con il tema "Umanamente possibile salvare vite umane attraverso la vaccinazione della Settimana mondiale delle vaccinazioni 24-20 aprile 2024 e della Settimana europea delle vaccinazioni 21-27 aprile 2024 OMS" ed in particolare l'obiettivo di promuovere i vaccini come parte integrante della pianificazione e degli investimenti nell'assistenza sanitaria durante tutto il corso della vita.

MATERIALI E METODI

Per la conduzione del sondaggio è stato creato un questionario articolato in due differenti parti; le prime 9 domande hanno riguardato l'anagrafica e le caratteristiche della struttura sanitaria o socio-assistenziale, ulteriori 19 domande sono state poste specificatamente rispetto all'offerta vaccinale promossa. La survey, compilabile su base volontaria on-line, è stata poi diffusa mediante mail a tutti i medici delle DMO (Direzione Medica di Presidio Ospedaliero) soci ANMDO e ARIS a partire da febbraio 2024 fino ad aprile 2024. Lo studio è stato

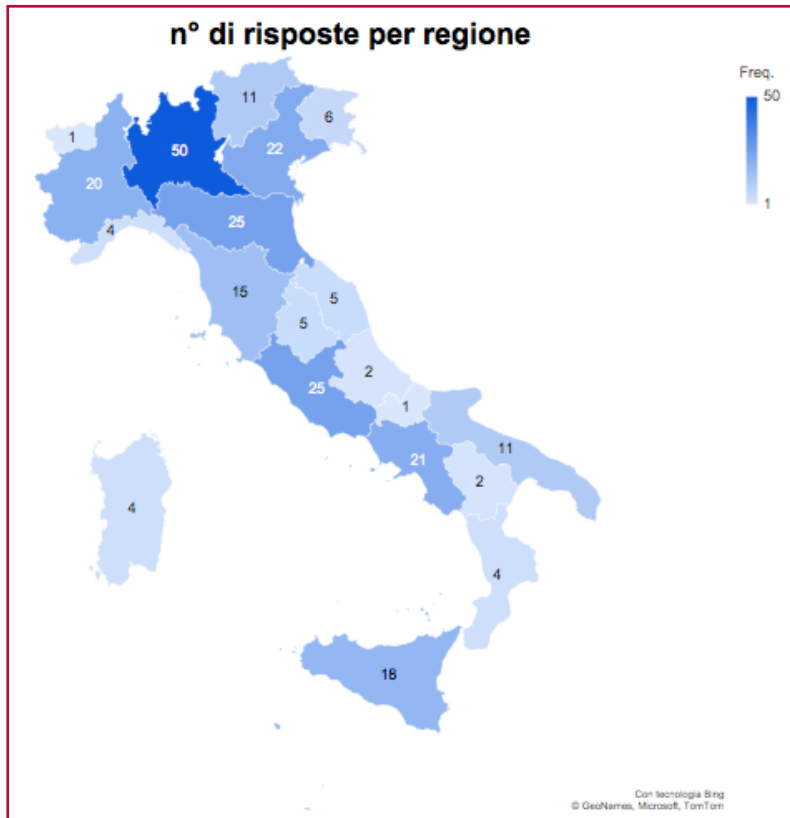


Figura 1 - Numero di risposte alla survey ricevute per regione

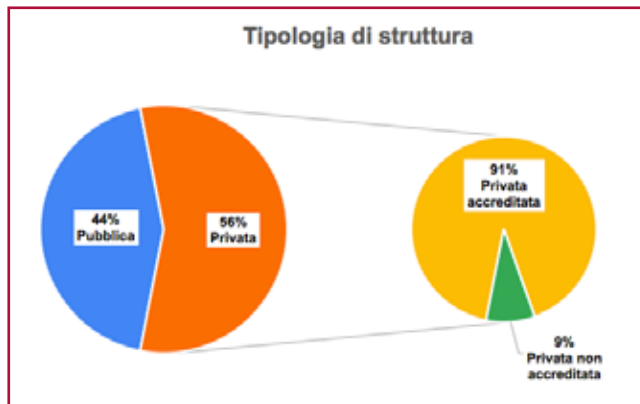


Grafico 1 - Tipologia delle strutture che hanno risposto al sondaggio: pubblica, privata accreditata e non accreditata.

promosso attraverso Direttivi regionali attraverso i quali ne è stata sollecitata la compilazione. Come primo screening i dati vengono letti in maniera descrittiva, l'approfondimento statistico verrà eseguito in uno step successivo ai fini anche della pubblicazione su rivista scientifica accreditata.

RISULTATI

Il numero di questionari compilati è pari a 252, le risposte sono pervenute da parte di strutture pubbliche, private e private accreditate del territorio nazionale. Si precisa che, non avendo eseguito una cernita degli indirizzi prima dell'invio vi era la possibilità che più risultati potessero arrivare dalla medesima struttura. Per eliminare questi duplicati i dati sono stati successivamente controllati ed eliminate le ripetizioni, pertanto ad ogni rilevazione corrisponde una singola struttura.

La distribuzione delle risposte copre l'intero territorio nazionale (Figura 1). Le regioni con il maggior numero di strutture che hanno risposto al sondaggio sono state la Lombardia con 50 risposte (19,8%), seguita da Emilia-Romagna 25 risposte (9,9%) e Lazio 25 risposte (9,9%).

Il sondaggio è stato inviato alle DMO di strutture pubbliche, private accreditate e non accreditate. Nel 56% dei casi le risposte sono state ricevute da DMO di strutture private (il 90% delle quali accreditate), mentre il 44% da strutture pubbliche (Grafico 1).

Le tipologie di strutture che hanno risposto alla survey sono rappresentate complessivamente da:

- IRCCS di diritto pubblico e privato
- Aziende Ospedaliere Universitarie
- Aziende Ospedaliere
- Presidi ospedalieri di ASL, AUSL, ASST, AULSS e ASP
- Ospedali di diritto privato
- RSA e strutture socio assistenziali
- Poliambulatori

La tipologia di struttura sarà approfondita con il riferimento rispetto alla dotazione di posti letto.

Dai dati raccolti risulta che in 232 strutture è presente una offerta vaccinale ovvero il 92.1% del totale, solo nel 7,9% delle strutture non è presente alcuna offerta vaccinale; 20 casi. Tuttavia, se si considera il dato distinto per regione si evidenzia che tale offerta non è uniformemente distribuita; in alcune regioni praticamente tutte le strutture sanitarie o socio-assistenziali presentano un'offerta vaccinale (es. Lombardia 98% dei casi) mentre in altre, il numero di strutture con un'offerta vaccinale attiva non è presente in maniera così marcata (es. Campagna presenza di offerta vaccinale nel 75% delle strutture) (Grafico 3).

Per le strutture nelle quali è presente un'offerta vaccinale è stato chiesto di indicare se si trattasse di un'offerta fissa e strutturata o di un'offerta erogata solo in determinati periodi. Nel 67% delle strutture è presente un'offerta vaccinale diffusa attuata mediante un ambulatorio vaccinale attivo solo in alcuni periodi dell'anno, solo nel 13% delle strutture è invece operativo un ambulatorio vaccinale per tutto l'anno. (Grafico 4).

Dopo aver identificato la presenza o meno di offerta vaccinale, abbiamo voluto approfondire a chi questa fosse rivolta e se esistessero dei percorsi dedicati per i pazienti ricoverati e per il personale sanitario dipendente. In questo caso è stato possibile assegnare più di una preferenza a seconda del ventaglio di possibilità offerte dalle strutture. Dai dati raccolti emerge che in tutte le strutture nelle quali è presente offerta vaccinale questa è erogata in primis al personale sanitario dipendente. Nell'81% di queste strutture l'offerta viene poi estesa anche al personale dipendente non sanitario (es. tecnici, amministrativi), nel 64% dei casi l'estensione riguarda anche il personale non dipendente operante presso la struttura (es. cooperative, servizi esterni ecc.), nel 62% dei casi infine, l'offerta viene estesa anche ai degenti ricoverati. Solo il 13% delle strutture che hanno offerta vaccinale dedicata al personale sanitario estende tale offerta fino ai caregiver (Grafico 5).

In presenza di offerta vaccinale dedicata al personale sanitario, ci si aspetterebbe vi fosse un percorso dedicato a tale attività, in realtà ciò è presente solo nell'80% delle strutture (Grafico 6). Considerando che l'8% delle strutture non ha un percorso vaccinale attivo, ne deriva che il 12% ha attivato un'offerta, ma non un percorso vaccinale dedicato al personale. Anche per quanto riguarda l'offerta vaccinale indirizzata ai degenti, non sempre è presente un percorso dedicato. Infatti solo l'85% delle strutture che offrono vaccinazioni ai degenti hanno attivato anche un percorso vaccinale dedicato per questa categoria (Grafico 7), il 15% non ha percorsi vaccinali dedicati rivolti ai degenti.

Il coordinamento dell'offerta vaccinale è una parte cruciale della strategia di vaccinazione di una struttura sanitaria o socio-assistenziale. Questo coinvolge diversi aspetti, inclusi la pianificazione della distribuzione, la logistica, la somministrazione, la comunicazione, il coinvolgimento delle

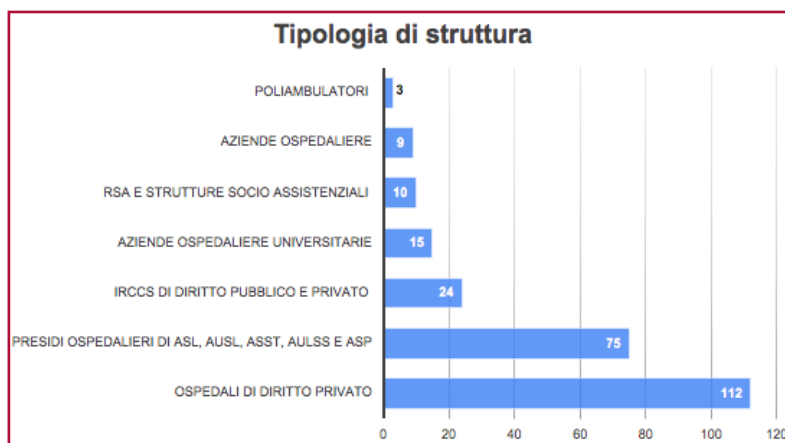


Grafico 2 - Tipologia delle strutture che hanno risposto al sondaggio

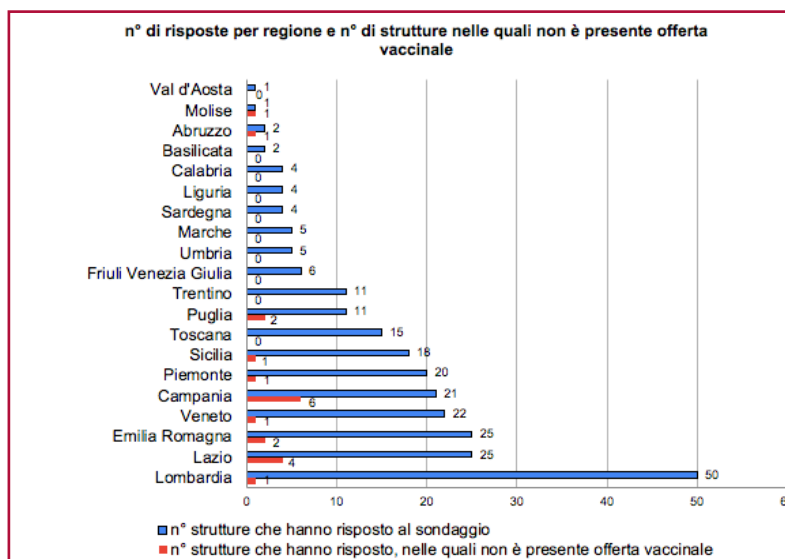


Grafico 3 - Strutture che hanno risposto al sondaggio e strutture nelle quali non è presente un'offerta vaccinale divise per regione.

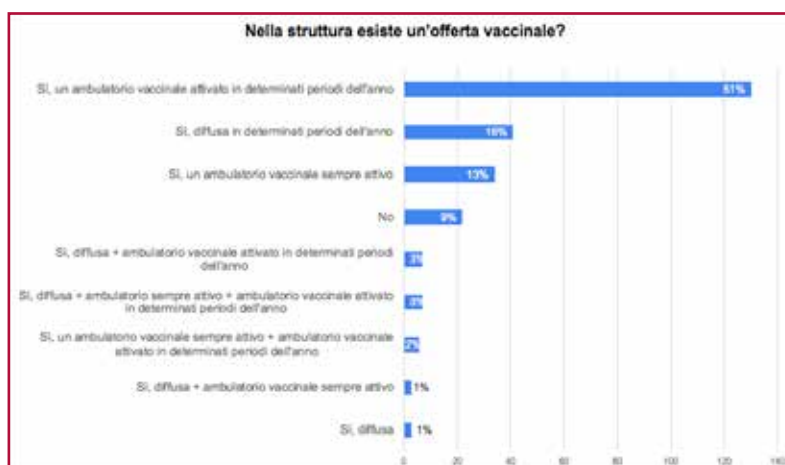


Grafico 4 - Risposte relative alla tipologia di offerta vaccinale promossa dalle strutture che hanno risposto alla survey.

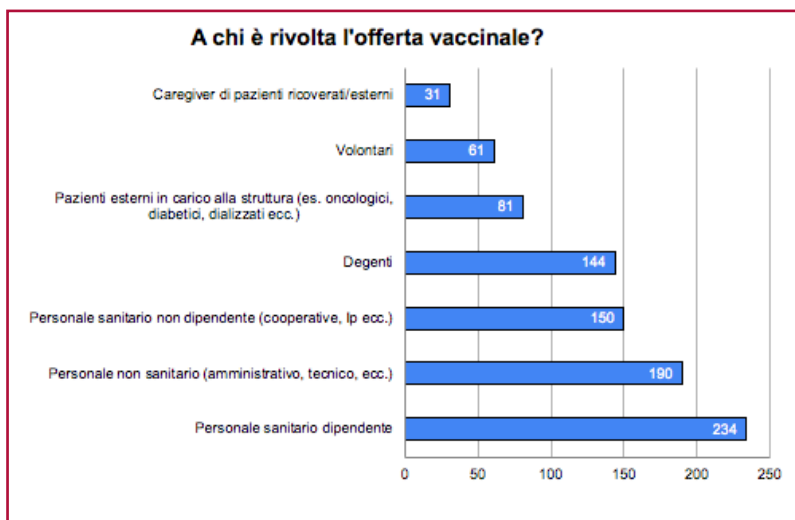


Grafico 5 - Identificazione delle categorie alle quali è rivolta l'offerta vaccinale proposta dalle diverse strutture.

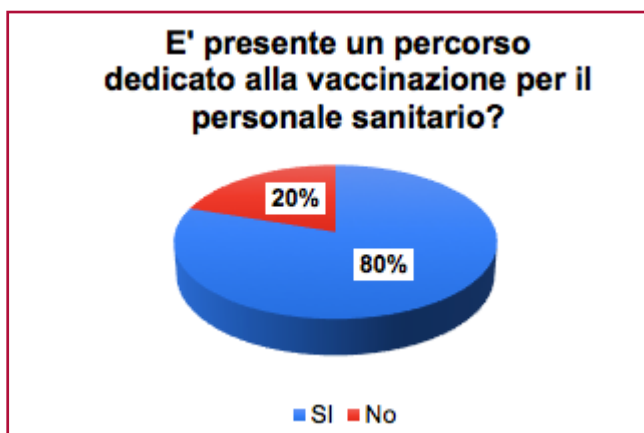


Grafico 6 - Percentuale di strutture che hanno attivato un percorso vaccinale dedicato al personale sanitario dipendente.



Grafico 7 - Percentuale di strutture che offrono vaccini ai degenti ed hanno attivato per questa categoria un percorso vaccinale dedicato.

figure coinvolte, il monitoraggio dei dati e degli approvvigionamenti. Il coordinamento efficace di questi elementi è fondamentale per massimizzare l'efficacia della campagna vaccinale, è pertanto necessario definire con precisione e identificare chi si occupa del coordinamento dell'offerta vaccinale all'interno delle strutture sanitarie e socio-assistenziali per indirizzare le scelte e monitorare i risultati. Dai dati rilevati è emerso che nel 74% delle strutture sanitarie e socio-assistenziali la gestione della campagne vaccinale è in capo alla Direzione Medica di Presidio o Direzione Sanitaria o Medicina preventiva, il 9% risulta in capo esclusivamente alla Medicina del Lavoro. Il 4% delle strutture ha indicato che a occuparsi dell'offerta vaccinale è il Dipartimento di Sanità Pubblica (Grafico 8).

Nelle campagne di vaccinazione sono coinvolte diverse figure professionali, ognuna con un ruolo specifico nel processo di erogazione del servizio. Tra questi possiamo identificare figure chiave come il personale medico, che si occupa anche di valutare lo stato di salute dei pazienti prima della vaccinazione e di monitorare eventuali reazioni avverse e gli operatori sanitari che possono includere tecnici sanitari, assistenti sanitari e altri operatori che forniscono supporto al personale medico durante il processo di vaccinazione. La collaborazione tra questi professionisti è essenziale per garantire una campagna di vaccinazione efficace e efficiente. Nel sondaggio è stato chiesto di indicare quanti operatori fossero coinvolti nell'erogazione del servizio vaccinale e di che tipo di figure professionali si trattasse.

E' emerso che nella maggior parte dei casi viene coinvolta una sola figura professionale che per il 50% dei casi è un medico, nel 36% dei casi infermiere e nel 14% un altro tipo di figura personale. Se vengono coinvolte due figure professionali, nell'86% dei casi si tratta di un medico e un infermiere, solo il 14% ha indicato di utilizzare personale non appartenente a queste due categorie quando vengono utilizzati 2 operatori per erogare il servizio. Se le figure professionali dedicate sono 3, la percentuale degli infermieri impiegati raddoppia rispetto a quella dei medici coinvolti, il presidio risulta composto nel 77% dei casi da due infermieri e un medico. Il numero delle risposte assegnate a ciascuna categoria professionale e le percentuali di presenza nei presidi vaccinali sono indicate nella

Tabella 1. I risultati relativi a questi dati vengono illustrati nel Grafico 9.

Alle strutture che hanno attivato forme di erogazione del servizio di somministrazione dei vaccini, siano queste dirette al personale dipendente, ai degenti, agli operatori o altre figure professionali, è stato chiesto di indicare che tipologia di vaccini venisse acquistata. Le risposte sono state divise a seconda che l'offerta vaccinale fosse rivolta al personale sanitario oppure ai pazienti. È emerso che per entrambe le categorie il vaccino più acquistato è l'anti-influenzale, seguito dall' anti-Covid19. L'acquisto di vaccini anti-influenzali per il personale dipendente viene effettuato dal 97% delle strutture nelle quali è attiva un'offerta vaccinale. I vaccini anti-Covid19 vengono acquistati dal 79% delle strutture nel quale è attiva l'offerta vaccinale rivolta al personale sanitario. Il terzo dato rispetto alla tipologia di vaccini acquistati differisce tra le due categorie, infatti risulta che il vaccino anti-epatite B è il terzo maggiormente acquistato quando l'offerta è indirizzata al personale sanitario, mentre quando l'offerta vaccinale è indirizzata ai pazienti il vaccino che viene acquistato dopo anti-influenzale e anti-Covid19 è l'anti-zoster. Le indicazioni che le strutture hanno dato rispetto ai vaccini acquistati per il personale sanitario e per i degenti vengono illustrate nei Grafici 10 e 11.

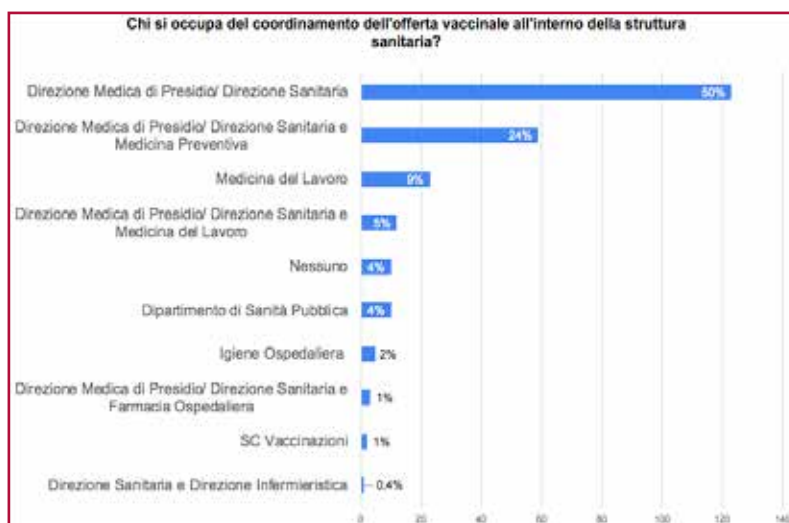


Grafico 8 - Struttura responsabile del coordinamento dell'offerta vaccinale delle strutture sanitarie e socio-assistenziali.

La comunicazione della campagna vaccinale è un elemento chiave per garantire il successo della vaccinazione e la partecipazione del pubblico, il sondaggio ha pertanto preso anche in considerazione aspetti relativi alla formazione, alla divulgazione e all'esistenza di punti di ascolto/informazione relativamente a queste tematiche (Grafici 12 e 13). È emerso che nel 50% delle strutture rispondenti non è presente una campagna di sensibilizzazio-

n° Operatori coinvolti	Medico		Infermiere		Altro personale	
	n° risposte	% presenza	n° risposte	% presenza	n° risposte	% presenza
1 Operatore	126	50%	90	36%	36	14%
2 Operatori	55	44%	53	42%	17	14%
3 Operatori	12	28%	21	49%	10	23%
4 Operatori	3	23%	4	31%	6	46%
5 Operatori	4	50%	2	25%	2	25%

Tabella 1 - Personale coinvolto all'interno di un presidio vaccinale di struttura.

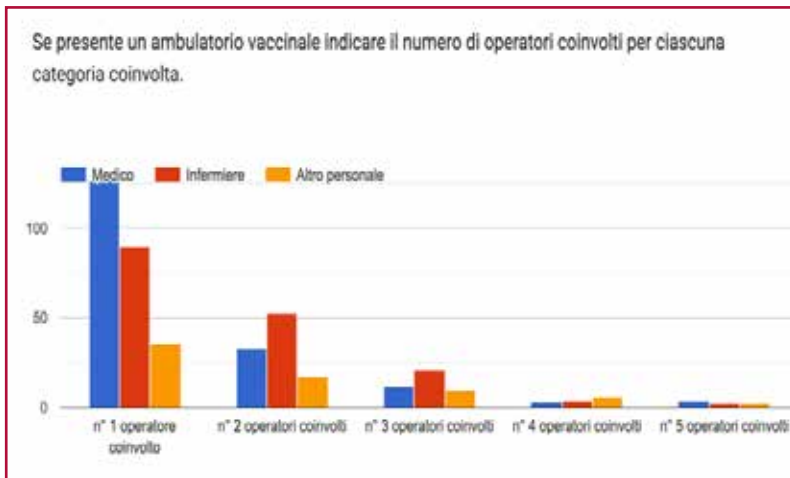


Grafico 9 - Numero di risposte per ciascuna categoria professionale a seconda del numero di operatori coinvolti nella somministrazione dei vaccini all'interno delle strutture sanitarie e socio-assistenziali.

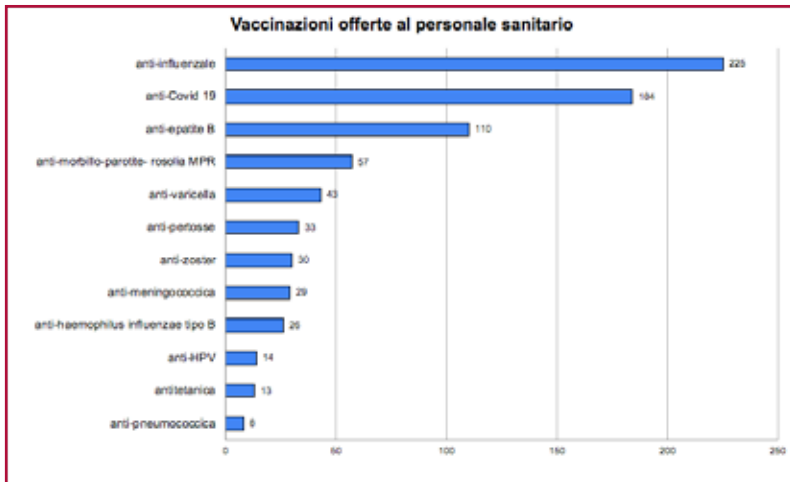


Grafico 10 - Offerta vaccinale dedicata al personale sanitario

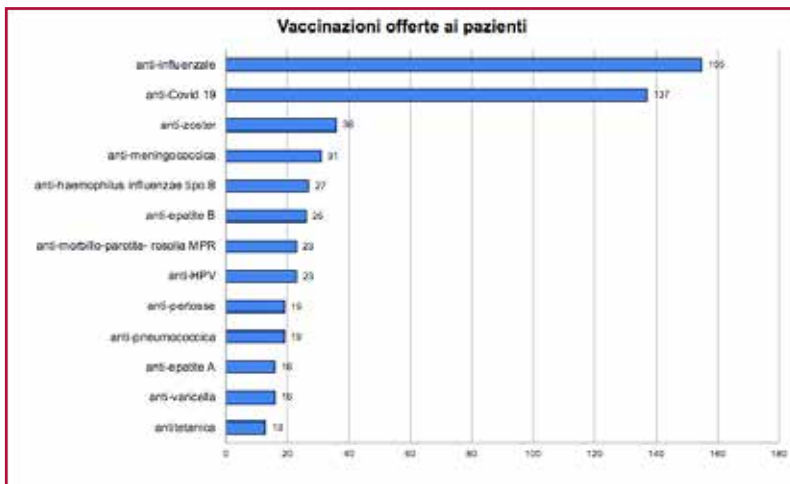


Grafico 11 - Offerta vaccinale dedicata ai pazienti

ne e formazione rispetto a tematiche vaccinali e spesso dove è presente non risulta ben strutturata e continuativa durante tutto l'anno, ma saltuaria e dedicata a specifiche campagne/periodi (es. emergenza Covid 19). Quando presente una campagna di formazione e sensibilizzazione, le strutture solitamente mettono anche a disposizione un canale di ascolto, in capo alla Direzione Medica di presidio, per fugare dubbi e perplessità rispetto alle campagne vaccinali proposte (Grafico 13).

L'adesione alla vaccinazione da parte degli operatori e la loro volontà di essere vaccinati, dipende da una serie di fattori che possono variare da persona a persona e dalla formazione che a questi viene erogata. Nell'ottica di capire quanto l'adesione fosse rilevante per le differenti tipologie di vaccini è stato chiesto, per le strutture nelle quali questo dato fosse disponibile di assegnare una classe di adesione (0-20%, 20-40%, 40-60%, 60-80%, 80-100%) per le differenti tipologie vaccinali. I risultati che ricapitolano il numero di risposte per classe e la percentuale che queste hanno rispetto ai vari tipi di vaccini sono illustrati in Tabella 2 e nel Grafico 14. Dai dati emerge che per quanto riguarda il vaccino anti-Covid19, il 44% delle strutture indica un'adesione dello 0-20% e un 24% un'adesione dal 20-40%, l'adesione alla vaccinazione anti-Covid19 risulta pertanto per il 68% inferiore al 40%. Dato simile viene rilevato per quanto riguarda il vaccino anti-influenzale, dove l'adesione più abbondante viene indicata per la categoria 20-40% con una percentuale di risposte del 47% rispetto al totale. Anche per il vaccino anti-influenzale la maggior parte delle risposte (77%) identifica un'adesione da parte del personale inferiore al 40%. Per quanto riguarda il vaccino anti-epatite B e anti-MPR le indicazioni sono opposte rispetto ai primi due, infatti ben il 46% delle risposte identifica la copertura vaccinale per il vaccino anti-epatite B nella classe più elevata (80-100%), mentre per il vaccino anti-MPR sempre la classe più elevata è quella più rappresentata con il 40% del totale delle risposte.

DISCUSSIONE

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale è un documento strategico elaborato per guidare le politiche di vaccinazione a livello nazionale. Questo piano solitamente include una serie di obiettivi,

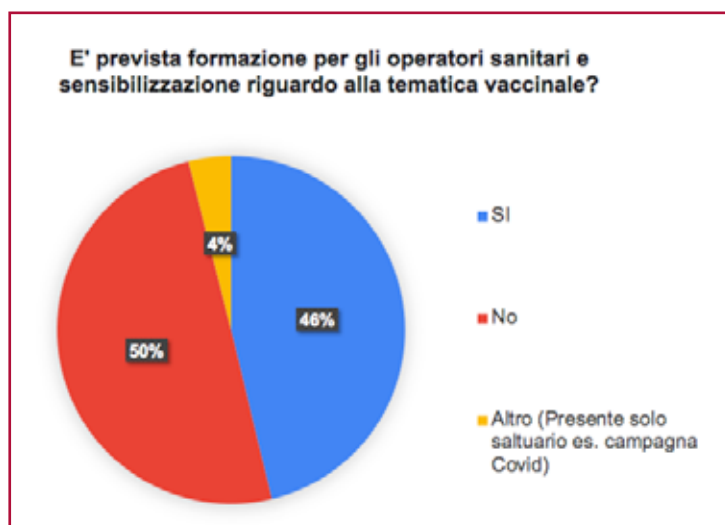


Grafico 12 - Strutture nelle quali è presente un programma di formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari riguardo a tematiche relative alla vaccinazione.

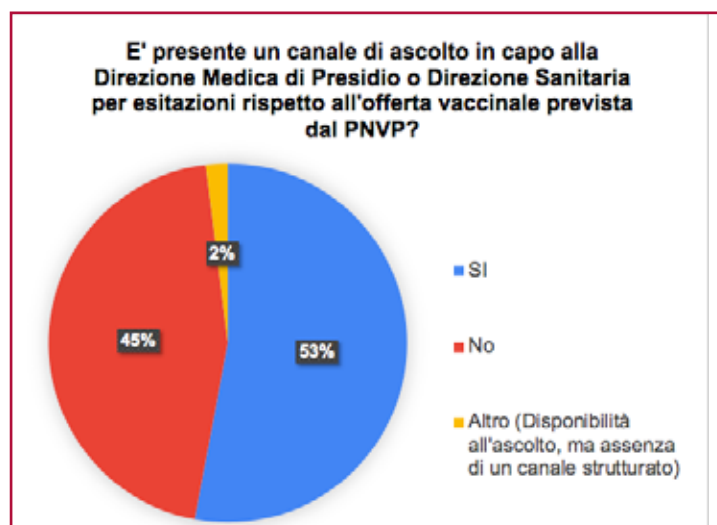


Grafico 13 - Strutture nelle quali è presente un canale di ascolto per fugare esitazioni rispetto all'offerta vaccinale erogata.

strategie e linee guida per migliorare la copertura vaccinale, promuovere la salute pubblica e prevenire la diffusione di malattie infettive.

L'indagine svolta aveva l'obiettivo di rilevare lo stato dell'arte in merito all'offerta vaccinale promossa

dalle strutture sanitarie e socio-assistenziali, evidenziare le buone pratiche ed individuare eventuali aree suscettibili di miglioramento. 1

L'indagine rappresenta le diverse tipologia di strutture sanitarie e socio-assistenziali e questo dato ha

% Copertura vaccinale	anti-Covid19		anti-Influenzale		antiepatite B		anti-morbillo, parotite, rosolia, MPR	
	n° risposte	%	n° risposte	%	n° risposte	%	n° risposte	%
0-20%	65	44%*	52	30%	14	21%	6	24%
20-40%	36	24%	82	47%*	3	4%	2	8%
40-60%	8	5%	26	15%	12	18%	1	4%
60-80%	3	2%	9	5%	7	10%	6	24%
80-100%	36	24%	5	3%	31	46%*	10	40%*
Copertura del monitoraggio	58,7%		69,1%		26,6%		9,9%	

*Percentuale più rappresentativa della classe considerata

Tabella 2 - Copertura vaccinale degli operatori per tipologia di vaccini. Vengono evidenziate con asterisco le classi per le quali è stato espresso un numero più elevato di indicazioni per ogni tipologia di vaccino.

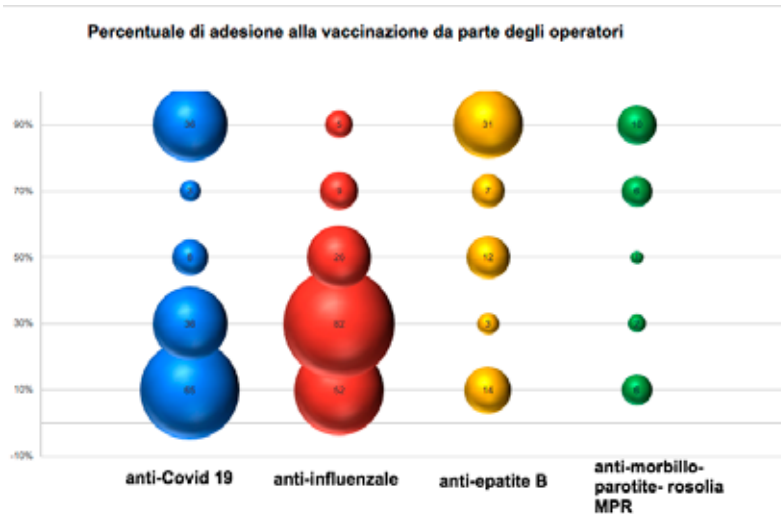


Grafico 14 - Numero di risposte relative alla percentuale di adesione degli operatori rispetto alle campagne vaccinali anti-Covid19, anti-influenzale, anti-epatite B e anti-MPR.

particolare rilievo con riferimento anche a strutture come IRCCS ed Aziende ospedaliere.

Dai dati rilevati è emerso come nella maggior parte delle strutture sanitarie e socio-assistenziali la gestione della campagne vaccinale sia in capo alla Direzione Medica di Presidio o Direzione Sanitaria, eventualmente in collaborazione con la Medicina preventiva e/o del lavoro. Tale orientamento conferma su questo tema la leadership dei medici operanti nelle Direzioni Mediche di presidio, in possesso delle competenze organizzative e tecnico-professionali in quanto titolari di una specializzazione in Igiene e medicina preventiva, e già impegnati nella propria attività ordinaria in aspetti di prevenzione e controllo del rischio infettivo.

E' emerso che il 90% delle strutture è dotata di un'offerta vaccinale, rivolta principalmente al personale sanitario dipendente, estesa al personale dipendente non sanitario, al personale non dipendente, ai pazienti e raramente ai caregiver. Le strutture che offrono vaccinazioni sono dotate per la maggior parte di ambulatori vaccinali attivi in determinati periodi dell'anno in occasione di particolari campagne (es. campagna anti-influenzale e/o anti-Covid19); solo un 13% dichiara di avere un ambulatorio attivo tutto l'anno. Anche i percorsi vaccinali dedicati sia al personale sanitario che, ove presente, ai degenti sono spesso operativi solo in determinati periodi e solo raramente è un'offerta

costante durante l'anno. Sebbene sia fondamentale il potenziamento dell'offerta in occasione della campagna anti-influenzale e anti-Covid, si ritiene fondamentale la strutturazione di un percorso vaccinale dedicato nei contesti sanitari e socio-assistenziali, finalizzato all'erogazione della vaccinazione ai soggetti reclutati nelle aree di degenza e/o negli ambulatori specialistici che seguono pazienti a cui viene offerta la vaccinazione (es. ostetricia, emodialisi, oncologia, ecc) ed eventualmente a strategie di catch-up.

E proprio per il reclutamento dei soggetti eleggibili per l'offerta vaccinale, un aspetto cruciale è rappresentato dalla formazione e dalla sensibilizzazione del personale sanitario, come previsto dal PNPV 2023-2025. Sebbene sia fondamentale che la formazione in vaccinologia venga intrapresa e consolidata già a partire dal percorso universitario di tutti i professionisti sanitari, è opportuno che le Direzioni Mediche di Presidio/Direzioni Sanitarie curino in modo costante e strutturato, oltre a una sensibilizzazione, una vera e propria formazione e costante aggiornamento, evidenziando anche il ruolo della prevenzione vaccinale nel prevenire e controllare il rischio infettivo e contrastare l'antimicrobico-resistenza. Tuttavia, il questionario ha evidenziato come questo avvenga nel 46% delle strutture ospedaliere.

Al fine di contrastare l'esitazione vaccinale negli operatori sanitari, fenomeno ampiamente descritto in letteratura, anche la modalità di comunicazione e i canali di ascolto sono cruciali. Dal sondaggio è emerso che nel 50% delle strutture è presente questo tipo di servizio che spesso non risulta continuativo né strutturato.

Una buona pratica emersa dalla survey è la presenza di un sistema di monitoraggio delle coperture vaccinali negli operatori sanitari (principalmente per il vaccino anti-Covid19 dove il monitoraggio è presente nel 58,7% delle strutture e per il vaccino anti-influenzale, presente nel 69,1% delle strutture), tale monitoraggio è fondamentale per la valutazione rispetto all'efficacia delle iniziative intraprese all'interno delle strutture. Entrando nel merito delle coperture vaccinali, emerge come, con il superamento dell'obbligo vaccinale, le coperture nei confronti della vaccinazione anti-Covid sia entro il target nel 24% delle strutture, mentre nelle rimanenti cominciano a allinearsi ai dati di copertura della

vaccinazione anti-influenzale. In particolare, per quanto riguarda la vaccinazione anti-influenzale, circa la metà della struttura dichiara una copertura vaccinale compresa del 20-40%, mentre nel 30% è inferiore al 20%. Le coperture riportate non raggiungono l'obiettivo minimo perseguibile del 75%, né il target ottimale del 95% (Circolare Ministeriale 2023-2024). Stando all'ultimo monitoraggio ECDC in Europa le coperture per il vaccino anti-influenzale degli operatori sanitari si colloca intorno ad una mediana del 52% (range=15,9-71%) nel biennio 2020-21, in aumento rispetto al 33% nel 2018-19 (ECDC 2023). Il dato nazionale è in linea con la mediana europea.

Un dato interessante emerso dall'indagine è che alcune strutture dichiarano di effettuare un monitoraggio sulle coperture vaccinali per epatite B e MPR, dove verosimilmente la proposta vaccinale avviene in determinati gruppi target (esposti ad infortunio biologico per l'epatite B e operatori dell'area materno-infantile per MPR).

CONCLUSIONE

La survey condotta dall'Associazione Nazionale dei Medici di Direzione Ospedaliera in collaborazione con l'Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari ha permesso di fornire una fotografia dell'offerta vaccinale promossa dalle strutture sanitarie che hanno aderito, fotografia suscettibile di ulteriori approfondimenti e sviluppi. Dai dati rilevati si suggerisce una serie di obiettivi da perseguire per implementare e rendere più strutturale l'offerta vaccinale promossa, quali:

- garantire in tutte le strutture offerta vaccinale con opportuna modulazione organizzativa per mission, complessità e dimensione della struttura, e le risorse da dedicare (economiche e umane);
- adottare un'offerta strutturata nell'arco dell'anno, da potenziare in occasione anche in occasione di campagne programmate come l'anti-influenzale;
- migliorare l'offerta ai pazienti, ricoverati ambulatoriali, e caregiver per età e patologie a rischio, come da indicazioni del PNVP 2023-2025;
- garantire un'offerta in grado di prendere in carico tutto il personale dipendente per esposizione ai rischi;
- identificare la responsabilità in capo alla Direzione Medica di Presidio/ Direzione Sanitaria in inte-

grazione con la Direzione delle professioni sanitarie (ove esistente) ed in collaborazione con le Direzioni ed il coordinamento infermieristico di unità operative; la responsabilità è in coordinamento con ASL e Dipartimento di prevenzione di riferimento come da PNVP es. per le modalità di registrazione delle vaccinazioni, la fornitura dei vaccini, le segnalazioni di eventi avversi;

- migliorare l'attività di comunicazione tramite costante attività di formazione /motivazione degli operatori e di sensibilizzazione/motivazione dei pazienti e dei caregiver;
- garantire l'ascolto delle esitazioni da parte degli operatori, pazienti e caregiver e fornire corrette informazioni in tema di indicazioni e controindicazioni alle vaccinazioni proposte;
- effettuare il monitoraggio delle coperture vaccinali per la vaccinazione ad esempio per la vaccinazione anti-influenzale e anti-covid, quale indicatore di efficacia delle azioni intraprese.

PRINCIPALI RIFERIMENTI

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento recante «Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025» e sul documento recante «Calendario nazionale vaccinale». (Rep. atti n. 193/CSR del 2 agosto 2023).

ECDC Technical Report, October 2023. Seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA Member States An overview of vaccination recommendations for 2021-22 and coverage rates for the 2018-19 to 2020-21 influenza seasons. url: www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Seasonal_flu_vacc_recs_and_coverage_rates_EU_EEA.pdf

Circolare del Ministero della Salute n. 12781 del 21/04/2023 "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2023-2024".

Il percorso di presa in carico della persona con HIV in AST Macerata

Riassunto

Presso l'Unità Operativa delle Malattie Infettive dell'Ospedale di Macerata è attivo dal 2001 un Ambulatorio dedicato alla presa in carico e alla cura dei pazienti HIV positivi. L'AST Macerata, dalla sua fondazione, ha iniziato a lavorare perché le strutture ospedaliere attuassero la presa in carico del paziente attraverso corretti percorsi assistenziali rivolti alla persona sieropositiva.

INTRODUZIONE

Il protocollo ASUR del 2019 "Presa in carico della persona con infezione da HIV/AIDS: linee di indirizzo ASUR", è rivolto a tutti i pazienti con prima diagnosi di HIV, consentendo loro un accesso diretto all'Ambulatorio dedicato per la cura della patologia di base e delle eventuali comorbidità associate. A tali pazienti viene garantito anche lo screening oncologico e vaccinale, con successivo invio al Servizio Igiene e Sanità pubblica, sempre mediante accesso diretto, per effettuare le vaccinazioni raccomandate.

Il protocollo ASUR è rivolto anche alle donne HIV in gravidanza con un percorso dedicato.

MATERIALI E METODI

Attualmente vengono seguiti presso l'Ambulatorio HIV dell'Ospedale di Macerata 220 pazienti. Di questi, 83 rientrano nei criteri di definizione di AIDS. Tutti i pazienti sono in terapia antiretrovirale, eccetto un paziente élite controller.

Nella Tabella seguente vengono riportate le caratteristiche dei pazienti con nuova diagnosi HIV che sono stati presi in cura nell'Ambulatorio dell'Ospedale di Macerata dal 2020.

Negli ultimi quattro anni, come da tabella 1, gli accessi presso l'Ambulatorio di pazienti con nuova diagnosi di HIV, sono stati i seguenti: sette pazienti nel 2020 di cui 1 AIDS; sei nel 2021 di cui 3 AIDS; quattro nel 2022, di cui 1 AIDS e quattro nel 2023, di cui 1 AIDS.

DISCUSSIONE

Negli anni presi in esame, come si evince dai dati ed in controtendenza rispetto ad anni precedenti, si evidenzia l'assenza della trasmissione del virus di HIV tramite sangue, in particolare per scambio di siringhe nei tossicodipendenti, e la riduzione anche delle coinfezioni da virus epatotropi maggiori (HBV ed HCV).

Scaloni G.¹, Gabrielli E.², Valeriani C.³, Di Falco C.⁴

1 Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico ff AST Macerata - MARCHE;

2 Dirigente Medico FF UOS Malattie Infettive Ospedale Macerata - AST Macerata - MARCHE;

3 Dirigente Medico UOS Malattie Infettive Ospedale Macerata - AST Macerata - MARCHE;

4 Direttore Sanitario Ospedale Teramo - ASL Teramo - ABRUZZO

PAROLE CHIAVE:

HIV, AIDS, terapia antiretrovirale (HAART), presa in carico soggetti con infezione da HIV

	2020		2021		2022		2023	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Accessi Ambulatorio HIV	6	1	4	2	3	1	2	2
Di cui AIDS	1	0	2	1	1	0	0	1
Età media	51	72	47	42	50	44	39	49
Nazionalità italiana	6	1	4	1	3	1	2	1
Nazionalità non italiana	0	0	0	1	0	0	0	1
Modalità di contagio: -eterosessuale -omosessuale -endovenosa	330	100	220	200	210	100	110	200
Coinfezione HBV	1	0	0	0	0	0	0	0
Coinfezione HCV	0	0	0	1	0	0	0	0
Modalità di accesso: -invio da MMG -autonomo -ricovero ospedaliero	033	100	121	011	120	100	110	110
Sintomatici al momento della diagnosi	4	0	2	1	1	0	0	1

Tabella 1 'Pazienti afferenti all'Ambulatorio HIV dell'UOS Malattie Infettive dell'Ospedale di Macerata dal 2020-2023'

La modalità di trasmissione prevalente, ad oggi, è quella sessuale, soprattutto eterosessuale. L'età media del contagio negli ultimi quattro anni è avvenuta a 48 anni con prevalenza nel sesso maschile, ed una percentuale del 71,4. Tutti i pazienti arruolati, tranne due, uno proveniente dal Sud-America e uno dalla Thailandia,

sono di nazionalità italiana.

Ogni anno vengono fatte diverse diagnosi iniziali tardive, già in stadio di AIDS ed in modo particolare nel 2021 (metà dei nuovi casi di HIV).

Per quanto riguarda la modalità di accesso presso l'Ambulatorio HIV, questa avviene prevalentemente dopo effettuazione di test HIV in maniera

autonoma, in seguito a rapporto sessuale a rischio in pazienti asintomatici.

Nei restanti casi, il test è stato effettuato per sintomatologia compatibile con HIV/AIDS sul territorio o in regime ospedaliero spesso correlata a febbre persistente o sviluppo di infezioni opportunistiche. Tra i 15 pazienti con nuova diagnosi di HIV presi in carico dal nostro Ambulatorio negli ultimi quattro anni, si è verificato un decesso, che ha interessato un paziente con AIDS già al momento della diagnosi. I restanti pazienti, dopo l'avvio della terapia antiretrovirale, hanno mostrato un rapido miglioramento delle condizioni cliniche, azzeramento della carica virale e un buon recupero immunologico.

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE HIV

Tutti i pazienti che afferiscono presso l'Ambulatorio HIV effettuano:

- prima visita con: anamnesi fisiologica, patologica remota e prossima ed anamnesi allergologica e vaccinale;
- valutazione di documentazione sanitaria pregressa (ad es. ultimo test precedente HIV negativo, se effettuato);
- compilazione di certificato per richiesta di esenzione specifica per patologia (corrispondente al n.020);
- effettuazione di notifica di malattia da HIV o AIDS che verrà successivamente inviata all'ISS e alla Regione Marche;
- esame obiettivo accurato;
- prelievo ematico con: test di conferma della positività anticorpale per HIV in Western-Blot (se non già effettuato); dosaggio di HIV-RNA quantitativo e test di resistenza genotipico per tutte le classi di farmaci antiretrovirali disponibili; HLA-B57 (per valutare possibile utilizzo di Abacavir in terapia); markers completi dei virus epatotropi maggiori; sierologia per sifilide, CMV e Toxoplasma; Mantoux/Quantiferon; tipizzazione linfocitaria per valutare il grado di immunocompromissione e lo stadio di malattia; esami ematochimici (emocromo, funzionalità epatica e renale, elettroforesi proteica, profilo lipidico e metabolico, elettroliti, esame urine);
- vengono richiesti a tutti i pazienti esami strumentali al basale: ECG, ecografia addome, PAP test e ricerca di HPV, per eventuale profilassi secondaria.

Durante la seconda visita viene intrapresa la terapia antiretrovirale, scelta in base alle caratteristiche del paziente, da iniziare nel più breve tempo possibile. Il paziente viene reso edotto sulla modalità di assunzione, sui possibili effetti collaterali, sulle possibili interazioni farmacologiche e sull'importanza dell'aderenza ottimale al trattamento. Vengono rilasciate direttamente le impegnative con la prescrizione dei farmaci ed il paziente viene inviato presso la Farmacia Ospedaliera per il ritiro delle confezioni.

Una volta avviato il trattamento, il paziente viene seguito con prelievi ematici e visite ambulatoriali periodici la cui frequenza viene stabilita in base alle problematiche attive e all'andamento viro-immunologico del paziente.

Ad ogni visita viene rivalutata l'aderenza terapeutica, la tollerabilità e la possibilità di semplificazione della terapia stessa nell'ottica di uno switch proattivo.

Su richiesta del paziente tutti gli esami, compresa la documentazione sanitaria, può essere fatta in anonimato, agganciando al sistema informatico il nome ad un codice. In questo modo viene tutelata la privacy senza necessità di informare il medico curante.

Il paziente in carico, qualora lo richiedesse, può essere supportato da uno psicologo ospedaliero.

CONCLUSIONI

Ogni anno il primo Dicembre, in occasione della Giornata Mondiale della lotta contro l'AIDS, vengono resi noti i dati nazionali e regionali relativi all'Incidenza delle nuovi casi di HIV e AIDS dell'anno precedente.

In Italia dal 2012 al 2019 si è mantenuto un trend costante, mentre nel 2022 l'Incidenza del virus HIV è diminuita con un leggero incremento negli anni successivi alla pandemia Covid. Le nuove diagnosi di HIV sono state in Italia 1888, con un'Incidenza di 3,2 nuove diagnosi/100000 residenti. Il dato AST è in linea con quello nazionale essendo di circa 3.

Le notifiche di AIDS sono state 403 fra i pazienti con nuova diagnosi di HIV (0,7/100000 residenti) in AST Macerata.

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS, sono stati notificati 72556 casi in Italia.

Nelle Marche sono state 43 le nuove diagnosi di HIV nel 2022, sei in meno rispetto all'anno precedente. Nel 78,8% dei casi si trattava di pazienti di sesso maschile e l'età mediana era di 43 anni per gli uomini e 41 per le donne. L'Incidenza più alta è stata osservata tra le persone di 30-39 anni e 25-29 anni. La maggior parte delle nuove diagnosi è attribuibile a rapporti sessuali.

I dati dell'Ambulatorio Malattie Infettive di AST Macerata appaiono quindi in linea con quelli nazionali e regionali. Non è possibile valutare l'Incidenza dei nuovi casi di HIV nella popolazione residente nella Provincia di Macerata in base agli accessi presso il nostro Ambulatorio, poiché, per stigma o privacy, molti afferiscono a Centri di riferimento extra-Provincia.

Tra i pazienti in carico AST Macerata con nuova diagnosi di HIV negli ultimi quattro anni, il 40% si presentava già in AIDS al primo riscontro dell'infezione.

Ciò denota che l'attenzione sul virus dell'HIV non è sufficiente, portando ad un numero eccessivo di diagnosi tardive in pazienti che diventano sintomatici poiché in fase avanzata di malattia. Occorrerebbe implementare la consapevolezza dei rischi, lo screening e la prevenzione.

Nell'Ambulatorio Malattie Infettive di AST Macerata è stato pertanto creato un percorso dedicato per agevolare l'adesione alle vaccinazioni raccomandate ai soggetti 'fragili' secondo il Piano Vaccinale Regionale (approvato con DRG 458 del 2017 e successivamente integrato e modificato) che vengono rese gratuitamente a tali di pazienti. Appartengono a questa categoria le seguenti vaccinazioni: antipneumococco; anti Herpes Zoster; antimeningococco B e ACWY; anti Haemophilus Influenzae di tipo B; anti Papilloma Virus; anti Difterite, Tetano, Pertosse; anti Epatite B (previo controllo dei markers); anti Epatite A; anti Morbillo-Parotite-Rosolia; anti Varicella; anti Influenzale (durante la campagna stagionale).

L'obbiettivo per il prossimo anno è quello di poter attivare una campagna di prevenzione informativa nelle scuole, di secondo e terzo grado, in modo da poter agire precocemente sugli fasce adolescenziali. Questo per aumentare la consapevolezza che alcune malattie sono ancora "emergenti" e che esistono efficaci meccanismi di prevenzione.

BIBLIOGRAFIA

1. *Aids News Epicentro ISS*;
2. *EACS (European AIDS Clinical Society) guidelines Version 12.0 October 2023*;
3. *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV January 20,22*;
4. *Linee guida italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV anno 2017*;
5. *HIV Infection-screening, diagnosis and treatment Michael S. Saag. N Engl J Med. 2021*;
6. *Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV Infection INSIGH START Study Group et al. N Engl J Med 2015*;
7. *Antiretroviral Drugs for treatment and prevention of HIV Infection in adult 2020 Recommendations of the International Antiviral Society- USA Panel Michael S. Saag et al. Jama 2020; 324 (16): 1651-1669*;
8. *HIV self-testing: a time to revise current policy Lucy Frith Lancet 2007*;
9. *"HIV self-test kits are a step for ward but questions remain" Downess. R. Nurs Times 2014*;
10. *Highlighting and addressing barriers to widespread adaptation of HIV self-testing in the United States. Ma S. et al. Expert rev Mol Diagn. 2023*.



48° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

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

COMUNICAZIONI

Dimissioni protette: indice di fragilità nei pazienti di età \geq a 65 anni ricoverati tramite il P.S.

Lanzano R.¹; Sarnelli R.²; Urciuoli I.³; Di Natale R.⁴; Castaldo V.³; D'Onofrio G.²

*1*Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Azienda Ospedaliera Universitaria "Luigi Vanvitelli"; *2*Direzione Sanitaria Aziendale, Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Antonio Cardarelli di Napoli; *3*Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale San Giuseppe Moscati di Avellino; *4*U.O.C. Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale San Giuseppe Moscati di Avellino

Parole chiave: Pronto Soccorso, integrazione Ospedale-Territorio, fragilità

INTRODUZIONE

Il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021/2023 menziona, tra gli obiettivi delle dimissioni protette, la necessità di ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri reiterati, incrementare l'appropriatezza, assicurare la continuità assistenziale, favorire il decongestionamento del Pronto Soccorso. Il target di riferimento è rappresentato da persone anziane di età \geq a 65 anni non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità. Presso ciascun presidio ospedaliero è prevista un'unità di valutazione multidimensionale composta da personale sociosanitario finalizzato alla valutazione dell'eleggibilità delle dimissioni protette, con il fine di garantire il raccordo con i servizi di assistenza territoriale. L'OBI è un'unità funzionale del Pronto Soccorso e la permanenza deve avere una durata non inferiore alle 6 ore e non può superare le 44 ore totali dalla presa in carico al triage in PS. Il trattamento può esitare in ricovero presso un'unità di degenza, trasferimento presso altra struttura, dimissione con affidamento ai servizi territoriali.

CONTENUTI

Nell'anno 2018 è stato pubblicato uno studio dal titolo "Identification of older adults with frailty in the Emergency Department using a frailty index: results from a multinational study", con il quale è stato sperimentato uno specifico indice di fragilità che ha dimostrato una correlazione significativa tra l'incremento del grado di fragilità e la % dei trasferimenti presso strutture o reparti di lungodegenza e dei prolungati stati di degenza.

I possibili valori sono: 0-0.12 (assenza di fragilità); >0.12-0.24 (fragilità lieve), >0.24-0.36 (fragilità moderata); >0.36 (fragilità severa).

Nel periodo compreso tra il 30 marzo 2023 e il 24 aprile 2023 è stato condotto uno studio pilota in un

campione di pazienti di età \geq a 65 anni ricoverati tramite P.S. presso le AORN A. Cardarelli e S. Giuseppe Moscati, mediante un'intervista e sezioni dedicate alla rilevazione dei dati dalle cartelle cliniche nel corso del ricovero fino alla dimissione.

I risultati preliminari al giorno 24 aprile 2023, relativi a 79 pazienti, 54.4% dimessi e 45.6% ancora degenti, mostrano che l'età media è di 77.8 anni (range 65-96), il 55.7% è di sesso femminile, il 46.8% dispone di un caregiver, il 92.4% possiede una fissa dimora. Il 60.8% è stato sottoposto a ricovero ordinario nei 12 mesi antecedenti. L'11.4% è affetto da fragilità lieve, il 16.5% moderata, il 72.1% severa. La permanenza media in OBI è di 3.1 giorni (range 1-10), 74.7% entro le 44 ore e il 25.3% oltre le 44 ore. Nei dimessi la degenza media è di 26.7 giorni (range 5-82) e la permanenza presso 2 o più reparti è nel 41.9%.

L'analisi bivariata ha evidenziato che tra coloro che sono stati ricoverati nei 12 mesi antecedenti, il 79.2% è affetto da fragilità severa ($p=0.083$) e tra questi, il 92.3% ha fatto accesso tramite Pronto Soccorso ($p=0.015$); nei casi di degenza superiore a 30 giorni, tra i dimessi, il 90% è affetto da fragilità severa ($p=0.082$); nei casi di permanenza presso 2 o più reparti, tra i dimessi, il 77.8% è affetto da fragilità severa ($p=0.220$).

Infine, tra coloro che sono rimasti in OBI oltre le 44 ore, il 100% è affetto da fragilità moderata e severa ($p=0.064$).

CONCLUSIONI

Pertanto, alla luce dei risultati emersi si evince la possibilità di implementare una nuova procedura che possa coadiuvare l'esito delle attività dell'OBI, a seguito di attento inquadramento da parte dell'unità di valutazione multidimensionale tramite l'ausilio dell'indice di fragilità.

Behavior-Based Safety: dalla sicurezza sul lavoro alla prevenzione delle ICA

M.G. Maluccio¹, M. Coppola², P. Falco³, M. Musolino³, E. Gallo¹

*1 Dirigente medico; 2 dirigente psicologa 3 cpsi
P.O. Ss. Annunziata Taranto*

Parole chiave: Behavior-Based Safety, ICA

INTRODUZIONE

La BEHAVIOR-BASED SAFETY B-BS è una metodologia scientifica della Psicologia del lavoro che consente di condizionare i comportamenti di sicurezza comportamentale sul lavoro. La B-BS si basa su rafforzamento della cultura della sicurezza vista non come obbligo normativo bensì come valore che impronta scelte e comportamenti individuali, ma condivisi in un processo evolutivo di sicurezza comune e partecipata. Strumenti fondamentali sono osservazione sul campo, focus group, formazione e informazione e coinvolgimento dei lavoratori.

CONTENUTI

Nel P.O. Centrale di Taranto è stato avviato un progetto multidisciplinare tra Direzione medica, Psicologia del lavoro e Medico competente, che, attraverso il rafforzamento di comportamenti sicuri a tutela dei lavoratori, fosse anche uno strumento di prevenzione delle ICA per i pazienti. Il progetto prevede interventi in ogni reparto, ma il ring selezionato per avviare le attività e la loro valutazione di efficacia, è la Neurochirurgia. Il progetto si è sviluppato attraverso fasi progressive.

1. Fase osservazionale: Gemba walk, strumento Lean Healthcare, “passeggiata” nel luogo di lavoro per osservare comportamenti a rischio e virtuosi. E’ una fase “muta”, si osserva senza intervenire (tranne in caso di pericolo immediato).

2. Fase di valutazione: sono stati evidenziati alcuni comportamenti a rischio che, per frequenza e/o maggiore facilità di cambiamento, fossero oggetto di azioni “semplici” di miglioramento della sicurezza sia dei lavoratori che dei pazienti nei confronti del rischio infettivo. In particolare, l’attenzione è stata focalizzata sul lavaggio delle mani e l’uso promiscuo dello strumentario medico nell’isolamento da contatto.

3. Fase di condivisione: incontri con responsabili e lavoratori per la condivisione dei risultati delle osservazioni.

4. Fase operativa: coinvolgimento del Medico competente e della Psicologa del lavoro per la pianificazione di interventi sul campo e percorsi formativi/informativi. Sono stati programmati dei focus group con l’obiettivo di rafforzare relazioni, condividere finalità e obiettivi, esortare all’impegno e “lavorando” sull’esempio positivo o apprendimento per esposizione, concetto base B-BS, per ridurre la magnitudo dell’errore umano nella trasmissione degli agenti infettivi.

Il progetto prevede anche percorsi formativi comuni su prevenzione del rischio biologico ai sensi dell’81/2008 e sicurezza delle cure, con riferimento alla trasmissione intraospedaliera delle infezioni.

CONCLUSIONI

Il progetto è attualmente in progress, siamo arrivati alla piena realizzazione della fase di condivisione e all’implementazione della fase operativa, tuttavia già con il coinvolgimento del personale nella condivisione dei risultati delle osservazioni, nel reparto in esame sono emersi cambiamenti in positivo, soprattutto nel personale neo-assunto e nella pratica del lavaggio delle mani (esecuzione corretta dei cinque momenti individuati dall’OMS). Ci aspettiamo che la formazione e gli incontri previsti nell’ambito della B-BS potranno rafforzare tali miglioramenti, consolidarli nel tempo e portare gli operatori ad essere “influencer” di comportamenti sicuri per neo-assunti e personale in formazione.

Indagine sulle Infezioni Correlate all'Assistenza presso un ospedale monospecialistico oncologico

Salvati S.¹; Russo R.²; Ottonello B.²; Caltabiano S.²; Locatelli C.²; Clerici G.³; Villa V.¹; Perotti G.M.⁴; Triarico A.⁵

1 Dirigente Medico, S.C. Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; 2 Infermiere, S.C. Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; 3 Medico in formazione specialistica, Università degli Studi di Milano; 4 Direttore Medico di Presidio, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; 5 Direttore Sanitario, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Parole chiave: Infezioni Correlate all'Assistenza, Antibiotici, Microrganismi Multi-Resistenti

INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono una delle complicanze più rilevanti dell'assistenza sanitaria. La diffusione dei microrganismi multi-resistenti (MDRO) è facilitata dall'utilizzo scorretto delle terapie antibiotiche e da una scarsa adesione all'igiene delle mani. La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (INT) di Milano è un ospedale monospecialistico oncologico al quale afferiscono pazienti spesso immunocompromessi. L'Ospedale ha aderito allo Studio Europeo di prevalenza delle ICA e dell'uso di antibiotici promosso da European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). L'indagine di prevalenza puntuale è stata condotta secondo il Protocollo ECDC PPS 2022-2023, che prevedeva tre tipi di questionari: per l'ospedale, per ogni reparto e per ogni paziente. I dati raccolti sono stati inviati al centro di coordinamento nazionale.

CONTENUTI

Lo studio è stato condotto dal 03/11/2022 al 15/11/2022, coinvolgendo 16 reparti. I pazienti arruolati erano 175 (71 femmine e 104 maschi) con un'età media di 55 anni e mediana di 58 anni. Gli adulti erano 162, mentre 13 erano pazienti pediatrici. La durata media della degenza era di 6 giorni. I pazienti portatori di almeno un dispositivo medico invasivo erano 140 e il 50% dei pazienti avevano subito un intervento chirurgico durante il ricovero.

Alla rilevazione, 64 pazienti erano in trattamento antibiotico per via sistemica, con un totale di 87 terapie in atto. L'indicazione era nel 71% dei casi per profilassi, nel 27% per terapia e nel 2% non era nota, con 11 molecole diverse utilizzate a fini terapeutici. L'indicazione più frequente al trattamento era la sepsi di origine intraddominale (27%), seguita dalle infe-

zioni del sito chirurgico (18%). Il giorno dello studio 20 pazienti (11,4%) presentavano una o più infezioni, per un totale di 23 infezioni rilevate. Nell'87% dei casi (20 infezioni) si trattava di ICA, 1 infezione era di origine comunitaria e 2 di origine non nota. La quota maggiore di pazienti con infezione era ricoverata nel reparto di Terapia Intensiva (67% sul totale dei ricoverati), seguita dalla Chirurgia generale Oncologica 2 Colon Retto (31%). Escherichia Coli e Morganella Morgani erano i principali microrganismi con almeno una resistenza agli antibiotici, responsabili ognuno di 2 infezioni. La media del consumo di soluzione idroalcolica calcolata per l'anno 2021 era di 12,6 litri per mille giornate di degenza, al di sotto delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), pari a 20 litri.

CONCLUSIONI

L'adozione sistematica di un'indagine di prevalenza periodica può essere fondamentale per individuare le criticità e adottare misure necessarie al contenimento della diffusione delle ICA. La non sufficiente adesione all'igiene delle mani rilevata ha permesso di ipotizzare misure correttive quali interventi di osservazione periodica diretta, formazione e informazione del personale sanitario. L'adozione di ulteriori misure igieniche specifiche, la sensibilizzazione del personale sanitario riguardo all'uso corretto degli antibiotici e la redazione di procedure ad hoc sono altre iniziative utili, soprattutto in considerazione della sempre maggiore diffusione dei MDRO: tali attività trovano il loro naturale inquadramento in un percorso di antimicrobial stewardship. La natura monospecialistica del presidio rende però necessario reperire professionalità adeguate (Es. medico infettivologo), che possono rappresentare gli owner di tali attività.

I benefici clinici del PBM in pazienti operati di chirurgia maggiore presso l'AORN A. Cardarelli

Livigni M.⁶; D'Onofrio G.¹; Guglielmi G.²; Ascione F.³; Sarnelli R.³; De Pascale M.R.⁴; Massa M.⁵; Iovine D.⁵; Napoli A.⁶; D'Amore A.⁷

¹Direttore Sanitario dell'AORN A. Cardarelli, Napoli; ²Direttore U.O.C. Farmacia Ospedaliera AORN A. Cardarelli, Napoli; ³Dirigente Medico, Direzione Sanitaria AORN A. Cardarelli, Napoli; ⁴Dirigente Medico, U.O.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, dell'AORN A. Cardarelli, Napoli; ⁵Dirigente Medico, U.O.C. Farmacia Ospedaliera AORN A. Cardarelli, Napoli; ⁶Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"; ⁷Direttore Generale dell'AORN A. Cardarelli, Napoli

Parole chiave: PBM (Patient Blood Management), CMF (Carbossimaltoso Ferrico), Anemia sideropenica

INTRODUZIONE

Il Patient Blood Management (PBM) è un approccio multimodale e multidisciplinare che mira a limitare l'uso e la necessità di trasfusioni di sangue in tutti i pazienti a rischio, con l'obiettivo di migliorare gli esiti clinici affrontando i fattori di rischio trasfusionale modificabili prima che sia necessaria la trasfusione.

Come evidenziato dal Centro Nazionale Sangue in linea con la Risoluzione WHA63.12 (OMS, 2010), limitare l'uso di sangue nei pazienti a rischio rappresenta un obiettivo strategico per il nostro Paese, costituito da una popolazione tra le più "anziane" del mondo.

CONTENUTI

Presso l'AORN Cardarelli è stato attuato un piano di implementazione del programma nazionale di PBM attraverso un protocollo condiviso tra anestesisti, chirurghi e trasfusionisti che prevedeva l'identificazione preoperatoria del paziente anemico e l'impiego di strategie terapeutiche per ottimizzare l'assetto emopoietico.

La valutazione è stata eseguita in regime ambulatoriale (preospedalizzazione), mediamente 30 giorni prima dell'intervento, e include eventuali indagini clinico-diagnostiche integrative.

Lo studio osservazionale e retrospettivo ha coinvolto i pazienti afferenti al Cardarelli, sottoposti tra marzo e agosto 2022 ad infusione di Carbossimaltoso ferrico (CMF) endovena a seguito del riscontro di anemia.

I dati (età, sesso, peso, diagnosi preoperatoria, comorbidità e fattori di rischio, reparto, data di ammissione, esami di laboratorio) sono stati estratti

dalle cartelle cliniche. Sono stati valutati, infine, gli esami post infusione, la data e il tipo di intervento e l'eventuale necessità di trasfusione.

Sono state esaminate le cartelle cliniche di 81 pazienti (32 uomini, 49 donne) di età media 58 ± 19 anni, con diagnosi preoperatorie e comorbidità variabilmente complesse. Il valore di Hb medio iniziale era di 9,8 g/dl (minimo = 7,7 g/dl; massimo = 12,9 g/dl). Degli 81 pazienti n.1 (0,8%) ha ricevuto 500 mg di CMF in singola infusione endovenosa, n.32 (39,5%) hanno ricevuto 1000 mg, n.41 (50,7%) 1500 mg e n.7 (8,6%) 2000 mg.

I pazienti che hanno ricevuto 1000 mg di CMF hanno avuto un $\Delta\%$ medio di Hb all'intervento di +2%, i pazienti che hanno ricevuto 1500 mg di CMF hanno avuto un $\Delta\%$ medio di Hb all'intervento di +12%, i pazienti che hanno ricevuto 2000 mg di CMF hanno avuto un $\Delta\%$ Hb medio all'intervento di +27%.

La trasfusione di sangue è stata richiesta solo per 2 pazienti. Degli 81 pazienti trattati con CMF, solo per n. 67 è stato possibile tracciare i valori di Hb post-infusione.

Ciò rappresenta una limitazione dello studio con la perdita di pazienti al follow-up. Pertanto, è necessario un monitoraggio più attento dei pazienti.

CONCLUSIONI

L'utilizzo appropriato del CMF riduce l'uso del sangue e del relativo rischio clinico, determinando benefici terapeutici importanti.

È fondamentale la corretta valutazione dei parametri emopoietici del paziente anemico per intraprendere la corretta strategia terapeutica, ridurre i rischi e lo spreco di risorse sanitarie.

Implementazione del triage informatizzato; limiti ed opportunità

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

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: Pronto Soccorso, triage, organizzazione

INTRODUZIONE

I tempi di attesa in Pronto Soccorso (PS) sono sempre stati un problema di difficile gestione sul territorio italiano, tanto da richiedere tavoli tecnici per poter avviare un percorso di riforma che ne rivedesse il sistema; difatti, nell'agosto 2019, sono state emanate le nuove Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero. Nel novembre 2021, Regione Lombardia ha declinato le Linee nazionali nel Modello di Triage di Regione Lombardia (MTRL), regolamentato dalla DGR n. XI/6168 del 2022.

CONTENUTI

Con l'implementazione delle nuove direttive regionali per il triage informatizzato vengono introdotti due cambiamenti:

- il passaggio dal sistema di priorità da 4 a 5 codici colore; (cfr. figura 1)
- una nuova fase: la presa in carico del paziente da parte del personale infermieristico (PPCI), con l'implementazione di percorsi pre-costituiti. La PPCI permette di avviare un percorso diagnostico-terapeutico indirizzato secondo rigidi criteri di inclu-

sione e di esclusione. Questa organizzazione garantisce all'infermiere di operare in sicurezza entro i limiti della sua figura professionale. Al fine di applicare correttamente la DGR, presso l'IRCCS Policlinico San Donato (PSD), è necessario aggiornare l'attuale sistema di inquadramento dei casi che avviene secondo la loro gravità e pertinenza come clinica piuttosto che chirurgica. Infatti, questa organizzazione, si pone a limite del nuovo progetto di triage perché non trova, in letteratura, una chiara demarcazione tra le aree e, quindi, mal si adatta ai percorsi diagnostico-terapeutici rigidamente pre-organizzati che non concedono ambiguità di inquadramento.

CONCLUSIONI

Il PSD deve adattare aspetti tecnici ed organizzativi come segue:

- aggiornare l'attuale organizzazione per l'inquadramento dei casi secondo il nuovo modello di Triage;
- fornire delle postazioni di lavoro con computer dedicate per la PPCI;
- formare il personale infermieristico per il MTRL con certificatori di Regione Lombardia.

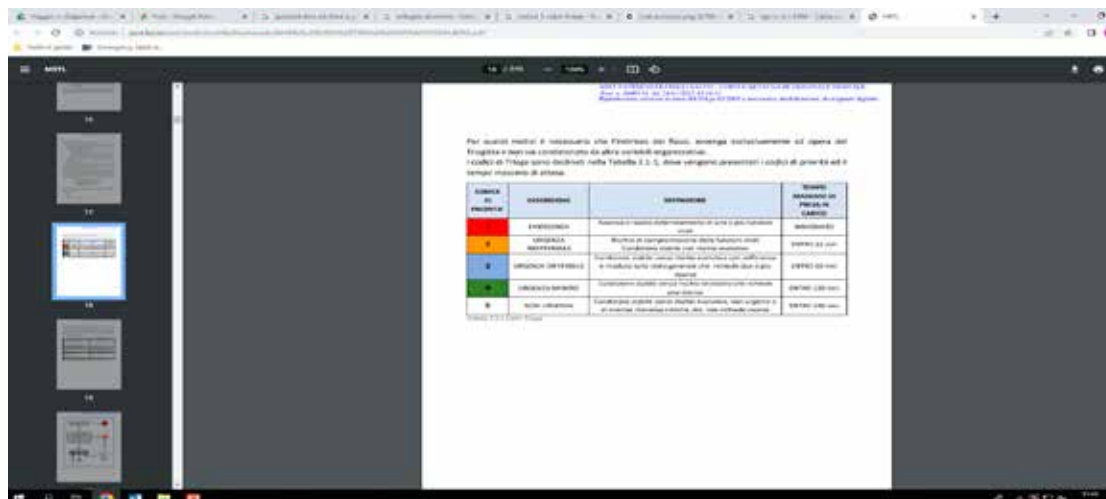


Figura 1
Sistema di classificazione MTRL

Area Medica di Ammissione, possibile risposta alle criticità dei PS: dati preliminari Ospedale San Giuseppe Empoli

Guarducci S.¹, Masotti L.², Schipani E.³, Murgida G.³, Tarquini R.⁴, Meini L.⁵, Manzi F.⁶, Carello G.⁶, Barletta V.⁶, Morelli E.⁷, Baldacci S.⁷, Bonaccorsi G.⁸

1 Direttore SOC DSPO Empoli, Azienda USL Toscana Centro; 2 Direttore SOC Medicina Interna 2 San Giuseppe, Azienda USL Toscana Centro; 3 dirigente Medicina Interna 2 San Giuseppe, Azienda USL Toscana Centro; 4 Direttore SOC Medicina Interna 1 San Giuseppe Azienda USL Toscana Centro; 5 Direttore SOC Assistenza infermieristica Empoli Azienda USL Toscana Centro; 6 dirigente medico DSPO Empoli Azienda USL Toscana Centro; 7 medico in formazione specialistica Igiene e Medicina preventiva Università degli Studi di Firenze; 8 Direttore della Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Parole chiave: Modelli Organizzativi, Area Medica Ammissione

INTRODUZIONE

L'attesa per l'ammissione dei pazienti che necessitano di ricovero (boarding) contribuisce al sovraccollamento del Pronto Soccorso.

L'Area Medica di Ammissione (AMA) esterna al Pronto Soccorso (PS), in cui i pazienti che necessitano di ricovero vengono ammessi e gestiti dagli internisti, è stata proposta come una delle possibili soluzioni.

Scopo dello studio è analizzare i dati preliminari sull'attività dell'AMA nell'Ospedale San Giuseppe di Empoli.

CONTENUTI

Sono stati analizzati i dati dall'apertura di AMA (14 novembre 2022) per 3 mesi, sui 12 letti disponibili. Criteri di inclusione: pazienti di età > 18 anni che necessitano di ricovero in Medicina Interna (MI) dopo una prima diagnosi e gestione terapeutica da parte dei medici del PS.

Criteri di esclusione: necessità di Area Critica, Area Stroke o Chirurgica.

Nel periodo analizzato, 981 pazienti sono stati ammessi in AMA dal Pronto Soccorso (10.6 pazienti/giorno), 496 F (50%), età media 79.7, con il 76.5% > 75 anni.

Il tempo medio di degenza in AMA da arrivo in DEA alla conclusione del percorso in AMA è stato di 39.4 ± 25.4 ore.

Circa il 20% dei pazienti che erano stati assegnati al ricovero in Medicina Interna dopo un primo inquadramento diagnostico in PS, hanno avuto un percorso diverso da quello iniziale (12% circa dimessi a domicilio, 2% circa deceduti dopo una

breve degenza in AMA, 6% circa ricoverati in Reparti non internistici).

È emerso miglioramento organizzativo in termini di distribuzione temporale di ricoveri durante la giornata con una riduzione dei ricoveri notturni, 11% vs il 37% nel periodo preandemico.

La durata media dell'ospedalizzazione dei pazienti ammessi in Medicina Interna 1 dalle AMA era di 9,7 giorni (vs 13,8 giorni dei pazienti ammessi non da AMA, p-value < 0.0001), in MI 2 di 8,0 giorni (vs 9,7 giorni dei pazienti ammessi non da AMA, p-value=0.0027);

Nello stesso periodo i dati dimostrano anche un miglioramento nel filtro e quindi un minor tasso di ospedalizzazione, sceso in media dell'1 % al mese.

CONCLUSIONI

Il rapporto preliminare dell'esperienza del nostro Studio sembra confermare che AMA possa essere una concreta opzione del sistema sanitario per ottimizzare i ricoveri urgenti nelle medicine.

Errore medico ed abilità comunicative del professionista sanitario di area critica ospedaliera

Papa M.¹³, Ciaburro S.¹, Pesacane G.¹, Cuccurullo P.², Rea T.³, Carbone C.³, Capuano A.³, Vozzella E.⁴, Longanella W.⁴, Lanzetta R.⁵, Mansi L.⁶, Fiore B.⁷, Schiavone B.⁸, Riganti C.⁹, Matarazzo G.¹, Zamparelli E.¹, D'Onofrio G.¹⁰, Pecci F.¹, Barbarino A.⁹, Manzi C.¹¹, Vittorioso L.¹², Corvino M.¹⁴, Verdoliva C.¹⁵, Zamparelli B.¹

1 SIRiC, 2 Direzione medica Clinic Center, Napoli, 3 Ordine delle Professioni Infermieristiche Napoli, 4 Direzione sanitaria AOU Ruggi, Salerno, 5 Direzione sanitaria AO Moscati, Avellino, 6 CIRPS Centro Interuniversitario di Ricerca per uno Sviluppo Sostenibile, 7 Dip.Sc. Soc. Univ. Federico II di Napoli, 8 Direzione medica Pineta Grande Hospital, Castel Volturno(CE), 9 Direzione medica Policlinico Federico II di Napoli, 10 Direzione sanitaria AO Cardarelli, Napoli, 11 Direzione sanitaria AO Caserta, 12 Direzione medica PO San Giovanni Bosco, Napoli, 13 UOC Programmazione e Pianificazione ASLNapoli1Centro, 14 Direzione sanitaria ASLNapoli1Centro, 15 Direzione generale ASLNA1Centro15.

INTRODUZIONE

Una insoddisfacente qualità della comunicazione in ambito ospedaliero contribuisce in maniera chiara ed accertata da numerosissimi studi, alla determinazione di errori medici. Una review della letteratura scientifica internazionale eseguita dagli Autori ha evidenziato una stretta correlazione tra errori medici e difficoltà di comunicare in ambito ospedaliero, costituendo l'errore nella comunicazione il terzo fattore contribuyente.

CONTENUTO

La SIRiC, Società Italiana Rischio Clinico, insieme con la Sezione campana dell' ANMDO, Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera, con il CIRPS, Centro Interuniversitario di Ricerca per lo Sviluppo Sostenibile e con il Dipartimento di scienze Sociali dell' Università Federico II di Napoli, costituisce un gruppo di lavoro denominandolo "Clinical Risk Management Communication Team" con l'obiettivo di approfondire il problema e valutare quali azioni migliorative intraprendere. Lo studio coinvolge una serie di strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate dotate di direzioni sanitarie aziendali e mediche autorevoli. Sono state perciò arruolate nello studio le direzioni mediche e sanitarie di: AO Cardarelli di Napoli, AO San Giuseppe Moscati di Avellino, AOU Ruggi di Salerno, AO San Sebastiano e Sant' Anna di Caserta, l'AOU Policlinico Federico II di Napoli, Pineta Grande Hospital di Castel Volturno (CE), Clinic Center di Napoli, gli ospedali della ASLNapoli1 con la Direzione strategica e la UOC di Programmazione e Pianificazione.

CONCLUSIONI

I responsabili delle strutture che hanno aderito allo studio sono parte attiva nel Team che, come prima iniziativa, ha elaborato un questionario teso a valutare le abilità comunicative di medici ed infermieri operanti in area critica ove, ovviamente, maggiore è la complessità delle patologie abitualmente ospitate e con maggior frequenza ci si trova ad affrontare comunicazioni cosiddette "difficili", bad news, prognosi infauste ecc. Il questionario, online, verrà somministrato al personale operante in area critica nelle strutture che hanno aderito allo studio.

P.E.I.M.A.F.: Organizzazione e Formazione nel P.O. Di Venere ASL Bari

Mangieri A.¹, Guerra R.², Fortunato V.³, Fino L.A.², Mundo A.⁴, Greco R.⁵, Tafuri S.⁶

1 Medico in Formazione Specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro";

2 Dirigente Medico UOC Direzione Medica – PO Di Venere – ASL BA; 3 Direttore f.f. UOC Direzione Medica – PO Di Venere – ASL BA;

4 Dirigente Responsabile UOSVD Direzione Medica – PO Molfetta – ASL BA; 5 Dirigente U.O.S.A.V.S Professioni Sanitarie – ASL BA;

6 Professore Ordinario Igiene. UOC Igiene – Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

Parole chiave: emergenza, organizzazione, formazione

INTRODUZIONE

Il WHO definisce emergenza sanitaria “ogni situazione in cui il personale e i mezzi disponibili in un determinato territorio risultino insufficienti all’attuazione di un efficace intervento sanitario” in contesti rappresentati da avvenimenti improvvisi e imprevedibili di varia natura (sismica, idrogeologica, vulcanica, infettiva, terroristica, ecc.) che configurano uno scenario di sbilanciamento tra le risorse sanitarie disponibili e il numero di persone coinvolte. Partendo dalla “Pianificazione dell’emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza” e considerando la contingenza del periodo, la Direzione Medica di Presidio dell’Ospedale Di Venere ha elaborato Piano Emergenza Intraospedaliera in caso di Massiccio Afflusso di Feriti (P.E.I.M.A.F.), con l’obiettivo di coordinare le azioni sanitarie e assicurare un livello di assistenza efficiente ed efficace una volta superate le normali capacità ricettive del Presidio. Il P.E.I.M.A.F. è strumento “flessibile” che consente, attraverso la definizione di modelli organizzativi e di procedure operative, il coordinamento delle azioni durante una maxi-emergenza, l’attribuzione delle responsabilità, la gestione delle risorse umane e strumentali disponibili e la messa in sicurezza degli operatori e dei pazienti stabilendo i criteri da seguire per l’allontanamento ordinato e tempestivo di degenti, utenti, operatori e familiari.

CONTENUTI

L’elaborazione del P.E.I.M.A.F. è stata frutto di una collaborazione attiva tra Direzione, Pronto Soccorso, il Responsabile della Rianimazione e il Responsabile del Rischio Clinico Aziendale. Al verificarsi di una situazione di emergenza, il Health Disaster Manager (HMD) allertato dal 118, è incaricato di mettere in moto la macchina organizzativa comunicando l’accaduto al

Team Operativo di Presidio che attiva il P.E.I.M.A.F. e informa il Comitato di Emergenza di Presidio (CEP) che rappresenta il nucleo decisionale sia nella fase di preparazione che in quella operativa della maxi-emergenza. Il personale viene convocato con un sistema di chiamata a cascata a partenza dal coordinatore dei soccorsi e dall’HDM attraverso un messaggio univoco di allerta prestabilito. Dopo i primi 30 minuti il Presidio sarà in grado di accogliere un afflusso di almeno 46 pazienti (pari al 20% dei posti letto) e di questi 10 in codice rosso.

Le procedure (modulistica, registrazione pazienti, triage) sono semplificate e volte a garantire le migliori cure ad un maggior numero di pazienti possibili nel minor tempo possibile.

CONCLUSIONI

Il lavoro di squadra portato avanti per l’elaborazione del Piano, mostra, ancora una volta l’importanza di una stretta collaborazione tra le specialità in un approccio sempre più legato alla multidisciplinarietà portando ad una migliore integrazione dei comportamenti e delle professionalità di ciascuno esaltandone la formazione e l’attitudine a lavorare in gruppo. La formazione del personale coinvolto risulta essenziale per la migliore e corretta attuazione del P.E.I.M.A.F. Per tal ragione nel piano formativo aziendale (PAF) 2023 della ASL Bari è stato previsto un corso di formazione specifico, che per l’Ospedale Di Venere sarà realizzato con due eventi formativi teorico-pratici da tenersi a giugno e a novembre 2023 che vedranno coinvolte tutte le figure professionali in simulazioni ed esercitazioni pratiche presso l’area Pronto Soccorso che permetteranno di validare i contenuti del piano e di rafforzare le capacità gestionali e operative del personale in servizio presso la struttura ospedaliera

Fascicolo sanitario elettronico: linee guida operative dell'ASL Napoli 1 centro

Vittorioso L.1, Paone F. 2, Papa M.6, Parrillo M.A.7, Angelini V.8, Ciarfera M.5, Corvino M.4, Verdoliva C.3

1 Direttore Dipartimento Attività Ospedaliera Asl Napoli 1 Centro; 2 Direttore UOC Sistemi Informatici e ITC Asl Napoli 1 Centro; 3 Direttore Generale Asl Napoli 1 Centro; 4 Direttore Sanitario Aziendale Asl Napoli 1 Centro; 5 Direttore Amministrativo Asl Napoli 1 Centro; 6 Direttore UOC Programmazione e Pianificazione Asl Napoli 1 Centro; 7 Medico Specialista Ambulatoriale in Staff alla Direzione Sanitaria Aziendale Asl Napoli 1 Centro; 8 Dirigente Medico in Staff alla Direzione Sanitaria Aziendale Asl Napoli 1 Centro

Parole chiave: FSE, firma digitale, sistema informatico

INTRODUZIONE

È lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare, consultare e condividere la propria storia sanitaria. La norma stabilisce che l'infrastruttura del FSE gestisca l'insieme dei dati e dei documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'assistito

Gli elementi principali del sistema informatico sono:

- Il repository che consente la memorizzazione e l'accesso a documenti prodotti dagli organismi sanitari.
- Il registry che permette l'indicizzazione dei documenti, memorizzati nei repository, attraverso un insieme di metadati.

CONTENUTI

Contenuti del Fascicolo Sanitario Elettronico:

Nucleo minimo

- dati identificativi e amministrativi dell'assistito;
- Referti: Radiologia – lab. Analisi – specialistica ambulatoriale;
- verbali pronto soccorso;
- lettere di dimissione;
- profilo sanitario sintetico;

- dossier farmaceutico;
- consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti

Dati e documenti integrativi

I dati e documenti integrativi, la cui alimentazione è funzione delle scelte delle regioni / province autonome in materia di politica sanitaria e del livello di maturazione del processo di digitalizzazione.

I MUST per la riuscita del Fascicolo Sanitario Elettronico:

L'Azienda deve:

- Diffondere la cultura e gli obiettivi
- Analizzare e rivedere i processi, se del caso, in ottica FSE
- Dotarsi di tecnologia moderna, semplice e affidabile

I professionisti devono:

- Predisporre positivamente al cambiamento

CONCLUSIONI

1. Accesso Unico al FSE a livello nazionale
2. Integrazione e condivisione dei dati clinici a livello nazionale per una più efficace continuità assistenziale
3. Personalizzazione dei percorsi di cura grazie ad una puntuale disponibilità di dati ed informazioni cliniche ed assistenziali
4. Politiche di prevenzione, programmazione sanitaria e governo dei servizi clinico-assistenziali supportate dalla creazione di una base di conoscenza condivisa sullo stato di salute della popolazione
5. Per consentire al personale sanitario o all'assistito la consultazione dei documenti del FSE relativi a eventi clinici che hanno avuto luogo in regioni o province autonome diverse da quella di residenza dell'assistito è stata predisposta l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità dei FSE (INI).



L'implementazione del progetto JADECARE a Vernio comune in provincia di Prato, in Toscana

Daniele Borchì¹, Lorenzo Stacchini¹, Paolo Francesconi², Laura Tattini³

1 Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze, Firenze, Italia; 2 Responsabile settore Sanitario dell'Osservatorio di Epidemiologia, ARS Toscana; 3 Direttore SOSD Coordinamento Sanitario dei servizi Zona Prato, Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale Azienda USL Toscana Centro

Parole chiave: Joint action, teleconsulto, PAI

INTRODUZIONE

Il crescente aumento di malattie croniche e la frequente presenza di condizioni di multimorbidità rappresentano in Italia una priorità di salute pubblica e una sfida condivisa. Ciò sottolinea l'urgenza di fornire cure efficienti, personalizzate e integrate che favoriscano un miglioramento della qualità dei servizi.

A tal fine, l'Agenzia regionale di sanità, per conto della Regione Toscana, partecipa alla Joint Action europea JADECARE (Joint action on implementation of digitally enabled integrated person-centred CARE) che ha come proposito quello di contribuire allo sviluppo di sistemi sanitari più innovativi, efficaci e sostenibili.

L'implementazione del progetto si è svolta presso la Casa della Salute di Vernio, nodo essenziale della rete dei servizi delle Cure Primarie, punto di riferimento per tutta la Val Bisenzio con un bacino di utenza di oltre 19.000 abitanti, per oltre il 26% anziani ed un territorio che rappresenta circa il 50% della Zona Pratese.

CONTENUTI

Il progetto prevede una prima fase di identificazione dei medici di famiglia delle AFT di Vernio da coinvolgere e di arruolamento dei pazienti complessi tramite l'installazione di una stringa di estrazione su Millewin, ed una seconda fase dedicata alla delimitazione dei professionisti che comporranno il team multidisciplinare.

Il progetto si è svolto nel periodo compreso tra il 21/12/22 e il 05/04/23, sono stati coinvolti 3 MMG e arruolati 14 pazienti complessi.

Il team multidisciplinare era composto, oltre che dai medici di famiglia, da specialisti appartenenti e/o afferenti alle SOC di cardiologia, nefrologia,

pneumologia, geriatria e dagli infermieri di famiglia e comunità (IFC).

Le riunioni, organizzate dal Coordinamento Sanitario di ZD Pratese, sono state condotte in modalità ibrida, attraverso la Piattaforma Regionale del Teleconsulto e in presenza nella CdS di Vernio ed hanno consentito la condivisione di entrambi i PAI, clinico (redatto dai MMG) e assistenziale (redatto dagli IFC) con tutti i membri del team. Per la gestione clinica assistenziale dei pazienti arruolati è stato necessario consultare per 14 volte la cardiologa e il nefrologo, per 10 volte la pneumologa e per 8 volte la diabetologa. 1 paziente ha necessitato il consulto di due specialisti, 8 pazienti (57% del totale) di tre specialisti e infine 5 pazienti (35 % del totale) di quattro specialisti.

Il geriatra ha partecipato a tutti i teleconsulti. Per un paziente è stato necessario effettuare un incontro di follow up.

CONCLUSIONI

I risultati mostrano come gran parte dei pazienti arruolati si sono rivelati sicuramente complessi e hanno necessitato del consulto contemporaneo di più specialisti, ciò da ancora più valore a questo progetto che ha proprio come scopo quello di migliorare i servizi sanitari dedicati alla presa in carico del paziente con multimorbidità in un'ottica di proattività, integrazione, digitalizzazione dei servizi e personalizzazione delle cure.

Durante i consulti tutti i membri del team multidisciplinare hanno dimostrato molta disponibilità e serio interesse; i medici di famiglia, una volta terminata la lista dei pazienti arruolati, hanno espresso il desiderio di continuare con i teleconsulti e di coinvolgere anche altri pazienti che hanno in carico.

Impatto del Covid-19 sulla produzione dei Rifiuti Sanitari Ospedalieri

De Maria La Rosa S.¹; Di Benedetto C.²; Amato E.³; Cavallaro V.⁴; D'urso L.²; Granvillano G.²; Giammanco G.⁸

¹ Direttore Medico F.F. PO Garibaldi Centro;

² Specialista in formazione;

³ Dottore Ingegnere;

⁴ Dirigente medico DMP; ⁸ Direttore Sanitario

Parole chiave: Rifiuti Ospedalieri, COVID-19, DPI

INTRODUZIONE

L'emergenza Covid -19 ha comportato un aumento dei rifiuti Sanitari prodotti: si stima che da Marzo 2020 ad Aprile 2023 siano stati segnalati a livello mondiale 764.474.387 casi di Covid -19 confermati, di cui molti di questi richiedenti l'uso di DPI da parte degli operatori sanitari, con conseguente aumento della quantità di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo di 3,4 kg/letto/giorno.

MATERIALI E METODI

Lo studio si pone come obiettivo la valutazione dell'impatto che la Pandemia Covid-19 ha avuto sulla produzione dei rifiuti ospedalieri all'interno dell'Ospedale ARNAS Garibaldi Centro.

L'analisi del caso studio si è concentrata su quattro categorie di rifiuto: R.S.O., sostanze chimiche pericolose, toner, farmaci scaduti.

È stato preso in considerazione il volume dei rifiuti prodotti espresso in kg per ognuno dei centri di costo dell'ospedale nell'arco di 5 anni, da gennaio 2018 a dicembre 2022.

CONCLUSIONI

L'anno 2020 ha significativamente influenzato la produzione di rifiuti Sanitari nel P.O. Garibaldi Centro.

Nello specifico, i R.S.O. sono aumentati di circa il 56% rispetto al 2019 ed hanno subito un ulteriore incremento (~ il 30%) nel 2021. Nel 2022, invece, ha subito una riduzione del 6% rispetto al precedente anno.

Il c.d.c. che ha prodotto maggior R.S.O., durante la pandemia, è stato il reparto di Pneumologia - Covid.

L'andamento epidemiologico Covid-19 ed i provvedimenti legislativi adottati hanno influito sulla produzione mensile dei rifiuti; nel 2020, in seguito all'introduzione dell'obbligo di utilizzo dei DPI delle vie respiratorie (D.L. n.125 del 2020) si osserva un aumento considerevole dei kg di rifiuti R.S.O. prodotti, presumibilmente legato ad un aumentato utilizzo dei DPI utilizzati dagli operatori e dai pazienti.

Nel 2021 si osserva un incremento nei primi mesi, per poi decrescere nei mesi successivi ed aumentare nuovamente a partire dal mese di Novembre. (Grafico 1)

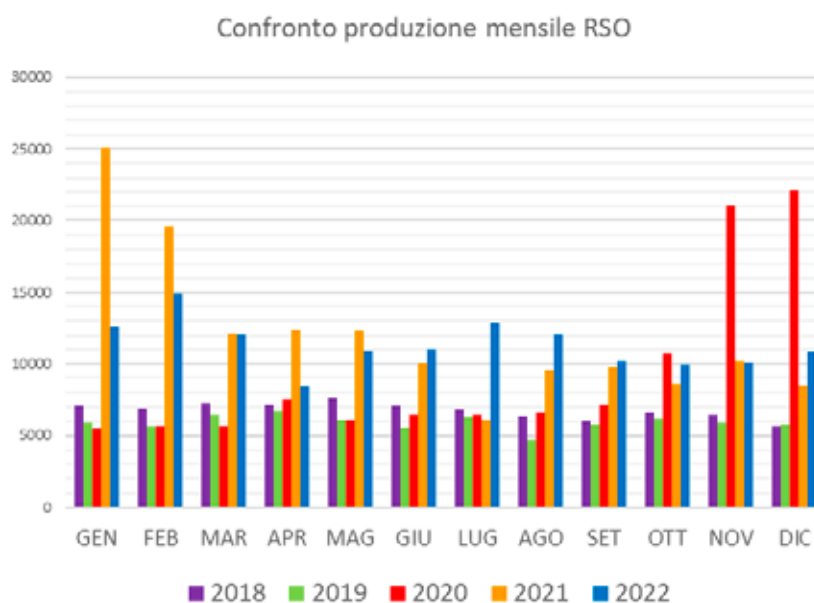


Grafico 1.
Confronto produzione mensile annua dei R.S.O. a rischio infettivo

Analisi preliminare e proposta di efficientamento dei percorsi in Pronto Soccorso di Aziende Sanitarie Complesse

Daniela Zago, Marta Cossaro, Tancredi Lo Presti, Maria Parpinel

Dipartimento di Area Medica, Università degli Studi di Udine, Udine, Italia

INTRODUZIONE

Nelle aree ove si fa più sentire la carenza della medicina di base o del servizio di continuità assistenziale, è in crescita il ricorso al Pronto Soccorso (PS) anche per bisogni di salute non urgenti o legati a problematiche croniche e note.

La gestione di tali casi a bassa complessità corre il rischio di impattare negativamente sull'efficacia e l'efficienza del servizio nella sua interezza. In questo lavoro sono stati esaminati gli effetti del progressivo impoverimento del sistema dell'emergenza-urgenza di una grande azienda sanitaria complessa di una regione italiana del nord-est, analizzando l'impatto sui servizi degli accessi "a bassa complessità", con l'obiettivo di raccogliere informazioni per proporre nuove strategie di organizzazione.

MATERIALI E METODI

Nell'Azienda Sanitaria analizzata attualmente l'assetto dei servizi dedicati all'emergenza-urgenza si configura con 4 PS, 1 nell'ospedale Hub e 3 negli ospedali Spoke, e 2 punti di primo intervento, che garantiscono l'assistenza ad un territorio di 5.000 km² e ad una popolazione di riferimento di 500.000 abitanti.

RISULTATI

Tra marzo 2022 e marzo 2023 si sono verificati in totale 181.435 accessi (41% nella sede Hub) gestiti da un organico complessivo di 59 unità, con un assetto non ulteriormente comprimibile. Questa analisi, ancorché preliminare, mostra una forte criticità sul versante del personale, con un delta negativo calcolato tra disponibile e necessario di 26 unità. Il peso dei codici bianchi e verdi (ad alto rischio di inappropriatelyzza, comunque assimilabili ad una bassa complessità) è stato in media del 36% (su base giornaliera), con il carico maggiore concentrato nelle ore diurne.

Sulla base delle osservazioni fatte, appare necessaria l'apertura di un ambulatorio per la gestione dei codici a bassa complessità (bianchi, verdi ed alcuni quadri di presentazione che rientrano nella codifica dell'azzurro), attivo dalle ore 8:00 alle ore 22:00 tutti i giorni nelle sedi Spoke e h24 presso l'Hub. Un progetto che si prenda carico di questa strategia deve prevedere che l'attività di questo ambulatorio venga garantita da un medico ed un infermiere dedicati, funzionalmente autonomi, ma sottoposti alla supervisione clinica del direttore del PS di riferimento per consentire attività di supporto ed interazione da parte del personale di quest'ultimo per la gestione e riclassificazione della complessità ed il reinserimento sui percorsi ordinari.

L'ambulatorio deve poter richiedere prestazioni radiologiche, laboratoristiche e consulenze specialistiche in urgenza e su agenda dedicata, ottimizzando gli approfondimenti necessari alla definizione del quadro clinico, senza congestione dei servizi funzionalmente correlati.

Infine, a corollario, si propone il potenziamento dei percorsi brevi per la gestione diretta da parte degli specialisti disponibili dei quadri clinici di pertinenza, per snellire la gestione dei casi la cui risoluzione è legata all'intervento di un singolo specialista.

CONCLUSIONE

Secondo le previsioni l'ambulatorio per la bassa complessità andrebbe ad intercettare quasi il 50% dei casi che attualmente vengono gestiti dai PS sul territorio, con la possibilità di riservare risorse altamente specializzate ai percorsi a complessità medio-elevata.

Questo permetterebbe un significativo efficientamento dei percorsi stessi e l'ottimizzazione delle prestazioni del PS, oltre che un aumento degli standard di sicurezza e della soddisfazione di pazienti ed operatori.

Protocollo ERAS in chirurgia colon rettale e in ortopedia protesica presso due presidi della ASL Toscana Centro: impatto sulla degenza media

Valentina Barletta¹, Elena Morelli², Simone Baldacci², Silvia Guarducci¹, Federico Manzi¹, Guglielmo Bonaccorsi³

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

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

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

INTRODUZIONE

A partire dagli anni '90, è stato sviluppato l'Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) o la Fast-Track Surgery (FT), programma di gestione perioperatoria del paziente chirurgico con approccio multimodale e collaborazione interprofessionale, che consente di migliorare il decorso postoperatorio, con un più veloce recupero ed una significativa diminuzione dei tempi di ricovero. Nei presidi ospedalieri della ASL Toscana Centro sono stati adottati, da agosto 2021, nel P.O. S. Giuseppe di Empoli il protocollo ERAS nella chirurgia elettiva colon rettale benigna e maligna, e da ottobre 2022 nel P.O. di S. Pietro Igneo di Fucecchio il percorso FT nell'ortopedia protesica.

MATERIALI E METODI

I percorsi ERAS colon rettale e FT ortopedia protesica sono caratterizzati da:

- Arruolamento dei pazienti e pre-ospedalizzazione. Il percorso FT è rivolto ai pazienti di chirurgia elettiva di sostituzione protesica articolare di anca, ginocchio e spalla al di sopra dei 18 anni nel P.O. di Fucecchio; il percorso ERAS a pazienti da sottoporre a intervento di chirurgia elettiva colon-rettale benigna e maligna presso il P.O. di Empoli. In fase di preospedalizzazione si realizza la preparazione del paziente con consegna delle brochure informative, valutazione del patrimonio venoso, dei parametri eritropoietici e nutrizionali, counseling pre-operatorio multidisciplinare tra anestesista, chirurgo, infermiere, e altre figure come fisioterapista, nutrizionista, psicologo, per favorire la compliance al protocollo.
- Gestione perioperatoria. Preparazione del paziente con terapia farmacologica e interventi nutrizionali per gestione del dolore, riduzione dell'ansia, prevenzione della nausea.
- Gestione post operatoria. Terapia farmacologica, interventi nutrizionali e riabilitazione finalizzati al

controllo della nausea e del vomito, riduzione del dolore e riattivazione precoce delle funzioni motorie e gastrointestinali.

Per valutare l'efficacia dei suddetti protocolli sono state calcolate le differenze tra le degenze medie nel periodo precedente e successivo l'adozione dei programmi ERAS e FT: per il P.O. di Empoli sono stati confrontati i pazienti operati di colon-retto dimessi nell'anno 2019 con quelli dimessi nel 2022, mentre per il P.O. di Fucecchio sono stati confrontati i pazienti operati di protesi di anca, ginocchio e spalla dimessi nell'ultimo trimestre del 2022 con quelli dimessi nel primo trimestre del 2023.

RISULTATI

Nel 2019 presso il P.O. di Empoli la media dei giorni di ricovero dei pazienti operati di colon-retto sul totale di 77 pazienti è 12,97 giorni, mentre quella del 2022 è di 9,18 giorni sul totale di 106 pazienti (p-value = 0,0027). Nel quarto trimestre del 2022 presso il P.O. di Fucecchio la media dei giorni di ricovero dei pazienti operati di protesi di anca, ginocchio e spalla è di 4,74 giorni sul totale di 181 pazienti, mentre quella del primo trimestre del 2023 è 4,23 sul totale di 107 pazienti (p-value = 0,0632).

CONCLUSIONI

Per il P.O. di Empoli si osserva una riduzione statisticamente significativa della media dei giorni di degenza, per il P.O. di Fucecchio si evidenzia una riduzione della degenza media, al limite della significatività statistica e sarà necessario ampliare il campione. Nel loro insieme i risultati dei due percorsi sono positivi in quanto permettono di migliorare le condizioni del paziente, gestire con maggior efficienza i posti letto, ridurre i costi dell'assistenza, standardizzare i protocolli clinico assistenziali.

Il modello organizzativo degli ambulatori vaccinali intraospedalieri per la profilassi del paziente fragile: risultati delle attività di un ambulatorio dedicato presso l'A.O.U. Policlinico di Bari

Toro F., Pinardi A., Mattia S., Scazzi F.L.

INTRODUZIONE

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale raccomanda l'immunizzazione dei pazienti con condizioni di fragilità e immunodepressione, per i quali sussiste un rischio di malattia infettiva maggiore rispetto alla popolazione generale.

Nel nuovo PNPV 2023-2025 viene sottolineato come «la rete specialistica pensata per seguire i soggetti a rischio, ha il compito di promuovere attivamente le vaccinazione tanto a livello territoriale quanto a livello ospedaliero» mediante l'integrazione dei calendari vaccinali specifici all'interno dei PDTA dei pazienti affetti da patologie croniche.

Il modello organizzativo degli ambulatori vaccinali intraospedalieri, utilizzato per le campagne vaccinali contro COVID-19, rappresenta il modello più idoneo per far fronte alla vaccinazione dei soggetti fragili in quanto garantisce: accesso rapido e diretto alla vaccinazione, multidisciplinarietà, rapporto fiduciario tra pazienti e specialisti, minore rischio di esitazione vaccinale e dispersione.

L'U.O.C. Igiene del Policlinico di Bari ha avviato un programma di profilassi vaccinale, differenziato e specifico per ogni sottogruppo di pazienti seguiti presso i centri specialistici dello stesso ospedale. Il presente report descrive l'evoluzione dell'attività di profilassi, avviata nel marzo 2022 con un ambulatorio dedicato.

CONTENUTI

L'accesso all'ambulatorio avviene su prescrizione medica specialistica o del medico di medicina generale, che verifica la presenza di condizioni di fragilità.

Il programma vaccinale è formulato dal medico responsabile dell'ambulatorio vaccinale, tailor-made sulla categoria di rischio del paziente.

Le sedute vaccinali per singolo paziente sono organizzate con cadenza bisettimanale o mensile. Per

aumentare la compliance al programma di vaccinazione, gli appuntamenti sono fissati considerando eventuali altri accessi ospedalieri programmati presso le UU.OO.CC. che hanno in cura i pazienti per la patologia di base.

647 pazienti hanno avuto accesso al Punto di Vaccinazione Ospedaliero nell'anno 2022, con 2583 dosi di vaccino somministrate. L'età media dei pazienti è pari a 58,7 ±14,7 anni (range: 7-90), di cui il 53,4% maschi e il 46,6% femmine.

La popolazione afferita in Ambulatorio è composta principalmente da pazienti affetti da immunodeficienze secondarie a trattamento farmacologico (39,7%, 257/647), trapianto di organo solido in terapia anti-rigetto (21,5%, 139/647) e patologia oncologica o onco-ematologica in terapia immunosoppressiva (18,1%, 139/647).

L'80,8% (523/647) dei pazienti è stato sottoposto alla vaccinazione anti-Herpes Zoster. Di questi il 62,9% (407/647) ha completato il ciclo vaccinale con la seconda dose. Il 55,2% (357/647) ha ricevuto il vaccino anti-Pneumococcico 13-valente e il 43,6% (282/647) ha completato il ciclo con l'anti-Pneumococcico 23-valente. Inoltre, il 50,5% (327/647) ha eseguito il vaccino anti-dTaP.

CONCLUSIONE

L'attività ambulatoriale destinata alla profilassi vaccinale nel paziente fragile ha subito un notevole incremento, legato sia al consolidamento della prassi di accesso, sia ai buoni risultati di compliance ottenuti durante i primi mesi di attività.

Punto chiave dell'implementazione del programma vaccinale è il coordinamento con i centri specialistici per definire timeline e follow-up vaccinale, strategia che ha inoltre consentito di ottenere una riduzione dell'hesitancy vaccinale dei pazienti, grazie al rapporto di fiducia già esistente tra essi e i loro medici.

L'appropriatezza prescrittiva territoriale: nuovo percorso dell'ASL di Latina e primi risultati

Grandinetti A.L.¹, Arenare L.², Di Manno G.³, Parrocchia S.⁵, Romagnoli L.⁴, Zappone M.³, Vellucci A.³

1 Medico Direzione Sanitaria ASL Latina; 2 Direttore UOC Farmaceutica territoriale ed integrativa ASL Latina; 3 Farmacista UOC Farmaceutica territoriale ed integrativa ASL Latina; 4 Direttore UOC Controllo di gestione e governo clinico ASL Latina; 5 Direttore Sanitario ASL Latina

Parole chiave: Appropriatezza, prescrizione farmaceutica, spesa pro-capite

INTRODUZIONE

La spesa farmaceutica convenzionata costituisce una delle principali voci di bilancio per una ASL, ed allo stesso tempo una opportunità di sviluppo di modelli organizzativi/gestionali e di promozione della qualità e sicurezza delle cure, per tutti i setting assistenziali e professionisti. A causa dell'alto livello di spesa pro-capite, nel corso del 2022 è stato intrapreso nell'ASL di Latina un percorso di miglioramento della qualità/appropriatezza e di contenimento della spesa, secondo le linee di indirizzo regionali (Det. G04240 del 07/04/2022).

CONTENUTI

La strategia si è concentrata su 4 linee di azione:

1. Coinvolgimento e responsabilizzazione delle articolazioni aziendali: Direzione Sanitaria Aziendale, UOC Farmaceutica territoriale ed integrativa e UOC Controllo di gestione e governo clinico, hanno indirizzato e coordinato le attività dei Direttori dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri, che a loro volta hanno riguardato i comportamenti prescrittivi dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta (MMG/PLS), sia degli Specialisti dipendenti e convenzionati.
2. Reportistica sugli indicatori di prescrizione:
 - a. reportistica mensile della spesa erogata dalle farmacie DWH regionale, per ambito Distrettuale e confronto con le altre ASL e la media della Regione
 - b. acquisto del SW H-DB Clicon, in grado di elaborare gli indicatori/target regionali e restituirli per aggregazione di ASL, Distretto, per singolo medico prescrittore, scostamento dalla media di riferimento, elenco analitico degli assistiti e prescrizioni virtualmente inappropriate
3. Formazione ed informazione:
 - a. 4 Corsi di formazione "Misurare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci" sulle indicazioni regionali Det. G04240/2022, ed un corso "Appropriatezza

Prescrittiva come modello clinico" sui farmaci maggiore causa dello scostamento degli indicatori di spesa pro-capite, per tutti i medici prescrittori (MMG/PLS/Specialisti)

- b. webinar sulle indicazioni regionali e sulla interpretazione del report H-DB Clicon,
- c. aggiornamento della pagina web "Appropriatezza prescrittiva" sito ASL Latina
4. Attività di audit e verifica comportamenti prescrittivi:
 - a. livello Distrettuale: audit personalizzati dei MMG/PLS maggiormente alto-spedenti come risultanti dalla reportistica H-DB Clicon
 - b. livello Aziendale: in base al regolamento regionale sulle commissioni per l'appropriatezza prescrittiva (CAPI) ed alla reportistica H-DB Clicon, riunioni periodiche serrate dei gruppi di lavoro preliminari, e delle 2 CAPI (NO e SE), revisione delle modalità e criteri per la valutazione dei medici prescrittori, convocazione dei medici selezionati per controdeduzioni.

CONCLUSIONI

Parallelamente al monitoraggio degli indicatori di spesa DWH regionale e di appropriatezza H-DB Clicon, nel 2022 i Direttori di Distretto hanno svolto 60 audit verso MMG/PLS, la Direzione Aziendale e ha svolto 12 riunioni CAPI (10 nel 2° sem.) in cui sono stati convocati e verificati i comportamenti prescrittivi (selezione di un campione di prescrizioni) n. 20 MMG e n. 17 Specialisti, alcuni dei quali sanzionati ed uno segnalato all'Autorità Giudiziaria.

Rispetto al 1°sem.2022 vs 1°sem.2021, in cui si è registrato un aumento della spesa, l'andamento della spesa pro-capite del 2°sem.2022 vs 2°sem.2021 ha registrato una costante e progressiva inversione di tendenza con una riduzione -1.09% (pari a - 459.000 euro), migliore della media regionale (-0,39%), trend confermato dai dati preliminari nel 1° trim 2023.

L'Ambulatorio ABC: strumento per il miglioramento dell'assistenza territoriale e la rete d'emergenza

Triantafyllopoulou Z.², Ciotti E.¹, Diab R.², Serenelli C.,³ Zamboni C., Mainardi C.⁷, Borghesi F.⁷, M. Pandini⁷, Cariani D.⁴, Fabbri G.⁵, Panzini I.⁶, Trapella M.⁷, Colombi M.⁷, Calamai M.⁸

[1] Direzione Sanitaria-Ausl Fe

[2] Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva -Università degli studi Ferrara-

[3] Dipartimento Cure Primarie Ausl Fe, -

[4] UO Pronto soccorso Ausl Fe -

[5] Sub-commissario sanitario AOU FE -

[6] Direzione UO qualità, accreditamento, ricerca organizzativa Ausl Fe-

[7] Direzione Infermieristica e tecnica Ausl Fe-

[8] Direzione Generale Ausl fe

Parole chiave: Ambulatorio a Bassa Complessità (ABC), integrazione ospedale territorio, Pronto Soccorso, DM77

INTRODUZIONE

Si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha redatto il piano per il miglioramento della rete del pronto soccorso provinciale per rendere il sistema più efficiente, migliorando i tempi del PS e di boarding.

L'ambulatorio a bassa complessità (ABC) è una delle diverse azioni del piano, l'ABC è una struttura assistenziale a bassa intensità di cura che ha il fine di gestire i casi potenzialmente inappropriati del pronto soccorso (codici bianchi e verdi).

L'ABC si trova presso la casa di comunità (Cdc) di Ferrara San Rocco ed è finalizzato a trattare problemi di carattere acuto con necessità di risposta immediata e non tratta pazienti in età pediatrica, né donne con problemi ostetrico-ginecologici. Il setting è quello delle cure primarie.

MATERIALI E METODI

Attualmente, i servizi dell'ambulatorio ABC dell'AUSL di Ferrara sono garantiti: tutti i giorni, dalle 08:00 alle 20:00 e sono ad accesso diretto.

La gestione è affidata a un'equipe multiprofessionale formata da medici afferenti all'assistenza primaria a quota oraria e personale infermieristico afferente alla Cdc con la possibilità di eseguire terapie endovenose e iniettive, radiografie ed ecografie ed esami di laboratorio con il Point of Care Testing (POCT) e per il quale è stata fatta apposita formazione teorico-pratica a tutto il personale coinvolto.

È stato fatto un lavoro importante di comunicazione con più di 13 tipologie di attività promozionale per far conoscere il nuovo servizio ai cittadini.

RISULTATI

Il servizio partito con 6 ore giornaliere 7 giorni su 7 alla settimana, ha visto un aumento progressivo del numero di accessi che ha determinato a partire dal 6 marzo una sua estensione h12 che ha portato al raggiungimento al 30.04.23 di un numero totale degli accessi di 3215, con 436 RX, 259 ecografie, 165 esami di laboratorio e 3483 prestazioni infermieristiche.

CONCLUSIONI

L'istituzione dell'ambulatorio ABC per dare piena applicazione del DM77 è parte integrante del nuovo modello organizzativo territoriale, strumento efficace per rispondere in maniera più appropriata alle piccole urgenze della popolazione.

Visto il buon esito e gradimento della cittadinanza oltre ad estendere l'ABC di S.Rocco su 12h si è deciso da Marzo 2023 di aprire una sede di ambulatorio ABC alla Casa di comunità di Comacchio e si prevedono le aperture entro la fine dell'anno di altri 3 ambulatori.

Implementazione di un nuovo percorso pediatrico di adroterapia: I risultati del CNAO

Riccardo Calsolaro¹, Viviana Mutti², Arianna Serra², Alexandra Ferent², Giacomo Pietro Vigezzi¹, Silvia Meneghelo², Sara Tampellini², Ione Chiara Diegoli², Alfredo Mirandola², Mario Ciocca², Sara Imparato², Elisa Domenegati², Elena Bergami³, Sabina Vennarini², Alberto Iannalfi², Ester Orlandi², Anna Odone^{1,2}, Sandro Rossi^{2,4}

*1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli studi di Pavia, Pavia; 2 Fondazione CNAO, Pavia
3 Fondazione IRCCS San Matteo, Pavia; 4 Direttore Generale, Fondazione CNAO, Pavia*

Parole chiave: adroterapia, percorso pediatrico, centro di riferimento

INTRODUZIONE

Il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) di Pavia è una struttura innovativa e tecnologicamente all'avanguardia che dal 2011 tratta pazienti con tumori solidi radiosensibili e radioresistenti non operabili utilizzando protoni e ioni carbonio (adroni).

Con l'inserimento dei trattamenti adroterapici nei Livelli Essenziali di Assistenza nel 2017, il numero dei pazienti trattati è progressivamente aumentato. Recentemente, CNAO ha implementato un nuovo percorso di cura dedicato a pazienti pediatrici provenienti dall'Italia e dall'estero.

CONTENUTI

Al fine di valutare le performance della struttura sono stati analizzati i dati anonimizzati dei pazienti trattati tra il 2017 e il dicembre 2022, considerando la fascia d'età dei pazienti e la durata del trattamento.

Sono stati poi raccolti dati qualitativi relativi all'implementazione del nuovo percorso pediatrico, per il quale è stato individuato un team di specialisti comprendente radioterapisti, radiologi, anestesisti, infermieri, tecnici di radiologia, fisici medici, ingegneri biomedici e psicologi. Insieme all'equipe dedicata il Centro si è occupato di programmare interventi specifici incentrati sul paziente per migliorare l'umanizzazione delle cure e la compliance in tutte le fasi del percorso di cura.

Le attività hanno interessato tutti i dipartimenti della struttura riuscendo ad allestire uno spazio dedicato ai piccoli pazienti e alle loro famiglie e istituendo una rete di collaborazioni con associazioni locali atte a offrire maggiore supporto a famiglie

e pazienti. Su 2.621 pazienti trattati tra il 2017 e il 2021, 54 (2,1%) erano bambini, percentuale che nel 2022 è salita all'8,4% (47 bambini su 557 pazienti). L'età media dei pazienti pediatrici trattati è di 12 anni (range 2-17) e la durata media del trattamento è di 42 giorni (range 21-57), significativamente superiore a quella degli adulti, a causa delle specifiche caratteristiche dei tumori trattati e dei pazienti (tipo di tumore e necessità di sedazione).

Nel 2022 non è stata rilevata alcuna interruzione nel trattamento dei pazienti pediatrici, la cui compliance è migliorata grazie alla crescente expertise di tutto il team dedicato e ad una serie di iniziative tra cui: la sala di degenza pediatrica, maschere per la radioterapia personalizzate e progetti di comunicazione mirati ai bambini comprendenti una fiaba ideata per spiegare il percorso terapeutico e attività di intrattenimento durante la terapia.

CONCLUSIONI

CNAO ha progressivamente migliorato le competenze nel trattamento dei pazienti pediatrici in termini di conoscenze scientifiche, esperienza del personale e organizzazione, aumentando così il numero di trattamenti per anno e dimostrandosi centro di riferimento nella rete di adroterapia pediatrica.

L'implementazione di una stretta collaborazione con le strutture di Riferimento di Oncologia pediatrica presenti sul territorio nazionale ha rappresentato il motore primo per l'avvio di tale percorso, permettendo la costruzione di un PDTA mirato, guidato da un team multidisciplinare dedicato, migliorando la qualità delle cure e la compliance dei pazienti e delle loro famiglie.

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

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

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

Pandemic challenge: telemedicine in good clinical practice

Guarino M.¹, Marisei M.², Bencivenga F.³, Paolo C.³, Napoli A.⁴, Di Lorenzo P.⁵, Casella C.⁶, Capasso E.⁷, Iodice V.⁸, Niola M.⁹, Blasotti A.¹⁰

1 Medico in formazione specialistica in Medicina Legale, Università Federico II di Napoli; 2 Medico Legale, Ricercatore Università degli Studi di Napoli Federico II; 3 Dirigente Medico, Direzione Strategica ASL Caserta; 4 Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"; 5 Professore Associato Medicina Legale, Università Federico II di Napoli; 6 Ricercatore Medicina Legale, Università Federico II di Napoli; 7 Professore Aggregato Medicina Legale, Università Federico II di Napoli; 8 Direttore Sanitario ASL Caserta; 9 Professore Ordinario Medicina Legale, Università Federico II di Napoli; 10 Direttore Generale ASL Caserta

Parole chiave: Telemedicina, Covid-19, Continuità dell'assistenza ospedale territorio

INTRODUZIONE

La pandemia da SARS-CoV2 e lo scenario emergenziale ad essa correlato hanno posto il sistema sanitario territoriale di fronte ad una sfida di carattere sociale, umano e medico, soprattutto dal punto di vista organizzativo. Vi è da dire che l'intero Servizio Sanitario Nazionale ha avuto l'opportunità e la necessità di misurarsi con uno scenario totalmente inedito, dovendo cercare di definire nuovi percorsi di buone pratiche cliniche, in ottemperanza alla vigente Legge Gelli-Bianco. L'ASL Caserta ha da subito avvertito l'esigenza di gestire non solo i pazienti più critici nella rete Regionale Covid-Hospital istituita ma anche di porre una particolare attenzione a quelli domiciliari e ai nuovi casi sospetti sintomatici, che rappresentano il numero più cospicuo. A tal proposito, sono stati istituiti Team multidisciplinari chiamati "Team COVID".

L'Azienda Sanitaria Locale in questione insiste su un territorio di 104 comuni, organizzati in 12 Distretti e 6 Presidi Ospedalieri, con una popolazione di circa 923.000 abitanti. È la terza provincia campana per numero di residenti e la quindicesima in Italia, comprende un territorio molto vasto, orograficamente complesso, e con diversi bisogni assistenziali.

CONTENUTI

L'obiettivo del presente studio è analizzare i risultati ottenuti dai servizi resi in telemedicina da parte dell'ASL Caserta durante il periodo 2020-2023 in merito alla loro conformità all'assioma della sicurezza delle cure. Codificando un metodo di pre-

sa in carico precoce del paziente sintomatico e di effettuazione della visita in telemedicina, è stato implementato un sistema articolato che mira ad ottenere un migliore decorso clinico e ad individuare e adottare buone pratiche cliniche.

I dati sono stati ricavati direttamente dal Team COVID e attraverso la piattaforma SANIARP (acronimo di "SANItà a centralità dell'Assistito e della Risposta Prescrittiva").

Sono state analizzate quattro categorie di dati: indicatori epidemiologici, indicatori di monitoraggio, indicatori di processo e di esito. Tra tutti i dati ottenuti, gli indicatori più rilevanti mostrano che il tasso di presa in carico territoriale è stato del 50,3%, con una mediana di 3 giorni tra comparsa dei sintomi e presa in carico da parte del team, con un 10% delle visite totali rese in modalità di teleconsulto.

Tra tutti i diversi indicatori di esito, il tasso di ospedalizzazione dei pazienti responsabili del Team COVID è stato solo dello 0,6%.

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei risultati emerge un maggiore controllo dei sintomi nelle fasi iniziali, con una gestione domiciliare ottimale grazie all'impiego della telemedicina. Di conseguenza, si riscontra una sinergia positiva tra specialisti del team e medici di medicina generale, con il recupero di un rapporto di fiducia con la popolazione sul territorio, nella direzione di una maggiore sicurezza delle cure: un'organizzazione applicabile ad altre modalità di gestione dell'assistenza domiciliare e da perseguire nel più generico paradigma della prossimità.

Markas e Ospedale San Luigi: innovazione e robotica per la pulizia del futuro



I robot per il cleaning sono ormai una realtà ampiamente diffusa nel mondo del multiservizi e le aziende del settore osservano con grande interesse come questo tipo di innovazione può ottimizzare la qualità dei propri servizi di pulizia. Per questa ragione, Markas ha scelto di puntare su macchinari all'avanguardia come il robot lavapavimenti di ultima generazione **R12-REX CS**.

Grazie alla collaborazione con la direzione dell'ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO), Markas ha testato la macchina nelle aree comuni della struttura, valutandone le potenzialità e i numerosi vantaggi. Come già è

emerso nel corso di altre sperimentazioni condotte da Markas, anche in questo caso si è potuto apprezzare come la macchina, oltre a essere tecnologicamente avanzata, sia in grado di erogare un servizio più efficiente, qualitativamente maggiore e sostenibile.

In più, si è rivelata particolarmente rilevante per l'operatore supportato, ora, in quelle attività ripetitive che richiedono sempre molto tempo semplificando anche il suo lavoro sia nella gestione sia nell'operatività.

È bene notare come l'introduzione di macchinari di questo tipo consenta al personale di specializzarsi e sviluppare una nuova

competenza relativa al saper manovrare macchine specializzate. L'addetto alle pulizie, così, diventa una figura altamente professionalizzata, perché dotata delle conoscenze necessarie per operare con dei macchinari sempre più tecnologici.

È nello spirito di Markas, come azienda orientata al futuro e all'innovazione, investire sulle nuove tecnologie per specializzarsi sempre di più senza mai trascurare la centralità dell'operatore che, con le sue competenze costantemente aggiornate, garantisce ai servizi di cleaning eccellenza e attrattività.

www.markas.com

Evoluzione sostenibile: Copma lancia il primo bilancio di sostenibilità

Copma Scpa pubblica il suo primo bilancio di sostenibilità disponibile sul sito aziendale e che va a sostituire il Bilancio Sociale, edito fin dal 2019.

“La nostra cooperativa è consapevole della crescente importanza e attenzione che la rendicontazione non finanziaria ha assunto negli ultimi anni: crediamo da sempre che i valori e le visioni che ci sorreggono, siano essi stessi il cuore delle nostre azioni” dichiara la Presidente, Silvia Grandi.

“Dal 2019 abbiamo provve-

duto ad una rendicontazione separata, con il Bilancio Sociale - continua Silvia Grandi - che oggi viene integrata e sostituita dal Bilancio di Sostenibilità: sul nostro sito abbiamo pubblicato l'edizione 2022, che a breve a sarà affiancata da quella relativa al 2023.”

Si tratta di un risultato in linea con il raggiungimento degli obiettivi dell'agenda 2030 di Copma, che guida le azioni della cooperativa degli ultimi anni.

Sostenibilità ambientale, giustizia sociale, parità di

genere, legalità, innovazione, diritti delle lavoratrici e dei lavoratori, crescita economica: su tutti questi temi Copma continua a compiere passi avanti, raggiungendo esiti soddisfacenti, come riportato dai risultati tangibili e dai riscontri esterni, sia tramite encomi che certificazioni.

Il Bilancio di Sostenibilità continuerà ad essere affiancato dalla piattaforma di Accountability, accessibile anche questo dal sito della cooperativa.

www.copma.it



S.P.R.I.Z.: il più innovativo e sicuro aspiratore a circuito chiuso per la gestione di grandi volumi di liquidi biologici

IN.CAS. S.r.l., dopo il grande successo degli aspiratori della linea S.H.O.W., presenta la nuova generazione dell'aspiratore a circuito chiuso per grandi volumi di liquidi biologici: S.P.R.I.Z. (Sicurezza-Prevenzione-Rischio-Infezioni-Zero).

S.P.R.I.Z. presenta una serie di caratteristiche esclusive ed innovative:

- 1) protezione antivirale e antibatterica della carrozzeria con ioni d'argento per la riduzione delle Cross-Contamination
- 2) serbatoio ermetico con ULPA FILTER trattiene fino al 99,9995% gli agenti contaminanti (virus, batteri, spore) potenzialmente presenti nell'aria all'interno del serbatoio.
- 3) sistema RFID/TAG automatizza i controlli di sicurezza per azzerare il rischio d'errore umano, controlla la data di scadenza del disinfettante, per escludere la possibilità d'errore d'utilizzo da parte dell'operatore.

S.P.R.I.Z. può essere utilizzato nelle:

- Sale operatorie di Urologia, Ortopedia e Ginecologia
- Terapie Intensive



- Reparti di Degenza
- Dialisi.

S.P.R.I.Z. porta i seguenti benefici alla struttura sanitaria:

- 1) maggiore sicurezza per gli utilizzatori
- 2) nessun sollevamento carichi
- 3) ottimizzazione del personale
- 4) sostenibilità ambientale
- 5) riduzione cross-contamination
- 6) procedure di lavoro più veloci
- 7) azzeramento dell'utilizzo dei contenitori monouso
- 8) riduzione dei costi operativi.

Con S.P.R.I.Z. si riducono i costi di smaltimento dei rifiuti sanitari, gli acquisti dei contenitori monouso per fluidi biologici e i rischi di manipolazione diretta e indiretta si migliora l'efficienza della Struttura Sanitaria

È molto facile da utilizzare, ha un'operatività immediata grazie al monitor touch screen a colori che fornisce anche un'indicazione circa il volume del liquido aspirato e delle condizioni operative.

www.incas-spriz.com

Rispetto normative e sostenibilità ambientali: fondamentali per le imprese che operano in sanità

È l'ormai consolidato sistema di pulizia delle superfici, praticato in tutta Italia dalla ditta LIM di Torino, azienda certificata Made Green in Italy dal 2023. Consiste nella fornitura integrata dei servizi di noleggio, veicolazione, condizionamento e tracciabilità dei mops e dei panni tecnici, nel suo complesso, rispondente ai Criteri Ambientali Minimi dei settori "Cleaning" (DM 29/01/2021) e "Lavaggio Industriale" (DM 9/12/2020). Perseguendo lo scopo di contenere gli impatti ambientali connessi alle attività di pulizia, questo sistema, riduce l'apporto e lo stoccaggio di



sostanze pericolose in ospedale, prevedendo l'impiego di detergente a marchio Ecolabel (UE), già impregnato a secco su tutti i dispositivi tessili realizzati al 100% in microfibra (da fibre riciclate) e certificati ISO 14024.

Questi vengono consegnati pronti all'uso asciutti e contenenti la giusta quantità di principio attivo detergente, riattivabile per contatto con la sola acqua, così da evitare dosaggi e diluizioni effettuate in maniera arbitraria dagli operatori, razionalizzando il consumo di prodotti detergenti e disinfettanti ed i conseguenti imballaggi da smaltire.

Le frange vengono di volta in volta ricondizionate, all'interno di stabilimenti industriali i cui processi sono certificati in base alla norma UNI EN 14065, secondo le linee guida Assosistema, garantendo la perfetta rimozione di ogni traccia di sporco, l'azzeramento della contaminazione batterica delle microfibre, lo smaltimento controllato dei liquidi reflui del lavaggio.

Il processo di trattamento si è attestato al massimo livello di sostenibilità circa l'impiego di acqua ed energia. Periodicamente ed in autonomia da parte del singolo cliente, viene redatto il documento di valutazione di impatto ambientale, supportato dall'impegno della tecnologia RFID.

L'avvio di questo sistema, ha comportato oltre alla registrazione e relativo rilascio di un brevetto di metodo, anche il conseguimento del premio Ecolabel Award 2021 "Rimini, 28 ottobre 2021".

"IL FUTURO DEL NOSTRO PIANETA E' ANCHE NELLE TUE MANI... pensaci!"

www.limlavanderia.it

Professional cleaning per la sicurezza e il benessere



Metodo, protocolli, formazione, soluzioni per ogni tipo di ambiente, prodotti a basso impatto ambientale, verifica, reporting, innovazione: sono gli elementi che caratterizzano il Professional Cleaning di Sodexo, azienda leader nei servizi della qualità della vita, esperta nel cleaning, assistenza, manutenzioni e servizi di ristorazione. Per Sodexo la cura del benessere delle persone è alla base della filosofia aziendale e del modo di agire dei propri collaboratori.

Quando l'attenzione è rivolta ai pazienti delle strutture ospedaliere, il processo di cleaning riveste un ruolo di primaria importanza, in considerazione delle fragilità presenti.

L'obiettivo è quello di garantire pulizia, sanificazione e disinfezione a seconda dei diversi ambienti e del loro livello di rischio per la sicurezza e l'igiene. Ogni ambiente richiede procedure distinte, e l'attenzione per queste specificità sono parte integrante della formazione degli operatori Sodexo.

Inoltre, nelle aree comuni e nelle camere, il personale specializzato opera secondo piani di lavoro concordati rispettando la quotidianità dei pazienti e operatori sanitari.

Per la massima efficienza in termini di sicurezza vengono eseguiti protocolli di verifica anche con strumenti di monitoraggio e controllo in tempo reale per una valutazione oggettiva delle performance. Il Professional Cleaning viene progettato in funzione delle singole necessità dell'Ospedale, partendo dall'ascolto dei bisogni per assicurare i massimi risultati in termini di efficienza, efficacia e sicurezza.

it.sodexo.com

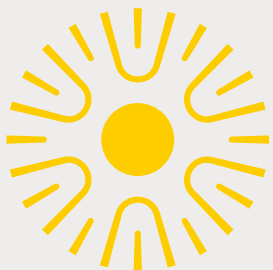
L'EFFICIENZA DIFFICILMENTE PASSA INOSSERVATA.

Un partner unico per soluzioni integrate di facility



 **coopservice**
integrated facility services

www.coopservice.it

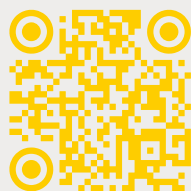


INCAS

Medical Safety
Innovation

s.p.r.i.z.

Il più innovativo e sicuro
aspiratore a circuito
chiuso per grandi volumi
di liquidi biologici



IN.CAS. S.r.l.

Via Staffali, 40/A
37062 - Dossobuono di Villafranca (VR) Italy
Tel. +39 045 8601267
Fax +39 045 8601090

www.incasmed.com
www.incas-spriz.com