

L'OSPEDALE

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

**Adeguamento dell'Ospedale
di Borgomanero al
D.L. 34/2020 (Decreto
Rilancio) e impatto
sull'attività ospedaliera**

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

**Poster
49° Congresso Nazionale
A.N.M.D.O**

**Comunicazioni
49° Congresso Nazionale
A.N.M.D.O**

**Comunicazione
48° Congresso Nazionale
A.N.M.D.O**

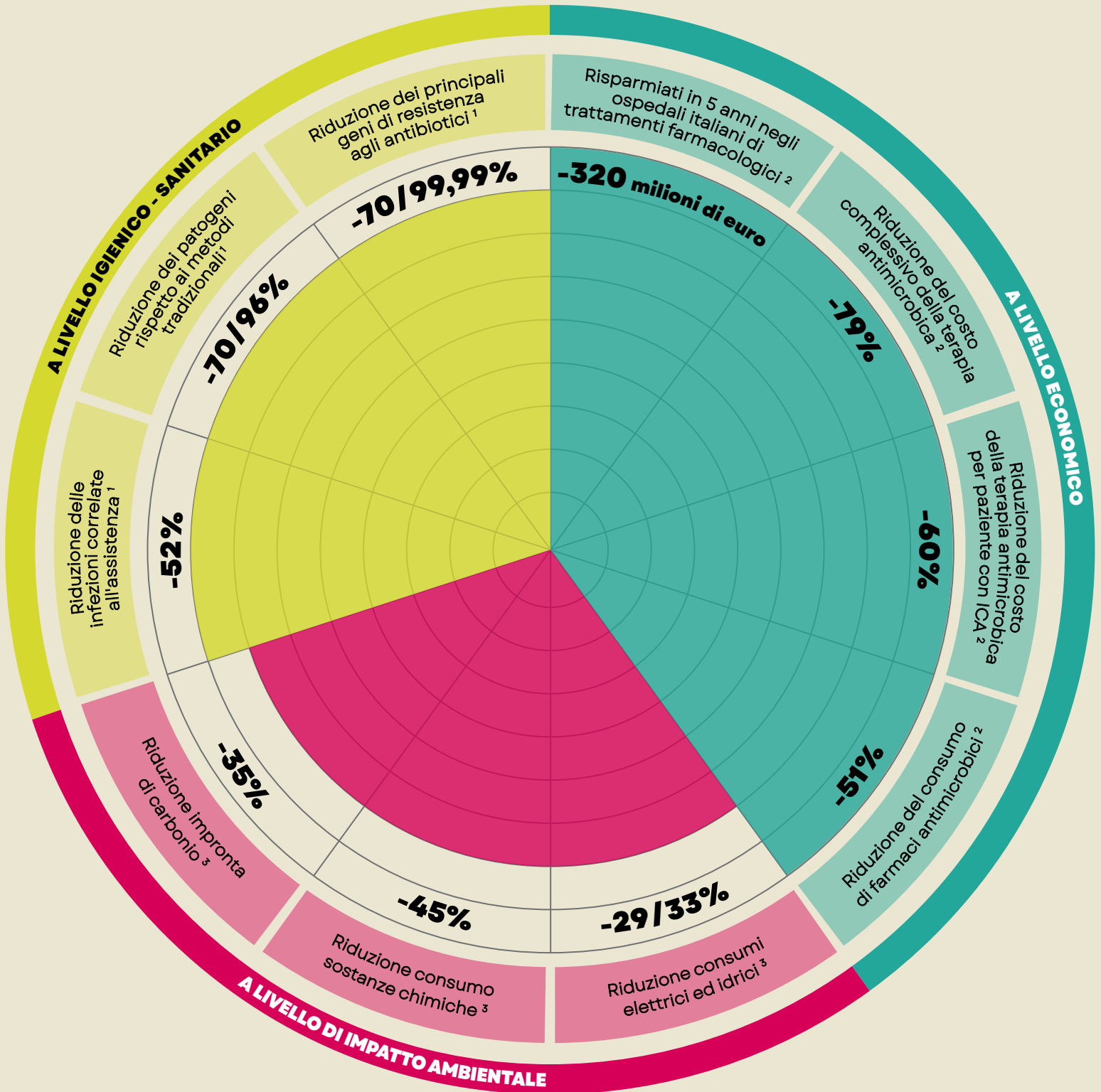
ORIZZONTI



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



COPMA

PCHS



- 4** **Adeguamento dell'Ospedale di Borgomanero al D.L. 34/2020 (Decreto Rilancio) e impatto sull'attività ospedaliera**
Penna A., Zelaschi E., Ceria A., Nucera A., Fontana A., Colombo D., Didino C., Vallana E., Bonelli S., Strota S.
- 10** **Errore medico ed abilità comunicative del professionista sanitario di area critica ospedaliera**
Papa M., Ciaburro S., Pesacane G., Cuccurullo P., Rea T., Carbone C., Capuano A., Vozzella E., Longanella W., Lanzetta R., Mansi L., Fiore B., Schiavone B., Riganti C., Matarazzo G., Zamparelli E., D'Onofrio G., Pecci F., Barbarino A., Manzi C., Vittorioso L., Corvino M., Verdoliva C., Zamparelli B.
- 14** **Poster**
49° Congresso Nazionale A.N.M.D.O
- 21** **Comunicazioni**
49° Congresso Nazionale A.N.M.D.O
- 44** **Comunicazione**
48° Congresso Nazionale A.N.M.D.O
- 46** **ORIZZONTI**

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 77 - Numero 3 - luglio settembre 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. Serrano

Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: I.I. Mura

Comitato di direzione: P. Anello, L. Aprea, R. Arione, A. Battista, M. Chittaro, F. Ciraolo, R. Cunsolo, M.T. Cuppone, C. Di Falco, G. Finzi, K.Kob, R. Lanzetta, 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:

NEW PRESS EDIZIONI

Via della Traversa 22 - 22074 Lomazzo (CO)

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

Adeguamento dell'Ospedale di Borgomanero al D.L. 34/2020 (Decreto Rilancio) e impatto sull'attività ospedaliera

Riassunto

Nell'ambito degli interventi del Piano di riorganizzazione della Rete ospedaliera stabiliti dal Ministero della salute con il D.L. 34 - 2020 per far fronte all'epidemia Sars Covid-19, l'ASL di Novara ha previsto l'esecuzione di lavori per un nuovo reparto di rianimazione articolato su due lotti e per un'area di semintensiva in contiguità con il DEA. La progettazione ed esecuzione dell'intervento si è sviluppata sin dai primi mesi dell'evento pandemico e si è conclusa quando la pandemia era ancora in fase di remissione.

La precocità dell'intervento ha quindi consentito di utilizzare le aree e le tecnologie messe a disposizione negli anni 2021-2023 di ancora elevata circolazione virale, con obiettivo benefico per un più efficace contrasto a livello ospedaliero della pandemia. L'articolo evidenzia come gli interventi realizzati abbiano influenzato l'attività dei reparti (Pronto Soccorso e Rianimazione) oggetto dell'intervento. In entrambi i reparti si è osservato nel quinquennio analizzato (2019-2023) un incremento dell'attività sia nei confronti della tradizionale popolazione di riferimento territoriale sia per mobilità verso quella di altri territori limitrofi.

Penna A.¹, Zelaschi E.¹, Ceria A.¹, Nucera A.², Fontana A.³, Colombo D.⁴, Didino C.⁵, Vallana E.⁶, Bonelli S.⁷, Stroia S.⁷

Azienda Sanitaria Locale Novara: 1) Direzione Generale, 2) Controllo di Gestione, 3) Direzione Medica Presidio, 4) Anestesia rianimazione, 5) Medicina Chirurgia d'Urgenza ed Accettazione, 6) Comunicazione e Relazione Esterne, 7) Servizio Tecnico Patrimoniale

PAROLE CHIAVE:

Covid-19, terapia intensiva, terapia semintensiva, standard ospedalieri.

INTRODUZIONE

Nell'ambito degli interventi del Piano di riorganizzazione della Rete ospedaliera stabiliti dal Ministero della Salute con il D.L. 34 del 19 maggio 2020 (Rilancio) 6 per far fronte all'epidemia Sars Covid-19, l'ASL di Novara ha previsto, presso l'Ospedale S.S. Trinità di Borgomanero, l'esecuzione di lavori per un nuovo reparto di rianimazione articolato su due lotti e per un'area di semintensiva in contiguità con il DEA. Il Decreto ha previsto all'articolo 2: il riordino della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19, l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure al fine di rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle pandemie. Pertanto veniva resa strutturale sul territorio nazionale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva (0,14 posti letto per mille abitanti). Le Regioni avrebbero altresì dovuto programmare una riqualificazione di aree semintensive, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità d'area medica. Con la Deliberazione della Giunta della Regione Piemonte del 12 giugno 2020, n. 7-1492 7 veniva approvato il "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19". Il Piano determinava la nuova dotazione di posti di terapia intensiva, applicando alla popolazione residente al 01.01.2019 pari a 4.356.406, la percentuale di 0,14 posti letto per mille abitanti (610 posti letto). La dotazione di posti letto di terapia semi-intensiva veniva determinata, applicando alla popolazione residente la percentuale di 0,07 (305 posti letto); per la metà dei posti letto di terapia semi-intensiva veniva inoltre prevista la possibilità di conversione in posti letto di terapia intensiva. Pertanto per la Regione Piemonte le Linee di indirizzo del Ministero prevedevano l'incremento di 299 posti letto di Terapia Intensiva e la riconversione di 305 posti letto di Terapia Semintensiva.

L'ASL DI NOVARA

Gli assistiti sul territorio dell'ASL di Novara, in gran parte corrispondente a quello della provincia, sono circa 350.000. Il 44% della popolazione risiede nel Distretto Area Nord che comprende 45 Comuni, mentre nel Distretto Urbano di Novara risiede il 30%; una quota di poco inferiore (26%) risiede nel Distretto Area Sud che comprende 30 Comuni.

L'ASL di Novara dispone di un unico presidio ospedaliero a gestione diretta l'Ospedale S.S. Trinità di Borgomanero, collocato nell'area nord della provincia, il presidio si sviluppa su una volumetria lorda di circa 40.000 mq articolata su più padiglioni di diversa epoca di cui il più antico risale al 1911 e ha subito la maggior parte dell'espansione tra il 1970 e il 2000. Sul territorio provinciale sono inoltre presenti altri presidi ospedalieri tra cui l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Novara, e alcune strutture accreditate. L'Ospedale di Borgomanero è un ospedale spoke con DEA di 1° livello dotato di 226 posti letto, di cui 23 di day hospital/day surgery, distribuiti nelle diverse strutture attive sul Presidio; il presidio eroga circa 12.000 ricoveri/anno e gestisce circa 45.000 accessi in DEA.

In tale contesto gestionale organizzativo che ha consentito in una situazione di elevata prevalenza della malattia 3 di far fronte all'evento pandemico COVID19 con più di 1500 pazienti COVID ricoverati nel presidio, si è inserito il DL 34 e la DGR regionale di conversione che ha assegnato all'Asl di Novara risorse e posti letto. In particolare la Regione Piemonte prevedeva per l'Asl di Novara un quadro economico complessivo di 1.040.527 per lavori e di 840.000 di attrezzature per la realizzazione di 10 nuovi posti letto di terapia intensiva e di 4 posti letto di semintensiva

L'INTERVENTO: PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE

Il primo lotto di lavori è iniziato il 18.12.2020, l'avvio dei lavori in tempi molto accelerati, a poco più di 6 mesi dall'approvazione del decreto Rilancio, è stato reso possibile oltre che da un lavoro intenso e tempestivo dei servizi tecnici e sanitari dell'ASL Novara, anche dalla disponibilità di una progettazione preliminare, avviata sin dai primi giorni dall'insorgenza dell'evento pandemico 5, quando

si è manifestata la necessità di disporre di un numero superiore di posti letto di intensiva, infatti la Direzione Sanitaria fu costretta ad attivare unità di terapia intensiva all'interno del blocco operatorio con le ovvie conseguenze per la operatività chirurgica.

I lavori del primo lotto sono terminati il 27.08.2021, rispettando i tempi previsti con la realizzazione di 6 nuovi posti letto di terapia intensiva che raddoppiavano la capacità ricettiva dell'ospedale di Borgomanero. Il secondo lotto di lavori che prevedeva la realizzazione di ulteriori 4 posti letto di terapia intensiva e di 4 di semintensiva è iniziato il 14.11.2021 ed è stato ultimato a marzo 2024.

Con il completamento del secondo lotto ASL di Novara ha dato piena attuazione a quanto previsto dal Piano regionale in applicazione del DL Rilancio. La progettazione è stata realizzata dalla SC Tecnico Patrimoniale dell'Asl di Novara, in collaborazione con progettisti esterni.

Per la realizzazione dei lavori, l'Asl Novara ha utilizzato gli strumenti contrattuali messi a disposizione dal Commissario Straordinario attraverso l'adesione all'accordo quadro per l'esecuzione dei lavori con il Raggruppamento di imprese: A.B.P. Nocivelli e S.A.L.C. che si è avvalso della collaborazione di altre imprese anche locali. L'intervento per la realizzazione dei nuovi letti di intensiva e di semintensiva è stato realizzato tramite la sopraelevazione di un piano di un fabbricato interrato ricavando così un ampliamento degli adiacenti reparti di Pronto Soccorso al piano terreno e di Rianimazione al primo piano.

Area di Terapia Semintensiva

L'Ospedale S.S. Trinità di Borgomanero non disponeva di un'area di Terapia Semintensiva (TSI) presso la Struttura Complessa di Medicina Chirurgia d'Accettazione e Urgenza (MeCAU) del proprio DEA di 1° livello.

Gli unici posti letto di TSI preesistenti, impiegati in modo consistente in corso di pandemia, sono collocati in aree di degenza medica. In sede di programmazione dell'intervento si è tuttavia valutato che fosse divenuto indispensabile dotare la struttura di un area di TSI per rispondere adeguatamente alla domanda sanitaria dei molti pazienti critici provenienti in Pronto Soccorso, spesso anziani e con patologie diverse che necessitano di un livello

intermedio di intensità di cure, inferiore a quello delle Terapie Intensive, ma superiore a quello delle degenze ordinarie per acuti. La collocazione di unità di TSI presso strutture MeCAU di Ospedali sede di DEA, può giovare infatti delle competenze nell'ambito dell'emergenza/urgenza, della copertura h. 24 del servizio, della continuità di cure con il Pronto Soccorso ed alla possibilità di definire il percorso migliore per ogni paziente dopo i primi giorni di degenza 2.

Altri punti di forza sono poi:

flessibilità: i posti letto attrezzati adeguatamente per la TSI possono essere come previsto convertiti in terapia intensiva o per altre attività ed esigenze del DEA in rapporto alle patologie emergenti o a particolari criticità assistenziali,

multifunzionalità: la TSI può assolvere diverse funzioni per il sistema ospedale, accogliendo pazienti provenienti dal PS, ma anche dai reparti di degenza (step-up) e dai reparti intensivi (step-down). Il modello di TSI della MeCAU configura una unità multifunzionale al servizio del sistema ospedale, quindi, e consente di:

- intercettare precocemente e intervenire elettivamente su pazienti critici con insufficienza d'organo in modo da evitare l'evoluzione verso un'insufficienza multisistemica;
- prendere in carico il paziente critico sin dal PS, proseguendo poi in TSI l'azione di assistenza e cura in collaborazione con i vari specialisti, secondo le necessità cliniche ed i relativi bisogni;
- evitare ricoveri e degenze inappropriati in Terapia Intensiva ed evitare per contro che pazienti a rischio di deterioramento siano collocati in reparti con supporti assistenziali insufficienti;
- contrastare il sovraffollamento in PS trasferendo in TSI i pazienti più complessi e perciò più difficili da gestire in un contesto assai caotico per definizione come quello del PS.

La nuova area, che amplia la superficie disponibile di circa 400 mq, consente di allocare 8 posti letto di cui 4 di TSI con un ulteriore margine di 4 posti letto fungibili. I posti letto sono allocati in 4 camere di cui due da 3 e una 2 posti letto. La realizzazione della nuova area di TSI ha consentito inoltre di realizzare un nuovo percorso di accesso alla MECAU-PS, differenziando i percorsi esterni ed interni anche ai fini di una migliore gestione di emergenze infettive.

Area di terapia intensiva.

La nuova area di Terapia Intensiva incrementa la superficie disponibile del reparto di Rianimazione di circa 500 mq. e si caratterizza per porre al centro il paziente. Negli ultimi anni infatti si è compreso che la sedazione, soprattutto quella profonda, non è priva di complicanze, pertanto la tendenza è quella di ridurre al minimo necessario l'uso dei sedativi. In questo progetto sono molte le attenzioni per ridurre al minimo il disorientamento spaziotemporale: dalla presenza di aperture dirette verso l'esterno da cui filtra la luce naturale (privilegio di poche rianimazioni spesso illuminate solo da luce artificiale fissa), alle luci che cambiano la loro intensità e temperatura seguendo il ritmo circadiano, fino alla presenza degli orologi, visibili da ogni posto letto.

Ai fini di una maggiore sicurezza e di un contenimento del rischio infettivo è stato installato un impianto di condizionamento che garantisce il proprio funzionamento in condizioni di sovrappressione o di depressione a seconda delle esigenze sanitarie, con tre gradi di filtrazione aria/ambiente e un sistema di filtraggio dell'aria di tipo elettrostatico.

Ognuno dei letti è dotato di uno schermo che, oltre a trasmettere i programmi televisivi, permette di interagire con i familiari.

Nell'open space sono state collocate tende auto-sanificanti che scendono dal soffitto, isolando quando necessario ogni unità paziente dalle altre. Importanti i vantaggi anche per gli operatori, che hanno l'accesso diretto agli applicativi aziendali e alle informazioni cliniche del paziente direttamente al posto letto, semplificando la registrazione dei parametri, la compilazione della cartella o l'accesso alle immagini radiologiche.

Si è studiata un'ergonomia di lavoro migliorata, per un facile accesso alla testa del letto, zona cruciale in terapia intensiva e spesso troppo affollata di apparecchiature e dispositivi.

Un'attenzione all'ergonomia che si riflette anche nella scelta di aver predisposto ad ogni posto letto l'ausilio del solleva-malati per facilitare il nursing e la movimentazione del paziente. Il bancone con il monitoraggio è utilizzabile da ambo le parti per facilitare le consegne o il briefing di reparto, pur essendo al contempo vicino al posto letto, nel centro dell'azione.

ATTIVITÀ DELLE STRUTTURE OGGETTO DI INTERVENTO NEL QUINQUENNIO 2019-2023

I lavori di ampliamento dei reparti di Rianimazione e del MECAU-PS che si sono sviluppati sin dalle fasi iniziali della pandemia Covid 1, hanno garantito per la Rianimazione la disponibilità di posti letto aggiuntivi tra la fine del 2021 e il 2022 in una fase di ancora pesante circolazione virale e si sono conclusi alla fine del 2023, quando l'evento pandemico era fortunatamente in fase di progressiva remissione. L'analisi dell'attività dei due servizi descritta nelle figure seguenti intende fornire spunti di riflessione sull'impatto dell'interazione tra andamento pandemico, esecuzione dei lavori e messa a disposizione di nuovi posti letto sull'attività dell'ospedale.

Accessi in Pronto Soccorso

Il grafico 1 illustra l'andamento degli accessi nel Pronto Soccorso dell'Ospedale S.S. Trinità di Borgomanero nel quinquennio caratterizzato dall'evento pandemico Covid 19. Come si evince dal grafico gli accessi che nel 2019 (pre-Covid) si attestavano su un valore di 46.838, hanno subito, come in molti altri ospedali, una drastica riduzione di circa il 30% nel primo anno pandemico, per poi risalire gradualmente negli anni 2021 e 2022 e ritornare nel 2023 ai valori pre-pandemici. Il grafico illustra anche l'andamento degli accessi non seguiti da ricovero che non ha subito nel quinquennio particolari variazioni del rapporto rispetto al numero totale degli accessi. La tabella 1 illustra il numero di prestazioni effettuate nel quinquennio studiato e la media del numero di prestazioni per singolo accesso. L'andamento delle prestazioni effettuate rispecchia l'andamento degli accessi con una riduzione significativa nel 2020 e una ripresa progressiva negli anni successivi. Il numero medio delle prestazioni nel biennio 2020-2021 è stato di 9,6 per ogni accesso, questo dato è significativamente superiore a quello rilevato nell'anno 2019 e negli anni 2022 e 2023. Nel 2023 per ogni accesso in PS sono state infatti effettuate circa 8,5 prestazioni per un totale di 397.132, un numero superiore a quello registrato nel 2019 a fronte di un numero lievemente inferiore di accessi rispetto allo stesso 2019.

Il Grafico 2 descrive la provenienza per residenza

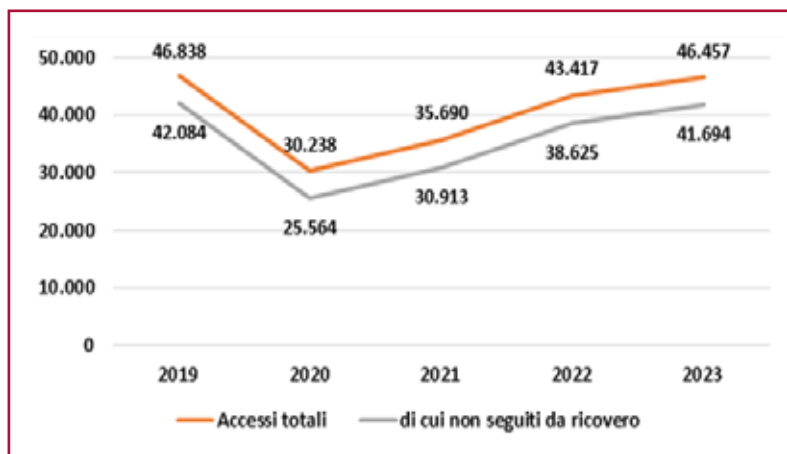


Grafico 1: N. accessi in Pronto Soccorso nel periodo 2019-2023

ANNO	N° prestazioni	Media prestazioni
2019	373.164	8,0
2020	291.426	9,6
2021	343.331	9,6
2022	375.569	8,7
2023	397.132	8,5

Tabella 1: N. Prestazioni effettuate in Pronto Soccorso nel periodo 2019-2023

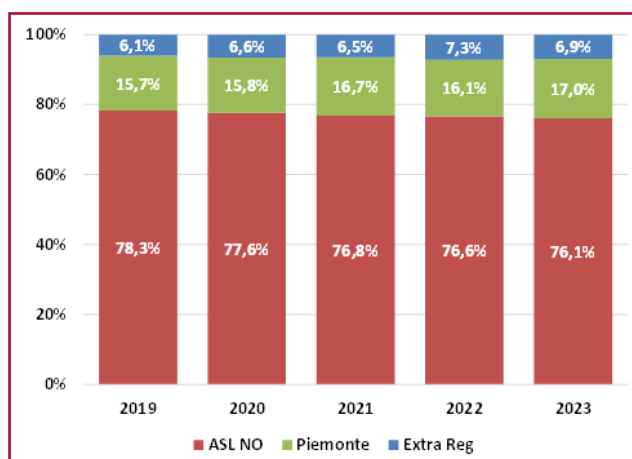


Grafico 2: percentuale di accessi in Pronto Soccorso nel periodo 2019-2023 per residenza

dei pazienti che hanno avuto almeno un accesso negli anni oggetto dell'analisi. Dal grafico si evince che circa un quarto degli accessi al Pronto soccorso dell'ospedale di Borgomanero è di cittadini residenti al di fuori del bacino di competenza di ASL

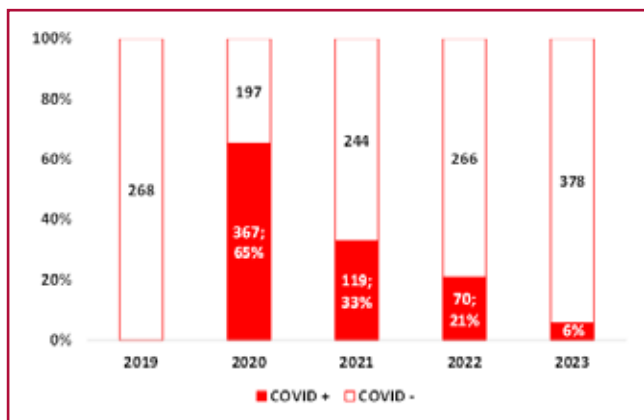


Grafico 3: N. ingressi in Terapia Intensiva nel periodo 2019-2023 di pazienti COVID e NO COVID

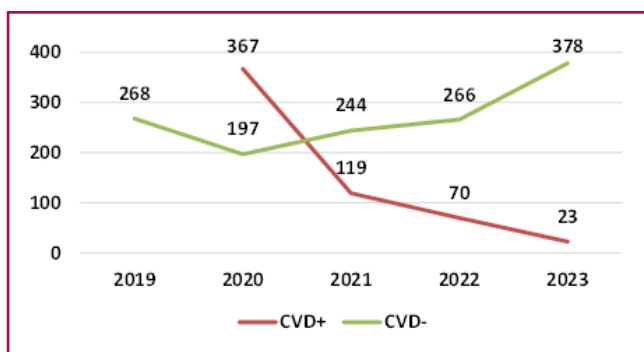


Grafico 4 : N. ingressi in Terapia Intensiva nel periodo 2019-2023 di pazienti COVID e NO COVID

Novara in particolare Il 76.1% dei 46.457 accessi registrati nel 2023 sono stati effettuati da residenti dell'ASL NO, il 17% da residenti in altre ASL del Piemonte il rimanente 6.9% per residenti in altre Regioni o non residenti Italia. Nel periodo oggetto dell'indagine il numero di cittadini non residenti

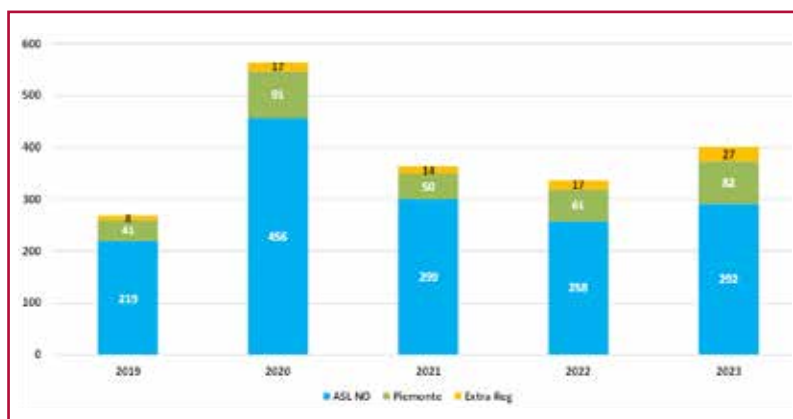


Grafico 5: N. ingressi in Terapia Intensiva nel periodo 2019-2023 per residenza dei pazienti

nel territorio ASL è progressivamente cresciuto di oltre 2 punti percentuale dal 21.8% al 23.9%.

Ingressi in Terapia Intensiva

Il numero di ingressi (Ricoveri e Trasferimenti) in Terapia Intensiva è passato dai 268 registrati nel 2019 ai 401 del 2023. Tra il 2020 e il 2022 nel corso dell'emergenza pandemica, si è registrato un forte incremento di ingressi in terapia intensiva, in particolare nel 2020, durante il picco pandemico, gli ingressi, rispetto al 2019, sono più che raddoppiati (da 268 a 564). I pazienti COVID in TI sono stati infatti 367 (65%) nel 2020, 119 (33%) nel 2021 e 70 (21%) nel 2022, mentre nel 2023 si sono ridotti a 23 pari al 6% dei 401 registrati. Nel corso del 2020 e 2021, la dotazione di 6 posti letto di TI non consentì una collocazione di tutti i pazienti COVID da ventilare nella sola area di intensiva dell'Ospedale, ma come in altre realtà ospedaliere italiane si trasformarono le sale del blocco operatorio principale in sale di rianimazione. In particolare vennero mantenute attive due sale operatorie presso la seconda area operatoria nel Dipartimento materno infantile per le attività chirurgiche oncologiche e di emergenza, ricavando nel blocco operatorio, in rianimazione e in UTIC, 24 postazioni di terapia intensiva di cui 20 per pazienti COVID 8. Nel 2022 a seguito della conclusione del primo lotto di lavori ha potuto essere attivata la nuova area di degenza intensiva di 6 nuovi posti letto. La disponibilità della nuova area di degenza e la contestuale riduzione dei ricoveri COVID ha consentito di fare fronte nel corso d'anno a 336 ingressi in TI di pazienti NO COVID e COVID, numero significativamente superiore a quello registrato nel periodo precovid, senza necessità di utilizzare postazioni rianimatorie nel blocco operatorio, nel frattempo ritornato alla sua ordinaria attività. Nel 2023, a fronte di un'ulteriore riduzione dei pazienti COVID, l'attività della TI si è consolidata in più di 400 ingressi.

Grafici 3-4: N. ingressi in Terapia Intensiva nel periodo 2019-2023 di pazienti COVID e NO COVID Nel quinquennio in esame gli ingressi in terapia intensiva di cittadini non residenti nel territorio di competenza di ASL Novara (grafico 5) è raddoppiato passando dai 49 del 2019 (18,2%) ai 109 del 2023 (27,1%) L'incremento di ingressi di residenti fuori Asl si è registrato anche nel triennio 2020-2022 ma nell'ultimo anno si è ulteriormente consolidato.

CONCLUSIONI

L'attività delle strutture di Rianimazione e di Medicina e Chirurgia d'Urgenza Accettazione dell'Ospedale di Borgomanero, nel quinquennio segnato dalla pandemia COVID 19, ha avuto per alcuni aspetti un andamento simile a quello registrato negli altri ospedali del Nord Italia dal Ministero della Salute e dalla Regione Piemonte, tuttavia è stata anche caratterizzata da alcuni elementi di peculiarità.

Il primo elemento di peculiarità è rappresentato dalla opportunità di concretizzare in tempi rapidi gli interventi strutturali finanziati dal D.L. 34 del 2020. Questo ha consentito di ampliare in modo strutturale e non solo emergenziale la dotazione di posti letto di TI ancor prima della remissione dell'evento pandemico.

Il secondo elemento di peculiarità è che la dotazione prevista dalla Regione ed attuata dall'Azienda ha più che raddoppiato i posti letto di TI dai 6 presenti nel 2019 ai 16 del 2023, riorientando strutturalmente l'Ospedale verso una maggiore e più qualificata risposta al paziente critico.

Il terzo elemento, relativo ai lavori eseguiti presso il DEA, è costituito da una maggiore adeguatezza del Pronto Soccorso attraverso: l'incremento delle aree di diagnosi e cura, la duplicazione e separazione dei percorsi di accesso rispetto all'unico preesistente e l'avvio di un'attività di semintensiva mai in precedenza utilizzata in quel contesto.

I dati di attività del quinquennio suggeriscono che quanto programmato e realizzato possa già aver avuto un impatto sull'attività delle due strutture oggetto di intervento e più in generale del nostro ospedale. Dopo gli anni di emergenza COVID che hanno inciso pesantemente sull'attività ospedaliera, nel 2023 i ricoveri in TI si sono attestati su valori superiori a quelli registrati negli anni prepandemici. Su questo andamento hanno probabilmente avuto un ruolo fattori diversi: la regressione pandemica e la minore necessità di posti letto di TI per pazienti critici COVID, la ripresa dell'attività chirurgica a pieno regime con interventi di crescente complessità, l'incremento nell'utilizzo del DEA e dell'Ospedale come riferimento per le urgenze di un bacino più ampio rispetto a quello di riferimento territoriale. Quest'ultimo aspetto è documentato dall'incremento dell'attività in favore di cittadini non residenti che nel 2023 hanno rappresentato

quasi un quarto dell'utenza del DEA e quasi un terzo dell'utenza della Rianimazione.

Le tabelle e i grafici documentano un'attività che tiene conto dei lavori realizzati solo con il primo lotto di interventi, mentre il secondo lotto con la messa a disposizione di ulteriori 4 letti di TI e di 4 di TSI, solo di recente completato, dovrà essere valutato a partire dalla seconda metà del 2024, sia come area di garanzia per eventuali ulteriori emergenze, sia come opportunità di sviluppo per la programmazione regionale e aziendale.

BIBLIOGRAFIA

1. Carosi G, Cauda R., Pession A., Antonelli G. *La pandemia di COVID-19 in Italia in Harrison Principi di Medicina Interna 20° edizione italiana 2021: 1-44.*
2. Cibinel G.A., Elia G., Capecchi M., De Pietri S., Guiotto G., Noto P. *Standard di riferimento 2021 per le unità di Medicina di Emergenza Urgenza (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) nella rete ospedaliera italiana. Modelli organizzativi e personale. Policy Statement SIMEU Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU 29 maggio 2021. www.simeu.it*
3. *Istituto Superiore di Sanità Prevalenza e distribuzione delle varianti di SARS-CoV-2 di interesse per la sanità pubblica in Italia Rapporto I.S.S. n. 15 del 10 dicembre 2021*
4. *Ministero della Salute. Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2020-2021-2022 <http://ww.salute.gov.it>*
5. Penna A. *Gli interventi di implementazione delle aree intensive ospedaliere. Corso ANMDO Piemonte 2022. La programmazione della Regione Piemonte e i piani aziendali. Torino Casa di Cura Pinna Pintor 16 dicembre 2022.*
6. *Presidenza del Consiglio dei Ministri. Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34. Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Gazzetta Ufficiale n. 128 del 19/05/2020*
7. *Regione Piemonte Deliberazione della Giunta del 12 giugno 2020, n. 7-1492 "Emergenza COVID-19. Approvazione del Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi dell'art 2 del d.l. 34/2020" Bollettino Ufficiale n. 28 del 9 / 07 / 2020*
8. *Zoja R., Grasselli G., Ingravallo F., Petrini F., Pulice E., Riccioni L.. Indicazioni alla terapia intensiva in situazioni di sproporzione tra richiesta e risorse disponibili: il documento congiunto SIAARTI-SIMLA. 75 Congresso nazionale SIAARTI ICARE. Roma 14-16 ottobre 2021.*

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

Riassunto

Gli Autori, sottolineano l'importanza di buone abilità comunicative dei professionisti sanitari per la prevenzione dell'errore medico e presentano l'iniziativa portata avanti dalla SIRiC, Società Italiana Rischio Clinico insieme con la Sezione campana del l'ANMDO, Associazione Nazionale Medici di Direzione ospedaliera, di organizzare un gruppo di lavoro per lo studio dell'errore medico in area critica ospedaliera collegato a difetti di comunicazione. Gli Autori propongono un questionario riservato a medici ed infermieri di area critica elaborato con il supporto del Dipartimento di Scienze Sociali del l'Università Federico II di Napoli e con il CIRPS, Centro Interuniversitario di Ricerca per lo Sviluppo Sostenibile che concorrono a costituire il gruppo di lavoro.

Papa M.^{1,2}, 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.¹², Verdoliva C.¹², Zamparelli B.¹

SIRiC¹, Direzione medica Clinic Center, Napoli², Ordine delle Professioni Infermieristiche, Napoli³, Direzione sanitaria AOU Ruggi, Salerno⁴, Direzione sanitaria AO Moscati, Avellino⁵, CIRPS Centro Interuniversitario di Ricerca per uno Sviluppo Sostenibile⁶, Dip.Sc. Soc. Univ. Federico II di Napoli⁷, Direzione medica Pineta Grande Hospital, Castel Volturno (CE)⁸, Direzione medica Policlinico Federico II di Napoli⁹, Direzione sanitaria AO Cardarelli, Napoli¹⁰, Direzione sanitaria AO Caserta¹¹, Direzione strategica ASLNA1Centro¹²

Una insoddisfacente qualità della comunicazione in ambito ospedaliero contribuisce in maniera chiara ed accertata da numerosissimi studi, alla determinazione di errori medici.

La comunicazione, quella verbale, è il processo attraverso cui le persone si scambiano le informazioni, i propri pensieri e consta non solo della notizia in sé, cioè di quello che si dice, ma anche del modo in cui la si dice, la gestualità che la accompagna ed il tono di voce che si assume; un processo apparentemente semplice, perché tutti, indipendentemente dal grado di cultura, siamo in grado di farlo; non tutti, però, siamo altrettanto capaci di esprimere al meglio il nostro pensiero tenendo anche conto di chi, in quel momento, è il nostro interlocutore, in pratica di chi ci ascolta.

L'utilità della comunicazione, il suo stesso senso, si manifesta solo allorché c'è qualcuno che ascolta, soprattutto che vuole ascoltare; se mancano gli ascoltatori mancano gli effetti della comunicazione; sembrerebbe ovvio, ma non lo è! Il National Quality Forum¹ (USA) definisce un problema di comunicazione come "un errore o insuccesso nello scambio di pensieri, messaggi o informazioni, attraverso il linguaggio, segni, scritti o comportamenti".

Vari studi internazionali hanno dimostrato un importante nesso di causalità tra errore medico ed errore di comunicazione; allo stesso modo è certo ed ampiamente dimostrato che programmi di miglioramento della qualità della comunicazione nelle sue varie articolazioni, sono in grado di ridurre la percentuale di errori medici.

La Joint Commission² ha rilevato nel 2011 che su 1243 eventi sentinella segnalati negli USA, gli errori nella comunicazione costituivano il terzo fattore contribuyente.

Lo studio "Changes in Medical Errors after imple-

mentation of a Handoff Program” di Amy Stamer e Coll³, testimonia come il miglioramento del passaggio di informazioni tra medico e paziente e tra professionisti sanitari possa ridurre in misura ragguardevole la percentuale di errori e di eventi avversi.

Un ulteriore studio di Hannawa A.⁴ condotto in ospedali svizzeri ha fatto rilevare come due terzi dei decessi possano essere evitati migliorando la comunicazione con il paziente e tra professionisti sanitari.

Analogamente una ricerca condotta negli USA dal National Cancer Institute⁵ testimonia come il 50% degli errori medici potrebbero essere evitati migliorando la comunicazione tra i professionisti sanitari e i pazienti oncologici, con un intervento multidimensionale che comprende la formazione dei medici alla comunicazione con i pazienti, il coinvolgimento attivo di un caregiver per supportare il paziente nelle scelte relative al suo percorso assistenziale ed un servizio di “navigazione” nel sistema sanitario approntato dall’ospedale.

Nel 2015 Il Ministero della Salute, in un rapporto⁶ che prende in considerazione gli eventi sentinella nel periodo 2005-2012 segnalati al SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità), ha ulteriormente convalidato la tesi di un rapporto diretto stretto tra errori medici e difetti nella comunicazione rappresentando, secondo lo studio, la prima causa di eventi avversi.

Un altro studio di John Ovretveit⁷ dell’Università Karolinska di Stoccolma ha preso in considerazione il cruciale momento del passaggio di consegne al cambio turno tra medici e infermieri, e la delicata fase del trasferimento di un paziente da un reparto ad un altro; l’applicazione di uno schema di comunicazione condiviso tra

gli operatori dei servizi di origine e di destinazione dei pazienti, ha consentito di verificare una diminuzione del 30% degli errori.

Proprio su questo tema il Centro Gestione Rischio Clinico della regione Toscana sta portando avanti un progetto di ricerca per l’implementazione del Handover in numerosi ospedali toscani.

Nel 2015, Donaldson⁸, responsabile della Sicurezza delle Cure dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, nel convegno *“The golden bridge: communication and patient safety”* organizzato a Firenze dall’Associazione Internazionale per le Scienze della Comunicazione e la Medicina (Iscome) affermò *“ogni anno 43 mln pazienti subiscono danni da cure sbagliate in ospedale con possibilità di ridurli fino al 50% se migliora la comunicazione tra gli operatori”*, dando ulteriormente forza alla convinzione ormai diffusa e generalizzata di quanta importanza rivesta la comunicazione nella gestione del sistema sanitario.

Alla luce di quanto in premessa, la SIRiC, Società Italiana Rischio Clinico, insieme con la Sezione campana del l’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 del l’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, Ospedale san Giovanni Bosco di Napoli con la relativa UOC di Programmazione sanitaria della ASL Napoli 1 Centro, Pinetamare Hospital, Clinic Center di Napoli.

All'iniziativa aderisce anche la Direzione strategica della ASL Napoli 1 Centro con gli ospedali di riferimento. I direttori responsabili delle strutture arruolate 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 news⁹, prognosi infauste ecc.

Gli Autori, nel definire i confini di un'Area Critica, non sempre facilmente ed univocamente riconosciuti, decidono di adottare la definizione fornita dal l'Aniarti¹⁰: *"insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità e dalla instabilità della Persona e della complessità dell'intervento infermieristico ovunque esse si manifestino"*.

Si tratta in definitiva di fornire assistenza ad un paziente in condizioni gravi o medio-gravi, instabile, che necessita di alta intensità di cure, di continuo monitoraggio e dell'utilizzo di tecniche invasive.

Sarebbe ovviamente opportuno che le varie unità operative ospedaliere chiamate a svolgere tali funzioni fossero coordinate in una organizzazione dipartimentale (Dipartimento di Area Critica) in grado di favorire la comunicazione e la collaborazione tra di esse senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, e di sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico- terapeutico del malato. Il Dipartimento deve porsi l'obiettivo di: fornire h24 assistenza anestesiológica per tutte le attività operatorie ed interventistiche di elezione e di urgenza, comprese quelle di alta complessità; garantire la terapia intensiva e subintensiva post operatoria; provvedere all'assistenza anestesiológica per le sale operatorie, ivi comprese quelle dedicate

alla day surgery alla chirurgia ambulatoriale e per le procedure radiologiche; effettuare terapia antalgica per il trattamento del dolore peri e postoperatorio Il Dipartimento talvolta comprende anche la Terapia Intensiva Neonatale che, in taluni casi risultano aggregate a dipartimenti diversi. Alla luce di quanto premesso l'Area critica deve comprendere: la Terapia Intensiva e la Rianimazione, la Terapia Intensiva Coronarica, il Pronto Soccorso, il Pronto soccorso Pediatrico, la Terapia Intensiva Neonatale, il Centro Ustionati, la Camera Iperbarica, il complesso delle sale operatorie, il Servizio 118.

Il questionario, elaborato dagli Autori con il supporto di esperti (Dipartimento Scienze Sociali dell'Università Federico II di Napoli; Centro Interuniversitario di Ricerca per lo Sviluppo Sostenibile), e riservato a medici ed infermieri di Area critica, si articola in varie sezioni: la prima, denominata "di autovalutazione" tende, anche se in maniera sintetica, a fare in modo che il professionista, medico o infermiere operante in area critica, dia una prima valutazione delle proprie abilità comunicative.

Gli viene poi richiesto, nella seconda Sezione, di esprimere giudizi in merito alla qualità del "clima collaborativo" della struttura in cui opera; gli viene poi ancora chiesto, nella Sezione "Metodologie comunicative in uso in reparto per la prevenzione dell'errore medico", se siano in uso nell'unità operativa di assegnazione e/o nell'ospedale, tecniche, metodiche di buona comunicazione, procedure scritte atte a prevenire l'errore medico; l'ultima Sezione "Valutazione della soddisfazione personale" tende a verificare lo stato di soddisfazione lavorativa del professionista cercando di identificare eventuali condizioni di disagio lavorativo.

Il questionario, online, può essere compilato dall'interessato dopo aver ricevuto via mail uno specifico link.

Gli esiti del sondaggio, saranno oggetto di una specifica trattazione e risulteranno estremamente utili per orientare le iniziative del gruppo di lavoro nel campo della formazione alla comunicazione dei professionisti sanitari con particolare attenzione alla comunicazione me-

dico-paziente (utilizzo delle tecniche comunicative maggiormente in uso: protocollo SACCIA¹¹, protocollo SPIKES¹² per le comunicazioni difficili, protocollo SBAR¹³ per le comunicazioni tra professionisti sanitari all'interno dell'ospedale). Altre iniziative diverranno oggetto di interesse del team nel vasto campo degli errori medici connessi ad errori della "comunicazione scritta" (cartella clinica, prescrizioni farmacologiche, lettera di dimissione ecc.), non trascurando infine il prezioso apporto che può fornire alla causa una corretta comunicazione istituzionale aziendale attraverso due potenti strumenti operativi quali l'Ufficio Stampa e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Alle direzioni strategiche delle aziende sanitarie¹⁴ spetta il compito ineludibile di attivare iniziative per la diffusione sistematica del Clinical Risk Management, stimolando la partecipazione attiva e consapevole di tutto il personale di ogni ordine e grado.

BIBLIOGRAFIA

1. National Quality Forum, "Effective Communication and Care Coordination" 2012
2. Joint Commission "Communicating Clearly and Effectively to Patients. How overcome Common Communication Challenges in Health Care" 2018
3. Stamer A, e coll. "Changes in Medical Errors after implementation of a Handoff Program ". *New Engl. Med.J.* 2014
4. Hannawa AF, Günther Jonitz: *Neue Wege für die Patientensicherheit: Sichere Kommunikation – Evidenzbasierte Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der medizinischen Praxis.* *GMS J Med Educ.* 2017; 34(5): Doc51.
5. Street L, Mazor K, Arora N, "Assessing Patient-Centered Communication in Cancer care. Measures for Surveillance of Communication Outcomes." *J.Oncol. Pract.* 2016
6. Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari - relazione di fine legislatura. Gennaio 2013
7. John Ovretveit, "Quali interventi sono efficaci per migliorare la sicurezza dei pazienti? Una revisione della ricerca sulle prove d'efficacia". *Karolinska Institutet* 2008
8. Iscome. Associazione Internazionale per le Scienze della Comunicazione e la Medicina. "The golden bridge: communication and patient safety". Firenze 2015
9. Ptacek J, Eberhardt TL "Breaking bad news. A review of literature" *Jama*, 1996
10. Aniarti, 2018
11. Hannawa AF, "SACCIA Safe communication: Five Core Competencies for Safe and High Quality Care" *Journal of Patient Safety and Risk Management.* 2018
12. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. "SPIKES – "A six-step protocol for delivering bad news" Application to the patient with cancer." *The Oncologist* 2000;5:302-11.
13. Cornell P, Gervis M, et al. "Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding". *Med Surg Nurs* 2014;23:334-42.
14. Verdoliva C, "Patient Safety. Il futuro è già il presente" 2019



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



Le differenze di genere: gli operatori del sistema sanitario sono pronti ad affrontarle?

Ragusa R*, Nicoletti A°, Leonforte F, Cicero C.E.°, Lazzara A*****

*Promozione della Ricerca, °° Programma Infradipartimentale Malattie neurodegenerative, **Direzione Medica di Presidio P.O. "G. Rodolico", ° U.O. Clinica Neurologica, ***Direttore Sanitario

A.O.U. Policlinico "G. Rodolico – San Marco", Catania

INTRODUZIONE

La necessità di una attenta valutazione e considerazione di sesso/genere in medicina, sanità e ricerca è sempre più evidente e riconosciuta ed è appurato come sia importante considerare nella ricerca preclinica e clinica gli aspetti relativi sia al sesso biologico, sia al genere, con riferimento agli aspetti psico-sociali e culturali.

In seguito all'art. 3 della legge 11 gennaio 2018, n. 3 "Applicazione e diffusione della Medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale", la Regione Siciliana ha emanato un "Piano regionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere" (D.A. 307 del 15 aprile 2020) che indica come nella prevenzione, diagnosi e cura si debba tenere conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Abbiamo voluto verificare se il personale che opera all'interno di un Policlinico Universitario conosce il ruolo del sesso e genere nelle differenti patologie ed è pronto ad eventuale assistenza verso soggetti che non si identificano nel sistema binario.

CONTENUTI

È stata avviata una **survey** tramite un questionario di **27 domande a risposta chiusa** riguardanti le conoscenze, la sensibilità alla tematica, le attitudini e pratiche nel trattamento dei pazienti appartenenti a minoranze sessuali e di genere. Il questionario è stato proposto ai dipendenti dell' AOU Policlinico di Catania appartenenti a varie categorie professionali che operano a contatto con i pazienti (medici, infermieri, medici in formazione, operatori sanitari). Il questionario è stato consegnato in busta chiusa accompagnato da una lettera di presentazione e richiesta di consenso e restituito anonimo in busta chiusa.

È stato valutato il numero dei dipendenti suddiviso per sesso e fasce di età per calcolare il numero di soggetti da invitare. Il questionario prevedeva una serie di dati generali (profilo professionale, sesso ed età del dipendente) e si articolava in 4 parti:

PARTE I – Conoscenze sulla MEDICINA DI GENERE

PARTE II – Sensibilità dei confronti delle TEMATICHE di genere in medicina

PARTE III – ATTITUDINI E PRATICHE NEL TRATTAMENTO dei pazienti appartenenti a minoranze sessuali e/o di genere

PARTE IV – ATTEGGIAMENTI nei confronti delle minoranze sessuali e di genere

Sono state selezionate Unità operative che operano ricoveri di adulti di entrambi i sessi. Sono stati esclusi i reparti di Pediatria, Neonatologia, Terapie intensive di qualsiasi tipo, Pronto Soccorso, ostetricia e sala parto. I risultati dei questionari sono stati analizzati per categorie professionali, sesso ed età. Sono stati invitati circa 300 dipendenti di differenti Unità operative di due presidi.

Sono stati restituiti 117 questionari correttamente compilati (39%).

Inizialmente i questionari sono stati inviati al Coordinatore Infermieristico che li avrebbe dovuti distribuire a tutto il personale della Unità Operativa di afferenza. In una seconda fase sono stati distribuiti direttamente dai medici che avrebbero operato l'analisi.

La fascia di età che ha risposto con maggiore rappresentatività è la fascia 20-30 anni che è circa il 13% dei dipendenti, mentre coloro che hanno mostrato meno interesse sono i dipendenti 41-50 che rappresentano un terzo dei dipendenti.

ANALISI Questionari

PARTE I – Tutti hanno indicato che la medicina di genere è "lo studio delle differenze fra le funzioni vitali e sociali di uomini e donne che determinano risposte differenti fra i due sessi alle medesime malattie". Il **7%** dei questionari riportava che la medicina di genere non sia importante. Il **62%** conferma che c'è una insufficiente conoscenza dei determinanti che producono le differenti modalità di comparsa delle malattie nei due generi.

PARTE II - Il **69%** degli intervistati pensa che l'identità di genere sia un determinante sociale di salute, il 70% ritiene che la medicina di genere debba occuparsi non solo di uomini e donne, ma anche delle minoranze sessuali e di genere, oltre che etniche e culturali.

PARTE III - IV - Più della metà degli intervistati suggerisce che non ha ricevuto una adeguata formazione per lavorare con pazienti LGBTQ+ anche se si sente competente nel valutare pazienti transgender allo stesso modo di un paziente cisgender. Il **43%** è a conoscenza delle evidenze scientifiche che dimostrano come le persone LGBTQ abbiano generalmente un carico maggiore di patologie fisiche e mentali rispetto alle persone cisgender/eterosessuali. Il **30%** non si trova a proprio agio a gestire un paziente LGBTQ in un setting terapeutico. Il **60%** afferma che personalizzerebbe le proprie scelte diagnostico/terapeutiche sulla base dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere di un paziente.

L' **84%** degli operatori ritiene che sia importante, per il personale medico e sociosanitario, essere addestrato nel corretto uso della terminologia e dei concetti relativi alla identità di genere ed all'orientamento sessuale.



CONCLUSIONI

Il Sistema Sanitario non è ancora pronto ad affrontare le malattie per genere

È emerso un importante **bisogno informativo**, e talvolta scarso interesse, da parte di tutte le categorie intervistate. La **parità di genere** è uno tra gli obiettivi per lo sviluppo sostenibile inseriti nell'Agenda 2030 dell'ONU ma ancora molto deve essere costruito in ambito sanitario, soprattutto a livello culturale. Le **direzioni strategiche** e le **unità dedicate allo sviluppo della ricerca e comunicazione** dovranno impegnarsi a promuovere la **formazione aziendale sulla medicina di genere**. Sarà necessario costruire e divulgare **procedure/protocolli** che nella prevenzione, diagnosi e cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità con personalizzazione dei percorsi e soluzioni innovative nella presa in carico dei pazienti. **Psicologi ed assistenti sociali** potrebbero sostenere un rapporto di confidenza e fiducia tra paziente ed operatori.

Parole Chiave: presa in carico, appropriatezza, boarding

INTRODUZIONE

La riorganizzazione dell'U.O. di Medicina Interna del P.O. di Andria ha permesso grazie al progetto A.M.A. di: 1) favorire l'integrazione e i rapporti di collaborazione tra le varie reti assistenziali 2) precoce presa in carico dei pazienti il cui iter diagnostico è destinato al ricovero in Medicina Interna 3) riduzione del "boarding" in PS 4) riduzione della gestione dei pazienti internistici da parte del PS 5) riduzione del tempo medio di degenza 6) favorire una azione di filtro per i ricoveri in Medicina Interna.



CONTENUTI

Visti i cambiamenti assistenziali nazionali a causa dell'aumento della speranza di vita (83,1 anni) e i bassi tassi di fecondità; con un costante aumento della popolazione di età pari o superiore a 65 anni si rende necessario un cambio di concezione della Medicina Interna e dei PS. Il Progetto A.M.A. prevede uno spazio O.B.I. presso il Pronto Soccorso che consta di 5 posti letto con personale dedicato tra cui Dirigenti Medici specialisti in Medicina Interna.

Dai dati raccolti dall'inizio del progetto 11/12/2023 sino al 31/03/2024 (**gruppo A.M.A.**) confrontati con pazienti presi in carico dal PS e successivamente ricoverati in Medicina Interna nello stesso periodo di riferimento dell'anno precedente 11/12/2022 al 31/03/2023 (**gruppo non A.M.A.**) si evidenzia quanto segue:

► **gruppo A.M.A.:** 393 pazienti presi in carico dall'A.M.A. di cui 63 dimessi al domicilio, 11 pazienti dimessi sul territorio (LDPA), 4 pazienti affidati ai servizi territoriali (assistenza domiciliare, cure palliative, day service e visite ambulatoriali), la permanenza media in P.S. dei pazienti dal Triage alla presa in carico in A.M.A. è di circa 25 ore e la permanenza media dei pazienti in A.M.A. prima del ricovero in reparto è di 25 ore. Sono 315 pazienti ricoverati in Medicina Interna con degenza media di 3,9 giorni.

► **gruppo non A.M.A.:** 250 pazienti ricoverati in Medicina Interna, con una degenza media 7,5 giorni in reparto, zero pazienti affidati ai servizi territoriali, la permanenza in PS dall'accesso al triage al ricovero in medicina interna è in media di 32,75 ore.



CONCLUSIONI

I dati illustrati in questo lavoro evidenziano come dopo la prima fase diagnostica terapeutica in P.S. vi è una precoce presa in carico con una riduzione del boarding in PS del paziente anziano di circa il 30,8%, dimissioni del 24,7% dei pazienti ricoverati in A.M.A. con un'azione di filtro dei ricoveri in Medicina Interna pari al 100% con aumento dei ricoveri in Medicina Interna pari al 26% e riduzione della degenza media di 3,6 giorni rispetto al periodo di riferimento.

E' opportuno evidenziare che a seguito dell'attivazione del progetto A.M.A. vi è una migliore appropriatezza delle cure e dei ricoveri grazie ad una presa in carico precoce, appropriatezza del setting assistenziale, integrazione delle reti e riduzione del boarding in PS del paziente anziano con comorbidità sempre più in aumento visto l'aumento della vita media.



Prevenire e prendersi cura: il PPDTA dell'Osteoporosi e delle fratture da fragilità - Regione Marche

Oriana Dunia Toscano¹, Elsa Ravaglia², Gilberta Giacchetti³, Pietro Scendoni⁴, Giovanni Renato Riccardi⁵, Antonio Cherubini⁶, Alessia Rinaldi⁷, Letizia Ferrara⁸

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche-Ancona; ²Dirigente medico-Responsabile UO Igiene della Nutrizione AST Pesaro-Urbino; ³Dirigente medico-Clinica di Endocrinologia-Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche-Ancona; ⁴Direttore UO di Recupero e Riabilitazione funzionale, IRCCS INRCA-Fermo; ⁵Direttore UO Medicina Riabilitativa IRCCS INRCA, Ancona; ⁶Direttore-Geriatria, Accettazione geriatrica e centro di ricerca per l'invecchiamento, IRCCS INRCA, Ancona; ⁷Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche-Ancona; ⁸Resp. UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento-IRCCS INRCA-Ancona; Gruppo Tecnico-scientifico regionale "OSSÌ DURI... SI DIVENTA: PPDTA dell'Osteoporosi e delle fratture da fragilità" (DGR n. 1640/2021)

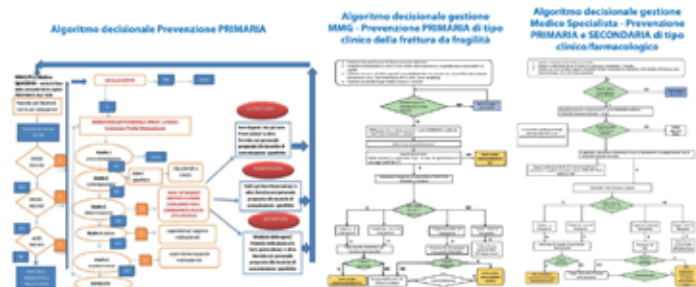
PAROLE CHIAVE Prevenzione, PPDTA, MCNT

INTRODUZIONE L'osteoporosi è una condizione patologica complessa, ad elevato impatto epidemiologico, diffusa ampiamente in tutte le Regioni d'Italia. È caratterizzata da una ridotta massa ossea e da alterazioni qualitative dell'architettura dell'osso con predisposizione ad un maggior rischio di frattura. Essendo l'osteoporosi una patologia prevenibile e/o diagnosticabile precocemente è stato creato un "PPDTA" dedicato all'osteoporosi e alle fratture da fragilità, alla base del PL13, uno dei quattro programmi liberi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025 della Regione Marche, che nasce dall'idea di collegare la P di Prevenzione delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) ad un nuovo PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale).

CONTENUTI Il PPDTA dedicato all'Osteoporosi e fratture da fragilità è il frutto di un gruppo di lavoro multidisciplinare e intersettoriale, che rifacendosi al Piano Nazionale delle Cronicità 2016, individua l'osteoporosi, come malattia cronica facilmente diagnosticabile e, tenendo conto del Piano Nazionale della Prevenzione, anche prevenibile: da qui la P di prevenzione. Tutto ciò per assicurare il raccordo degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, garantendo la continuità nella prevenzione, nell'assistenza e nell'intervento integrato, dalla promozione di stili di vita salutari alla riabilitazione del paziente con frattura da fragilità.

CONCLUSIONI In linea con quanto definito nell'Accordo Stato-Regioni n.104/2018, la Regione Marche ha previsto l'inserimento nel PRP 2020-2025, approvato con DGR 1640/2021, del PL13 "Prevenire e prendersi cura: il PPDTA dell'Osteoporosi e delle fratture da fragilità quale Modello partecipativo regionale per il management delle patologie croniche". Nell'ambito del PL13 con DGR n.1405 del 30 settembre 2023 è stato approvato il PPDTA Model "Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PPDTA) per Osteoporosi e Fratture da Fragilità. Integrazione Prevenzione-Territorio-Ospedale". L'obiettivo del PPDTA è quello di identificare/strutturare una rete di servizi, le Fracture Liaison Service (FLS) interconnessi in un percorso che, partendo da differenti vie di accesso (Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale e specialisti), sia in grado di assicurare il raccordo degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, garantendo la continuità nella prevenzione, nell'assistenza e nell'intervento integrato, dalla promozione di stili di vita salutari alla riabilitazione del paziente con frattura da fragilità. Il PPDTA Model sarà di riferimento per l'elaborazione ed attuazione da parte degli Enti del Sistema Sanitario Regionale della Regione Marche dei PPDTA Operational, attraverso i Piani Integrati Locali del PRP e/o i Piani Aziendali della Formazione con il coordinamento dell'Agenzia Regionale Sanitaria. I PPDTA Operational consentiranno la declinazione operativa dei Servizi in rete per Osteoporosi e patologie osteometaboliche nelle diverse realtà delle Marche. Particolarità del lavoro è anche la necessaria condivisione della terminologia: la classica Prevenzione (primaria, secondaria e terziaria), intesa secondo i criteri dell'Igiene e Medicina Preventiva e dell'OMS, non sempre coincide con quella del mondo clinico/farmacologico, sicché si è pensato di suddividerla come in tabella:

Compagna di Prevenzione contro l'Osteoporosi



	TIPOLOGIA	RESPONSABILE
1° LIVELLO	<p>Piano A Prevenzione di collettività (tutta la popolazione) Dipartimenti di Prevenzione e altri Servizi pertinenti che agiscono sulla collettività</p> <p>Piano B Prevenzione individuale (primaria selettiva e secondaria) MMG, Pediatra di Libera Scelta, Servizi di Promozione della Salute e Servizi territoriali che si occupano degli specifici Fattori di rischio: Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Medicina dello sport, Dipendenze Patologiche</p> <p>Piano C Prevenzione terziaria (prevenzione seconda frattura) Dipartimenti di Prevenzione e altri Servizi territoriali pertinenti che agiscono su persone a rischio, MMG, Pediatra di Libera Scelta</p>	<p>Servizi di Prevenzione, MMG, Pediatri di libera scelta, Soggetti Portatori di Interesse tra cui Associazioni, OSS, pensionati, Commissione PIR, Opportunità, Enti Locali e altri</p> <p>Medici specialisti e altro personale sanitario specializzato</p> <p>MMG, Medici specialisti e altro personale sanitario specializzato e personale non sanitario formato che ha accesso alle abitazioni dei pazienti</p>
2° LIVELLO	PREVENZIONE PRIMARIA di tipo clinico/farmacologico (NOTA AIFA 75)	Rivolta a pazienti ad alta rischio fratturativo non ancora fratturati individuati seguendo i criteri della nota AIFA 75
3° LIVELLO	PREVENZIONE SECONDARIA di tipo clinico/farmacologico FRATTURE MAGGIORI (NOTA AIFA 75)	Rivolta ai pazienti che hanno già avuto una frattura minore (non vertebrale, non femorale, e maggiore femorale o vertebrale)
	PREVENZIONE SECONDARIA di tipo clinico/farmacologico FRATTURE MINORI (NOTA AIFA 75)	MMG, Bone Specialist, Unità osteometabolica e/o FLS e/o Ortopedica

Tabella 1. INNOVAZIONE - La Legenda dei livelli di prevenzione



Attivazione di un Percorso di Presa in Carico Infermieristica in un Pronto Soccorso DEA II livello

AUTORI E AFFILIAZIONI

Gentile Leandro^{1,2}, Guddemi Annalisa^{1,2}, Cutti Sara¹, Sguelgia Alice Clara^{1,2}, Perlini Stefano^{1,2}, Crescenzi Giuseppe¹, Speciale Francesco¹, Tosi Silvana¹, Quaini Attilio¹, Grugnetti Giuseppina¹, Muzzi Alba¹, Odone Anna^{1,2}

¹ Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia ; ² Università degli Studi di Pavia, Pavia

INTRODUZIONE

Dal 2024 la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia ha implementato percorsi di cura predefiniti a gestione infermieristica, sulla base di appositi protocolli. Tale modello assistenziale, previsto in Pronto Soccorso (PS) dal "Manuale di Triage intraospedaliero di Regione Lombardia", in accordo con le "Linee di Indirizzo Nazionale sul Triage Intraospedaliero" del 2019, prevede la facoltà da parte del PS di organizzare e diversificare la presa in carico della persona assistita, iniziando precocemente attività diagnostico/assistenziali che non hanno motivo di essere posticipate.

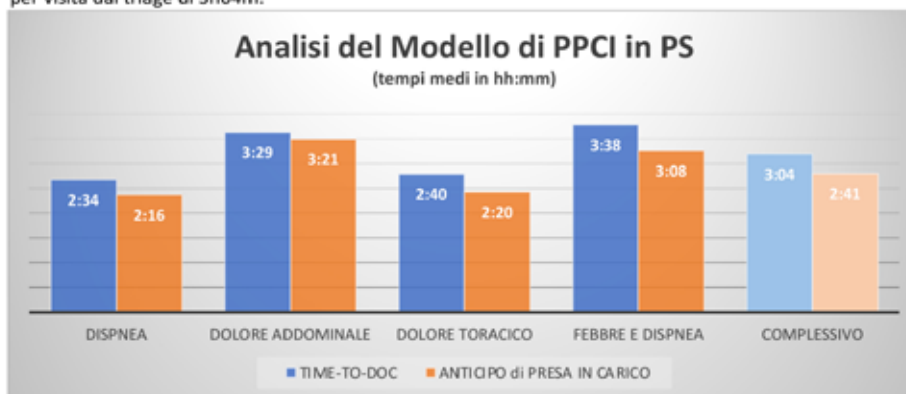
CONTENUTI

Il gruppo di lavoro multidisciplinare, formato da operatori afferenti al Pronto Soccorso, alla Direzione Medica di Presidio e alla Direzione delle Professioni Sanitarie ha identificato i 4 percorsi di presa in carico Infermieristica (PPCI) utilizzabili presso il Pronto Soccorso Generale: PPCI Dolore Toracico, PPCI Dolore Addominale, PPCI Dispnea, PPCI Febbre e Dispnea, ognuno dei quali associato ad un setting di prestazioni richiedibili dal personale infermieristico (esami di laboratorio, ecg, emogas) sulla base della tipologia di sintomatologia rappresentata la triage.

Obiettivo del presente lavoro è analizzare i flussi di pronto soccorso al fine di valutare l'efficacia dell'intervento, nonché l'eventuale modifica dei tempi di presa in carico del paziente.

L'analisi dei dati provenienti dai flussi di Pronto Soccorso, dal 1° gennaio al 23 aprile 2024 è stato analizzato, limitatamente al problema principale identificato al triage (dolore toracico, addominale, febbre e dispnea). I criteri di inclusione identificavano i pazienti dimessi al domicilio o ricoverati presso la Fondazione al fine di limitare i bias derivanti dal boarding verso altre strutture o l'impossibilità di determinare l'intero percorso del paziente laddove abbia abbandonato il PS durante gli accertamenti.

La casistica di 4265 accessi permetteva nel 53% dei casi di identificare l'inizio del percorso diagnostico terapeutico (PPCI) prima della visita con una riduzione del tempo di "throughput", riducendo di fatto il tempo "non a valore" dell'attesa a prima visita in media di 2h41m, a fronte di un tempo medio di attesa per visita dal triage di 3h04m.



CONCLUSIONI

La creazione dei percorsi predefiniti descritti ha permesso di integrare e valorizzare le competenze dei diversi professionisti coinvolti nella prima parte del percorso di Pronto Soccorso. Inoltre, ha permesso di anticipare l'inizio della presa in carico dei pazienti accettati al triage, eventualmente garantendo una risposta più rapida ed efficace ai bisogni di salute della persona assistita, nonché identificare in fase precoce i pazienti con necessità di trattamento da indirizzare presso l'ambulatorio medico di riferimento.



ANMDO

49° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.



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

APPLICAZIONE DEL FRAMEWORK "FUNDAMENTALS OF CARE" ALL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

IN UN OSPEDALE HUB CITTADINO

AO ORDINE MAURIZIANO (Torino, Italia)

Azzolina MC¹, Rizzo, A², Bagnasco, A³, Sasso, L³, Costamagna G², & The FOC Working Group*

1. Direttore Sanitario, AO Ordine Mauriziano; 2. Di.P.Sa, AO Ordine Mauriziano; 3. Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova.

CORRESPONDENCE: gcostamagna@mauriziano.it

INTRODUZIONE

L'efficace allocazione delle risorse e il clima dell'ambiente di lavoro hanno importanti implicazioni sui risultati dell'assistenza infermieristica e sugli esiti riferiti alle persone assistite. La letteratura evidenzia che sono necessari studi specifici per fornire prove su come garantire le cure infermieristiche fondamentali ai pazienti. L'A.O. Ordine Mauriziano di Torino, in partnership con l'Università di Genova, ha deciso di introdurre questo modello e sperimentarne l'utilizzo sistematico.

OBIETTIVO

Promuovere un modello concettuale di assistenza infermieristica basato sui Fondamenti dell'Assistenza e introdurre un sistema di monitoraggio continuo degli esiti sensibili all'assistenza costruito sul modello di personalizzazione delle cure.

RISULTATI

Dai risultati preliminari degli 11 focus group condotti con infermieri, pazienti e caregiver sono emersi alcuni temi principali che hanno un impatto sull'assistenza infermieristica fondamentale in termini di cure mancate.

Le cause principali delle mancate cure infermieristiche erano: mancanza di risorse, mancanza di tempo, protocolli obsoleti, carenza di personale, carichi di lavoro pesanti e ambienti inappropriati per i problemi dei pazienti.

Secondo infermieri e pazienti le conseguenze di ciò sono: difficoltà di comunicazione e relazione, difficoltà a stabilire un rapporto di fiducia, insoddisfazione del personale e uso della contenzione come prevenzione.

Sulla base delle esigenze dei professionisti e degli utenti, emerse dalla prima fase di ricerca qualitative, il Management Aziendale ha garantito le seguenti modifiche Organizzativo-Logistiche e di HTA:

- Incremento del numero di infermieri fino al raggiungimento del rapporto infermiere/pazienti ottimale come raccomandato in letteratura (1/6) e variazione dello skill-mix infermieri/OSS;
- Modifica della documentazione clinico-assistenziale informatizzata in ottica FOC;
- Miglioramento degli ambienti comuni dei pazienti (aree verdi e spazi di soggiorno);
- Miglioramento della comunicazione intraequipe attraverso l'introduzione del metodo S.B.A.R.;
- Incremento di presidi ed ausili di supporto assistenziale;
- Passaggio ad una matrice di turnazione a turni da 12h per migliorare il bilanciamento vita/lavoro e la continuità assistenziale.
- Rientro dei volontari e ampliamento dell'orario di visita dei familiari

FOC identificate come prioritarie



References:

Kitson et al., 2010

STEP 1



Analisi di contesto
Focus Groups
con infermieri,
Pazienti e Caregivers

STEP 2



Formazione

Formazione frontale e Training on the job per il personale infermieristico dei reparti sperimentali per un totale di 500 professionisti formati attraverso "bootcamp up skillbuilding" e 130 ore di formazione e consulenza scientifica

STEP 3



Sperimentazione

Ricerca scientifica a Obiettivo quasi sperimentale CONFORME sugli outcome relativi all'organizzazione, ai pazienti e al personale

PROGETTO AZIENDALE STAKEHOLDER ed ELEMENTI DI CONTESTO



*FOC working group: Bagnato S, Ghironi E., Do Nasciminto A, Cerri C, Perretta L, Garza C, Martin C, Testa O, Valenti A, Ricotti A, Sperlinga R.

CONCLUSIONI

Terminate le fasi di analisi, arruolamento dei reparti di degenza coinvolti e modifica di modelli assistenziali e logistico-organizzativi, è in corso uno studio quasi sperimentale pre-post, approvato dal Comitato Etico interaziendale. L'obiettivo della ricerca è quello di indagare l'impatto dell'implementazione sistematica del Framework FOC in termini di durata della degenza, dimissioni a domicilio, indicatori sensibili all'assistenza infermieristica, work engagement e intention to leave del personale infermieristico. I risultati di questa ricerca saranno utili allo sviluppo del modello e a fornire le basi per la sua implementazione anche in altri contesti ospedalieri e territoriali. La condivisione della Direzione Strategica e Sanitaria Aziendale al progetto garantisce continuità e consolidamento in un ambito sostanziale come quello dell'assistenza infermieristica. Gli infermieri sono significativi nel processo di cura del paziente e a distanza di un anno è palese la ricaduta sul benessere delle persone curate e di loro stessi.

Massimizzazione dell'Efficienza Organizzativa: l'esempio della Gastroenterologia di Ravenna

Paolo Tarlazzi¹, Umberto Carioli², Aura Brighenti², Francesca Scognamiglio³, Valentina Sisti⁴, Sofia Mazzoli⁵, Francesca Bravi⁶

¹Direttore Presidio Ospedaliero di Ravenna, AUSL della Romagna

²Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Ravenna, AUSL della Romagna

³Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Lugo, AUSL della Romagna

⁴Ing. Gestionale, Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Ravenna, AUSL della Romagna

⁵Medico in Formazione Specialistica, Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Ravenna, AUSL della Romagna

⁶Direttrice Sanitaria, AUSL della Romagna

Parole chiave

Specialistica ambulatoriale, piani di lavoro, indici di rendimento

Introduzione

Il rispetto del tempo d'attesa per le prestazioni di endoscopia digestiva è sempre stato di difficile gestione e la pandemia ha aumentato il gap tra i bisogni e la capacità di erogazione del servizio. In un contesto di difficile reperimento di risorse umane sul mercato, si rende necessario analizzare il servizio allo scopo di massimizzare l'efficienza del personale assegnato allo scopo di contenere il tempo d'attesa.

La regione Emilia-Romagna ha negoziato con le aziende sanitarie pubbliche regionali un incremento di prestazioni di specialistica ambulatoriale pari alla differenza tra quanto prescritto e non erogato nel 2023, quota che rappresenta un bisogno di salute espresso e non soddisfatto, per garantire il rispetto dei tempi d'attesa secondo il PNGLA e PRGLA.

Per l'AUSL della Romagna l'incremento è del 21% rispetto al 2023 che, per le prestazioni monitorate dalla regione erogate dall'UOC Gastroenterologia Ravenna, equivale a 3.191 colonscopie, 2.858 gastroscopie e 2.017 visite gastroenterologiche, di cui il 25% da erogare isorisorse.

La Direzione Medica di Presidio ha effettuato un'analisi degli assetti organizzativi attraverso la matrix del turno dichiarato con gli indici di rendimento per Full Time Equivalent (FTE) dell'attività dell'Unità Operativa Complessa (UOC) di Gastroenterologia di Ravenna Faenza Lugo, la quale eroga attività di degenza nel presidio polispecialistico (Ravenna) e anche di endoscopia sui presidi dell'AUSL della Romagna distrettuali Lugo e Faenza.

Contenuti

Dall'analisi della matrix settimanale emerge come l'UOC schieri 84 ore di degenza e 60 in DH, per un volume di attività di 764 trattati con 7.4 giorni di degenza media, garantendo una presenza medica sui sette giorni. Inoltre, vi è la copertura di turni aggiuntivi presso UO equipollenti in carenza di personale.

Una stima di tempo medico proporzionato al volume produttivo di degenza è possibile assegnando una temporizzazione al giorno per la fase di ammissione (45 minuti se in urgenza, 30 se ordinario), intermedio di ricovero (20 min.) e dimissione (30 min.). Il calcolo dell'impegno medico risultante è di 62 ore settimanali.

La lettura degli indicatori di produttività di prestazioni per esterni per FTE comparata con le altre UOC di Gastroenterologia dell'azienda non ha evidenziato differenze di rendimento significative, avendo già allineato i tempi delle prestazioni endoscopiche.

Conclusioni

Attraverso la proposta di rimodulazione delle ore dedicate alla degenza e DH e all'assunzione di un dirigente è possibile recuperare 39 h settimanali da riconvertire in ore di sala, che consentirebbe di effettuare: 1950 colonscopie (61%) del raggiungimento dell'obiettivo regionale), 1290 gastroscopie (45%), 510 visite (25%). Complessivamente, l'obiettivo regionale per l'ambito di Ravenna è raggiunto e rappresenta la base del massimo efficientamento dall'assetto organizzativo da cui redigere accordi per l'attività incentivata dell'UO e, per la quota rimanente, per il coinvolgimento delle strutture convenzionate.

Ottimizzazione ed efficientamento del Pronto Soccorso presso l'IRCCS Policlinico San Donato

Meloni A 1,3, Ales M. E. 1,2; M. Mastrangelo 1,2, Carbone M. 1,3, Odane A 3, Signorelli C. 4, D'Agostino L.B. 5, Conte E. 5, Cuppone M. T. 1, Carpinelli L. 1

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

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

3 Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Pavia

4 UOC Epidemiologia e Sanità Pubblica, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

5 Dipartimento di Emergenza Urgenza, IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese



Introduzione

I Pronto Soccorso italiani versano in condizioni di affollamento e sovraffollamento. Necessitano di importanti interventi strutturali e organizzativi per implementare affidabilità ed efficienza.

A partire dal 2023 presso l'IRCCS Policlinico San Donato è stato avviato un percorso di ottimizzazione ed efficientamento dei percorsi di presa in carico del paziente presso il servizio di Pronto Soccorso.

Metodi

Nel corso del 2023 e del primo trimestre 2024 sono stati effettuati interventi al fine di efficientare le performance, ridurre i tempi di attesa per il ricovero e ridurre il numero di ricoveri impropri del Servizio di Pronto Soccorso:

- Introduzione della figura del Case Manager
- corso di formazione sulle nuove modalità di Triage
- introduzione percorsi di presa in carico infermieristica (PPCI)

Risultati

- Calo nel tempo di sbarellamento del 18,9% passando da 48,9 minuti in media ai 39,8 del 2023.
- Il tempo di attesa per i codici 2 è migliorato, diminuendo del 15,6%, soprattutto nel secondo semestre.
- Nel 2023 si osserva un calo dei tempi di attesa dei codici 3 corrispondente al 14,7%, in particolare nel secondo semestre.
- Anche i tempi di attesa dei codici 4 si sono ridotti di 25,6 minuti in media.
- Il numero medio di allontanamenti nel corso del 2023 ha mostrato una netta riduzione arrivando a 12 al mese (-18.4%).
- Il tasso di ricovero nel 2023 ha subito un calo del 5.1% denotando un miglioramento di appropriatezza di indicazione.
- Il tempo di boarding si è mantenuto stabile rispetto al 2022.

Conclusioni

Nel corso del 2023 si è potuto osservare un netto miglioramento, dell'efficienza del servizio di Pronto Soccorso grazie a interventi sull'organizzazione del lavoro e sui percorsi di presa in carico dei pazienti. Il sensibile miglioramento dell'efficienza osservato nel 2023, confermato dai dati preliminari riferiti al 2024, non garantisce però l'adeguamento agli obiettivi stabiliti dalla normativa vigente, rendendo necessari ulteriori interventi di efficientamento.

Nel corso del primo trimestre 2024 sono state effettuate:

- Implementazione della consegna infermieristica digitale secondo modalità SBAR
- Istituzione di riunioni multidisciplinari giornaliere, coordinate da un membro della Direzione Sanitaria, per rivalutazione collegiale dei casi da ricovero

Proseguirà inoltre il monitoraggio degli indicatori ad opera della Direzione Sanitaria.



Ristrutturazione Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Agazzi G.¹, Brizzi L.², Cacciato A.³, Cametti E.⁴, Ghirlanda G.², Lomeo A.M.⁴, Mancini C.³, Montesarchio L.¹, Palladini F.¹

1. Dirigenti Medici UOC Direzione Medica Ospedaliera per le Funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei Rischi AOUI

2. Direttori Medici Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

3. Medici in formazione specialistica Scuola di Igiene e Medicina Preventiva Università di Verona

4. Dirigenti Medici UOC Miglioramento Qualità e Adempimenti Legge Regionale 22/2002

Parole chiave: Assistenza psichiatrica ospedaliera, sicurezza del paziente

INTRODUZIONE

Ai fini del perseguimento dell'assetto indicato dalla programmazione sanitaria regionale e dal modello organizzativo dell'area salute mentale, sono stati effettuati lavori di riorganizzazione al 5 piano del padiglione 30 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona per ampliare le degenze della UOC Neuropsichiatria Infantile con 16 posti letto, in particolare 8 per patologie neurologiche e 8 per l'assistenza psichiatrica ospedaliera in età evolutiva.

CONTENUTO

La ristrutturazione ha delimitato il reparto dalla Pediatria presente sullo stesso piano posizionando un ingresso dotato di controllo a badge, e, all'interno del reparto stesso, ha separato l'area dedicata alle acuzie psichiatriche (area bolla) dal resto della sezione di degenza, posizionando porte vetrate di separazione, che possono essere lasciate aperte o chiuse a seconda delle necessità cliniche. Le camere di degenza sono state adeguate con particolare riferimento ad arredi e bagni: frutti e placche di interruttori e prese elettriche sono fissati a muro con viti, i testateletto sono stati rimossi e le prese dei gas medicali sono incassate a muro e chiuse, sono installati tendaggi elettrici riavvolgibili a scomparsa nel soffitto con comando accessibile solo agli operatori, senza corde o guide potenzialmente pericolose. Sono stati adeguati soffitti e bagni al fine di non consentire possibili appigli. All'interno delle stanze dell'area bolla sono installati proiettori, mentre nelle restanti degenze le TV sono incassate nelle pareti. All'interno di tutti i bagni sono posizionati specchi sicuri plastici, riflettenti e infrangibili, sanitari in ceramica privi di spigoli e resistenti ad eventuale carico, appoggiati al muro e senza tubi

a vista, il soffione della doccia è incastrato a soffitto, le cassette dei wc incassate nelle pareti, i termoarredi sono stati disinstallati, i rubinetti temporizzati hanno meccanismi di blocco dell'acqua per evitare allagamenti. Le porte dei bagni presentano l'impossibilità di blocco. Sono stati creati spazi per attività riabilitative, educative e socializzanti, studi per colloqui e osservazioni, e una "stanza morbida" – spazio privo di pericoli e con possibilità di adeguati stimoli somatosensoriali mirati a favorire la modulazione comportamentale, tale stanza è idonea al rilassamento o al contenimento temporaneo sia per pazienti con problematiche psichiatriche/comportamentali sia per soggetti con stato di agitazione secondari a disturbi del neurosviluppo, inoltre può essere sede di osservazioni, colloqui, terapie o attività corporee e motorie. Sono stati installati sistemi di monitoraggio e video-sorveglianza, che prevedono la sorveglianza di aree comuni, corridoi, stanza morbida, quattro stanze di degenza destinate all'alta intensità.

CONCLUSIONI

Il reparto presentava già i requisiti minimi previsti, tuttavia l'intervento è stato necessario per l'adeguamento edile ed impiantistico ai migliori standard di sicurezza e per garantire decoro e comfort, a tutela di tutta la tipologia di utenza. Sia durante la fase di progetto sia durante la realizzazione, l'intervento è stato realizzato grazie alla stretta collaborazione della Direzione Medica con il Servizio Tecnico, supervisionato anche da Direttore e Coordinatore NPI. Tutto ciò ha permesso di rendere idoneo il reparto ad ospitare pazienti con emergenze/urgenze di natura psico-comportamentale e a ridurre al minimo i rischi conseguenti a possibili agiti etero o autoaggressivi e autolesivi.

Analisi dei Frequent Users (FU) nel Pronto Soccorso dell'AOU delle Marche anno 2023

Fedrigucci S.¹, Bardhi D.², Barbadoro P.¹; Contucci S.³; Orazi P.²; Incicchitti L.²; Martini C.⁴

*1*Dipartimento Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona

*2*SO Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, Ancona

*3*SOD Pronto Soccorso e OBI, Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, Ancona

*4*Direzione Aziendale, Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, Ancona

Parole chiave: Frequent users, Pronto Soccorso

INTRODUZIONE

Il Pronto Soccorso (PS) rappresenta la porta d'accesso dell'ospedale per le patologie acute che richiedono assistenza immediata.

Un afflusso di pazienti maggiore rispetto alle risorse disponibili genera il cosiddetto fenomeno di *sovraffollamento del PS* che può avere carattere episodico, durante le cosiddette "maxi-emergenze", oppure cronico, dove le cause possono essere multifattoriali e non sempre attribuibili solo all'organizzazione interna dell'ospedale.

È fondamentale analizzare e comprendere le variabili che contribuiscono a tale fenomeno; tra queste ci sono i fattori in ingresso, come un eccessivo o improprio accesso di utenti, i fattori interni strutturali, come percorsi interni all'ospedale o la carenza di personale, e i fattori di uscita come le dimissioni difficili e la carenza di strutture extraospedaliere per il post-acuzie.

Tra i fattori di ingresso, emerge il fenomeno dei cosiddetti "Frequent Users" (FU), ovvero pazienti che ricorrono ripetutamente al servizio di emergenza, generando molteplici accessi al PS. Non esiste una definizione univoca di FU; per questa analisi abbiamo considerato come soglia i pazienti che effettuano 4 o più visite all'anno.

CONTENUTI

Sono stati analizzati tutti gli accessi al PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche nell'anno 2023. Sono stati eliminati gli accessi senza anagrafica e studiati i casi di omonimia.

Complessivamente, si sono registrati 53.289 accessi, corrispondenti a 38.519 pazienti, di cui 1.083 (2,8%) hanno effettuato 4 o più accessi, generando 5.652 accessi (10,6%).

La mediana di età dei Non Frequent Users (NFU)

è risultata di 55 anni, mentre dei FU di 60 anni. I codici triage di bassa intensità (bianco, verde e azzurro) sono stati assegnati all'81,4% dei NFU e al 78,7% dei FU, mentre i codici di alta intensità (arancione e rosso) al 18,6% dei NFU e al 21,3% dei FU. L'esito della dimissione è stato per "abbandono prima della visita" nel 8,0% nei NFU e nel 9,4% nei FU, per "abbandono in corso di accertamenti" per il 1,4% nei NFU e per il 3,0% nei FU.

Le diagnosi di dimissione da PS più frequenti nei FU sono risultate essere stato ansioso, stato di agitazione, abuso alcolico, coliche.

Analizzando gli orari di accesso, la fascia notturna dalle 24:00 alle 6:00, ha interessato il 9,5% degli accessi nei NFU e il 12% degli accessi nei FU. Sono stati inoltre individuati 50 pazienti (0,13%) che hanno effettuato più di 10 accessi, con un'età mediana di 50 anni, per un totale di 624 accessi (1,2%), caratterizzati principalmente da diagnosi di dimissione da PS di stato ansioso e abuso di alcol.

CONCLUSIONI

I dati analizzati evidenziano differenze tra NFU e FU soprattutto nelle diagnosi di dimissione dal PS; in particolare, i pazienti FU presentano un maggior numero di accessi legati a problemi psicopatologici o comportamentali di abuso, questo spiega il maggior accesso durante le ore notturne e il maggior tasso di abbandono prima o durante la visita.

Alla luce di quanto emerso, sarebbe opportuno promuovere un approccio più integrato tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali, al fine di garantire un'adeguata presa in carico dei pazienti sia sotto il profilo sanitario che sociale.

Questa prospettiva risulta in linea con le disposizioni della più recente normativa.

Gestione ospedaliera multimodale del contenimento delle ICA da Klebsiella

Martinucci R.^{1,2}; Silvotti M. G.²; Ghezzi A.²; Marchionni B.²; Federici F.³

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Parma; ²UOSD Igiene delle Strutture Sanitarie, Ausl Piacenza; ³UOC Direzione di Presidio Unico, Ausl Piacenza.

Parole chiave: ICA, Klebsiella, Ospedale

INTRODUZIONE

Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria, quello infettivo occupa un posto particolare, in quanto le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono molto frequenti nei pazienti ricoverati in ospedale: l'ultimo studio di prevalenza puntuale sulle ICA negli ospedali per acuti (PPS3), condotto, seguendo il protocollo dell'ECDC, a novembre 2022 in Italia, ha rilevato una media di prevalenza pari a 8,8% (nei Paesi industrializzati la prevalenza è compresa tra 3,5% e 12%).

Presso l'Ospedale di Piacenza è già attivo un sistema multimodale di prevenzione delle ICA da CPE, composto dai seguenti elementi:

- linee d'indirizzo regionali (concretizzate nella IO Aziendale "Screening per individuare i soggetti colonizzati/infetti da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)")
- formazione (corsi FAD, residenziali e formazione sul campo)
- audit delle pratiche di prevenzione (rilevazione diretta e indiretta dei comportamenti: adesione degli operatori alle pratiche di igiene delle mani e consumo di gel)
- sorveglianza attiva sui pazienti ricoverati
- procedure di sanificazione con periodico utilizzo di atomizzatori e sorveglianza microbiologica ambientale
- feedback ai reparti
- partecipazione a reti di sorveglianza (sorveglianza regionale CPE)

CONTENUTI

Per implementare un'integrazione del sistema già attivo, tramite la predisposizione di nuovi elementi e la riorganizzazione delle attività di formazione e audit per priorità di aree, ci si è focalizzati sull'ottenere un quadro più preciso possibile della distribuzione delle ICA, in particolare da *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasi-produttore. Sono stati estratti i dati di tutti i campioni (clinici e da tamponi rettali di sorveglianza) positivi per *Klebsiella* dai database degli anni 2022-2023 dell'UOSD

Igiene delle Strutture Sanitarie dell'Ausl di Piacenza.

Sono stati esclusi i campioni:

- ripetuti (dello stesso paziente)
- di pazienti già noti (cioè con positività risalenti a meno di 90 giorni, testati per errore o per specifici motivi epidemiologici)
- di pazienti senza un T rettale valido all'ingresso (tale mancanza esclude il caso, in quanto la successiva insorgenza della positività non può essere con certezza attribuita al ricovero, potendo essere già presente)
- di pazienti esterni che non avevano storia di ricoveri presso l'Ospedale di Piacenza (avevano cioè eseguito solo analisi di laboratorio)

Per poter porre diagnosi di ICA era necessaria la presenza contemporanea di:

- T rettale negativo all'ingresso
 - positività insorta dopo almeno 48 ore dal ricovero
- Ulteriori elementi valutati per orientare verso la diagnosi di ICA sono stati:
- positività insorta in paziente senza fattori di rischio specifici (proveniente dal domicilio, non in carico alle cure domiciliari, senza ricoveri in ospedali per acuti nei precedenti 6 mesi o all'estero nei precedenti 12)
 - i pazienti con positività risalenti a più di 90 giorni sono stati conteggiati come ICA solo se precedentemente era stata confermata la negatività (con 3 T rettali negativi a distanza di una settimana l'uno dall'altro)

I dati sono stati valutati suddivisi per Dipartimento: riabilitazione 42%, medicina 34%, emergenza 20%, chirurgia 4%.

CONCLUSIONI

Il metodo utilizzato ha consentito di

- valutare l'efficienza dei sistemi multimodali già in essere
- evidenziare potenziali criticità in specifici Dipartimenti
- progettare soluzioni per integrare il sistema già attivo
- individuare un riferimento da cui partire per successivi studi

Accountability ed oneri probanti nelle infezioni correlate all'assistenza: dalle sentenze alla pratica. Risultati di una survey presso le Direzioni Mediche della Regione Veneto

Milvia Marchiori¹, Paola Anello², Francesco Bisetto³, Claudia Scardina⁴, Stefano Tardivo⁵

¹ Direttore Medico Ospedale di Camposampiero, Azienda ULSS 6 Euganea

² Direttore Medico Ospedali di Castelfranco Veneto e Montebelluna, Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

² Delegato Regionale SIMPIOS del Veneto

⁴ Medico in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Padova

⁵ Professore Ordinario e Risk Manager, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

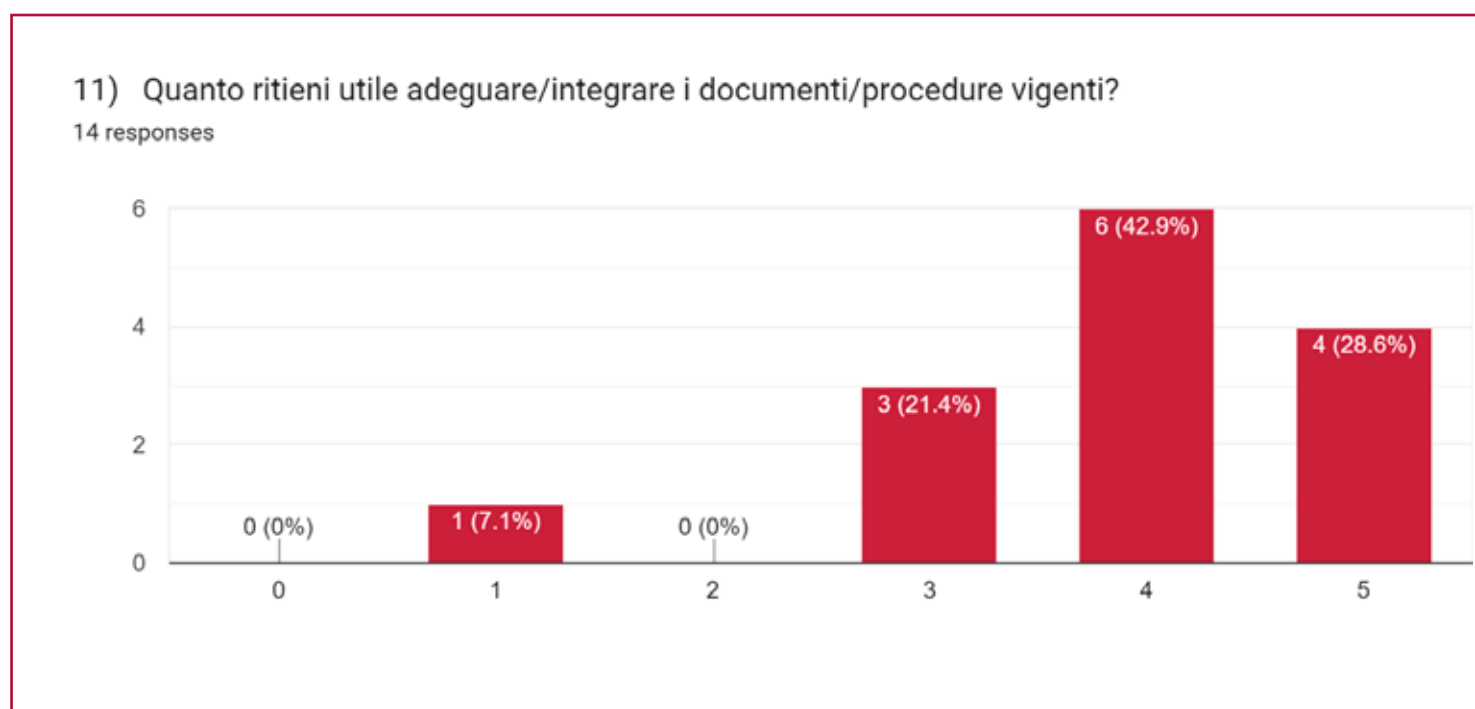
Parole chiave: Sentenza 6386/2023, infezioni correlate all'assistenza, oneri probatori

INTRODUZIONE

Con la Sentenza n.6386/2023, la Cassazione ha affrontato il tema delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), individuando nelle figure apicali l'onere della prova in giudizio per molteplici pratiche di prevenzione. Obiettivo del presente lavoro è indagare il punto di vista e le difficoltà riscontrate dalle Direzioni Mediche Ospedaliere (DMO) nell'adempiere agli oneri probatori ad esse esplicitamente attribuiti.

CONTENUTI

E' stato realizzato e somministrato un questionario online, mediante google form, alle DMO della Regione del Veneto. La survey era suddivisa in 6 Sezioni e 16 item, comprendenti le pratiche di prevenzione delle ICA individuate dalla Suprema Corte. Hanno risposto 14 DMO, in rappresentanza del 45% degli ospedali pubblici e dell'83% delle Aziende Sanitarie del Veneto. I risultati mostrano che, qualora presenti, le procedure previste dal-

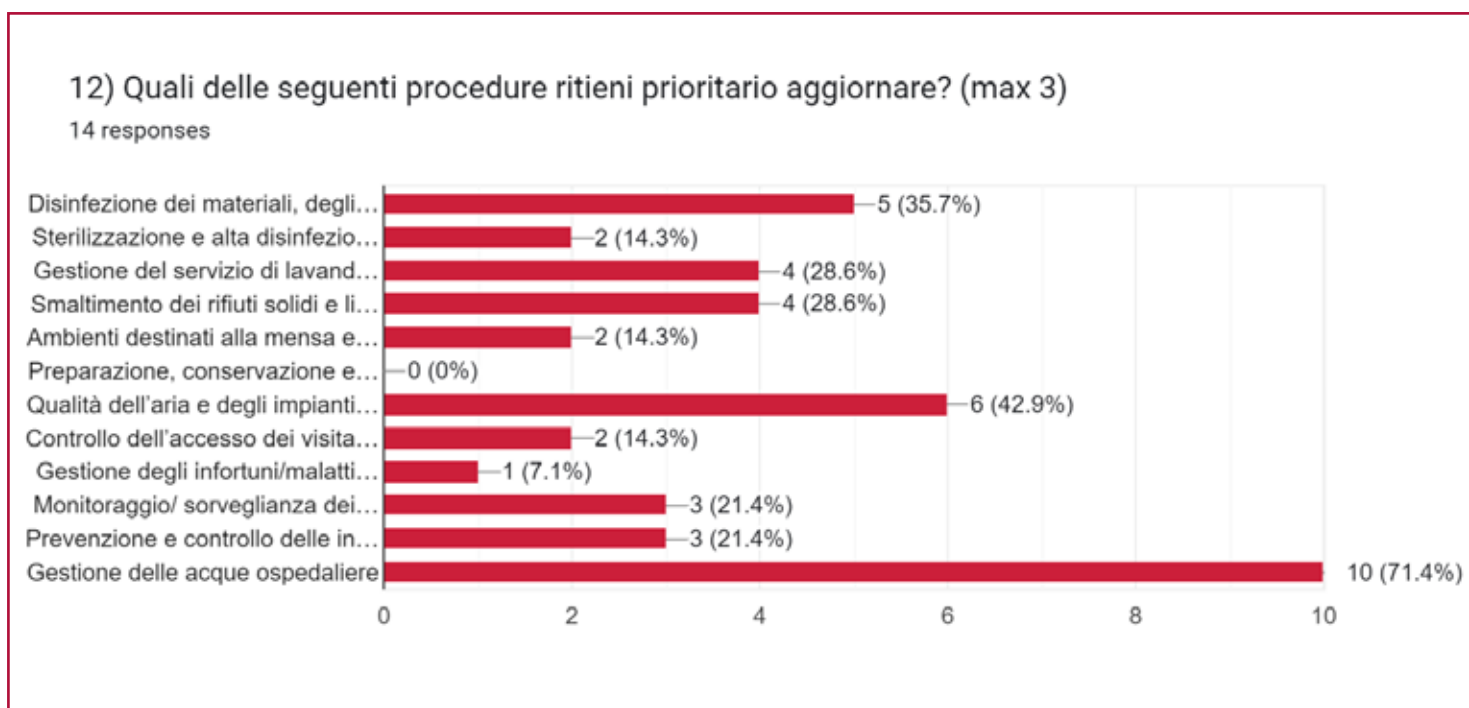


la sentenza sono state aggiornate entro l'ultimo triennio nel 43% dei casi o negli ultimi 3-5 anni. Secondo la totalità dei rispondenti, uno o più documenti ha una gestione esterna alla DMO, e in questi casi sono interessati i servizi Tecnico (86%), di Prevenzione e Protezione (79%), Economici (64%) e Rischio clinico (43%). La DMO è coinvolta in fase di redazione dei documenti nell'86% dei casi. Inoltre, l'86% delle DMO dichiara che almeno uno dei documenti è compreso nei capitoli dei servizi aziendali esternalizzati. Rispetto all'adeguatezza dei documenti esistenti, in una scala likert 0-5 (non adeguato-molto adeguato), il 50% ha espresso un punteggio pari a 2-3. In merito all'aggiornamento delle procedure esistenti, in una scala likert 0-5 (inutile-molto utile), il 72% dei rispondenti ha dato un punteggio di 4-5, dando priorità al controllo delle acque (71%) e qualità dell'aria e impianti (43%); raramente viene percepita una criticità su gestione dei rifiuti (29%) e sterilizzazione (14%). Rispetto all'adeguatezza dei controlli, in una scala likert 0-5 (non adeguato-molto adeguato), il 57% dei rispondenti ha indicato un valore tra 2 e 3 ed il 29% tra 4 e 5. I controlli vengono eseguiti da personale DMO (86%), servizi tecnici (71%), ditte esterne (50%) e personale delle UO (43%). Qualora eseguiti da personale esterno alla DMO, il 36%

dei rispondenti dichiara difficoltà nella ricezione dei risultati. Infine, con riferimento alle dotazioni organiche, in una scala likert 0-5 (non adeguato-molto adeguato), il 50% dei rispondenti ha indicato un punteggio 0-1, e il 29% pari a 3.

CONCLUSIONI

Nonostante gli oneri probatori posti in carico alle DMO dalla sentenza 6386/2023, l'indagine ha evidenziato come un numero significativo di DMO non possieda la gestione diretta di tali processi, riscontri difficoltà nell'aggiornamento delle procedure, o addirittura non venga coinvolta nella fase di redazione. Frequentemente i controlli, ritenuti in generale poco adeguati, vengono effettuati da altre articolazioni aziendali, e i risultati non vengono prontamente condivisi con le DMO. Pur con i limiti dovuti a una non completa adesione, che potrebbe celare una certa ritrosia nel condividere i propri dati relativamente a questo tema, i nostri risultati evidenziano una notevole variabilità tra le realtà operative delle diverse Aziende Sanitarie; in particolare si osserva una frammentazione e dispersione nelle funzioni di gestione del rischio infettivo, unitamente a organici carenti all'interno delle DMO, rispetto alla precisa attribuzione di responsabilità ribadita dalla sentenza alle medesime.



Il percorso ERAS per la chirurgia colon rettale nell'Ospedale S. Stefano di Prato

Velpini B.¹, Franchi S.², Bertini G.⁸, Breschi A.⁵, Campiglia L.⁴, Corsale I.³, Daddi G.⁸, Freschi B.⁴, Granci D.⁷, Grieco A.⁷, Landi A.⁷, Lucchesi B.⁶, Pitti G.⁵, Vellei S.³, Mechi MT.²

1 Medico in formazione specialistica, Università di Firenze; 2 Dirigente Medico, DSPO Ospedale Santo Stefano, Prato, Ausl Toscana Centro; 3 Dirigente Medico, Chirurgia Generale Santo Stefano, Ospedale Santo Stefano, Prato, Ausl Toscana Centro; 4 Dirigente Medico, Anestesia e Rianimazione Santo Stefano, Ospedale Santo Stefano, Prato, Ausl Toscana Centro; 5 Dietista, Ospedale Santo Stefano, Prato, Ausl Toscana Centro; 6 Fisioterapista Coordinatore, Ospedale Santo Stefano, Prato, Ausl Toscana Centro; 7 Infermiere, Degenza Chirurgica Settore 1, Ospedale Santo Stefano, Prato, Ausl Toscana Centro; 8 Infermiere Coordinatore, Comparto Operatorio, Ospedale Santo Stefano, Prato, Ausl Toscana Centro; 9 Infermiere, Servizio Accoglienza Percorso Operatorio, Ospedale Santo Stefano, Prato, Ausl Toscana Centro

Parole chiave: percorso, valutazione multidisciplinare, ERAS

INTRODUZIONE

Presso l'Ospedale Santo Stefano di Prato, è attivo il percorso Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) per la chirurgia colon rettale. L'accesso del paziente al percorso avviene dopo valutazione chirurgica e, in caso di patologia maligna, a seguito di indicazione data dal Gruppo Oncologico Multidisciplinare. Per ciascun paziente arruolato è programmata una visita multidisciplinare al fine di favorire l'aderenza al percorso. Questa viene svolta in un unico momento in presenza di: chirurgo, anestesista, infermiere del servizio di accoglienza del percorso operatorio, dietista, fisioterapista e infermiere del settore di degenza. La visita, fatto salvo diversa volontà del paziente, avviene in presenza di un familiare cui spetterà il ruolo di facilitatore del percorso: saranno fornite tutte le informazioni necessarie allo scopo di condividere gli obiettivi del percorso delineato. Durante la visita viene consegnata una brochure informativa da portare in ospedale e da consultare prima e durante la degenza e, al momento della dimissione, viene consegnato un questionario di valutazione del percorso in ogni sua fase. Sono, inoltre, state previste mensilmente delle riunioni tra tutti i professionisti coinvolti con lo scopo di monitorare il protocollo e permettere il confronto per migliorare costantemente il percorso.

CONTENUTI

Durante la valutazione multidisciplinare vengono indagati: il contesto sociale e le disabilità preesistenti per identificare eventuali necessità di continuità assistenziale sul territorio alla dimissione; viene promosso uno stile di vita sano evitando, se possibile, o riducendo il consumo di sigarette e alcool. In caso di necessità è stato previsto il coinvolgimento del Centro Antifumo territoriale. Il

dietista effettua la valutazione dello stato nutrizionale attraverso l'utilizzo di un questionario di autovalutazione e la rilevazione dei parametri antropometrici. Il fisioterapista propone un questionario di autovalutazione per l'area motoria e respiratoria utile a capire il livello di intervento necessario. Durante la degenza viene monitorata l'aderenza al protocollo per giornata di degenza valutando: alimentazione, mobilizzazione, alvo, diuresi e dolore. Nel periodo dal 22/02/2024 al 12/03/2024 sono stati valutati 24 pazienti con un'età media di 72,58 anni di cui 20 pazienti con patologia maligna e 4 con patologia benigna. Nel complesso 1 paziente è uscito dal protocollo per assenza di indicazione, 14 pazienti sono stati operati e 9 pazienti sono in attesa di intervento. A seguito della valutazione multidisciplinare è stata fatta diagnosi di malnutrizione in 10 pazienti (42%) e per 5 pazienti vi è stata necessità di altre valutazioni (21%): 3 visite cardiologiche, 1 visita endocrinologica, 1 valutazione urologica. Sono stati eseguiti 7 interventi in laparoscopia, 6 in altra chirurgia computer assistita e 1 intervento per via laparoscopica convertito in intervento a cielo aperto. Tutti i pazienti oncologici sono stati operati nel rispetto dei tempi di classe di priorità. La degenza media è pari a 5 giornate post operatorie. L'esito del follow up telefonico eseguito dopo 24-48 ore dalla dimissione da personale infermieristico è stato positivo.

CONCLUSIONI

Seppur a un mese dall'avvio del percorso ERAS, si stanno ottenendo buoni risultati in merito alla ripresa post operatoria e alla degenza media dei pazienti arruolati. Il confronto costante tra gli operatori sanitari e la direzione sanitaria ospedaliera permette un miglioramento continuo del percorso.

Colonizzazione da *Klebsiella pneumoniae* NDM nella TIN dell'AOU di Sassari: un'esperienza di prevenzione e controllo

Balzano E.¹, Arghittu A.², Cossu A.², D'Avino C.¹, Deiana G.¹, Mulas I.¹, Muresu N.³, Palmieri A.^{1,2}, Piana A.^{1,2}, Soddu S.¹, Deriu M.G.¹, Castiglia P.^{1,2}

¹ SC Direzione medica di presidio, igiene, epidemiologia ed infezioni ospedaliere, Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

² Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari

³ Dipartimento di Scienze Umanistiche e Sociali

Parole chiave: New Delhi Metallo- β -lattamasi, *Klebsiella pneumoniae*, prevenzione e controllo delle infezioni

INTRODUZIONE

La diffusione dei microrganismi multiresistenti (MDRO) sta aumentando ad un ritmo allarmante in tutto il mondo. Tra questi, *Klebsiella pneumoniae* produttrice di Carbapenemasi New Delhi Metallo- β -lattamasi (NDM), rappresenta una minaccia clinica significativa che prevede l'adozione di misure appropriate per prevenire o limitarne la sua diffusione.

CONTENUTI

Presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è attivo un protocollo per la sorveglianza e gestione dei pazienti con colonizzazione/infezione da *Enterobacteriaceae* CPE/CRE che prevede l'esecuzione di tamponi di screening per tutti i nuovi degenti e la messa in atto misure di prevenzione/contenimento della trasmissione a seguito di positività. La corretta applicazione del protocollo ha permesso, negli ultimi anni, l'identificazione e l'isolamento precoce di due casi isolati di *K. pneumoniae* NDM scongiurandone la trasmissione.

Nel mese di marzo 2024, presso la TIN della AOU di Sassari, è stata rilevata, a seguito di screening effettuato su un neonato in back transfert nel nostro reparto dopo una degenza fuori regione, una positività per *K. pneumoniae* NDM. Il riscontro di questa nuova positività ha portato all'immediata attivazione del protocollo aziendale, con l'attuazione di tutte le misure di prevenzione e controllo delle infezioni (PCI) che hanno permesso di limitare la diffusione del microrganismo ad un singolo ulteriore piccolo paziente dello stesso reparto.

L'applicazione del protocollo prevede l'immediata comunicazione della positività alla Real Time PCR a responsabile, coordinatore e referenti del rischio

infettivo dell'U.O., fornendo indicazioni rispetto al corretto isolamento e alla gestione dei contatti. È stata data indicazione all'esecuzione dello screening in tutti gli altri piccoli degenti e all'incremento dei passaggi di pulizia/sanificazione. Il Gruppo Operativo per la gestione del rischio infettivo ha poi provveduto alla verifica del corretto isolamento e dell'applicazione delle precauzioni da contatto. L'indagine epidemiologica relativa agli eventuali contatti materni nel periodo precedente alla rilevazione ha portato a risultati tutti negativi, che fanno ipotizzare una possibile origine nosocomiale della colonizzazione legata al precedente ricovero ospedaliero fuori regione. Dopo dieci giorni è stata riscontrata un'ulteriore positività per *K. pneumoniae* NDM in un secondo piccolo paziente che ha portato al rafforzamento delle misure di prevenzione già adottate. Inoltre, è stato effettuato il campionamento ambientale relativo alla postazione di cura occupata dal neonato prima del trasferimento in stanza di isolamento e alla culla termica precedentemente occupata dal caso indice, momentaneamente tenuta in area riservata.

CONCLUSIONI

L'applicazione del protocollo di sorveglianza, in particolare lo screening dei pazienti all'ingresso e l'effettuazione dei tamponi di controllo nei contatti in caso di positività, unitamente a tutte le altre misure di PCI messe in atto, hanno evitato anche in questo caso la diffusione del microrganismo all'interno reparto e dell'ospedale. L'unica trasmissione registrata, dato l'isolamento del caso indice in stanza singola, è presumibilmente imputabile ad omessa igienizzazione delle mani da parte di un operatore sanitario.

L'ambulatorio vaccinale per i pazienti oncologici dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Salvati S.¹; Villa V.²; Solla D.¹; Clerici G.³; Marrocu C.³; Venneri L.⁴; Sonno A.⁵; Russo R.⁶; Demundo R.⁵; Fauro R.⁶; Triarico A.⁷

1 Dirigente Medico, S.C. Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

2 Direttore Medico di Presidio f.f., Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

3 Medico in formazione specialistica, Igiene e medicina preventiva, Università degli Studi di Milano

4 Coordinatore Infermieristico, S.C. Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

5 Assistente sanitario, S.C. Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

6 Infermiere, S.C. Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

7 Direttore Sanitario, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

I pazienti oncologici hanno tassi di incidenza, ospedalizzazione e mortalità più elevati legati alle infezioni. Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025 raccomanda la vaccinazione dei pazienti fragili in maniera proattiva e con percorsi centrati sul paziente. Inoltre, Regione Lombardia (RL) sostiene l'organizzazione di percorsi vaccinali ospedalieri per i pazienti cronici, preferendo ambulatori dedicati nelle strutture stesse. La collaborazione fra specialisti clinici e personale vaccinatore è fondamentale per aumentare le coperture vaccinali dei soggetti fragili, che sono in calo in RL. Infatti, è noto che i pazienti tendono ad affidarsi allo specialista anche per le vaccinazioni raccomandate. Inoltre, per i pazienti oncologici il contributo dello specialista è importante per eseguire la vaccinazione evitando i periodi di maggiore immunocompromissione.

Presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (INT) è stato avviato un ambulatorio vaccinale per i pazienti presi in carico. Il percorso è iniziato ad inizio 2023 con incontri formativi, fra la Direzione Medica di Presidio (DMP) ed esperti di settore, sui vaccini anti-Herpes Zoster ricombinante (RZV) e anti-pneumococco coniugato a 20 ceppi (PCV20). Nel corso dell'anno la Direzione Sanitaria ha partecipato al tavolo di lavoro di Fondazione The Bridge e RL sulle vaccinazioni per i pazienti fragili. Presso INT si è tenuto un corso di formazione sul campo per medici e infermieri della DMP e dei reparti, che insieme hanno definito il percorso e i criteri da seguire per la vaccinazione.

A febbraio 2024 è stato attivato l'ambulatorio vaccinale, coinvolgendo inizialmente il Dipartimento di Oncologia Medica e la Radioterapia e offrendo i vaccini

RZV e PCV20. Successivamente sono stati aggiunti ulteriori vaccini, come l'anti-meningococco ACW135Y (MenACWY) e l'anti-Haemophilus influenzae di tipo B (Hib), e l'offerta è stata estesa gradualmente a tutti i reparti. Il percorso di vaccinazione inizia quando lo specialista clinico raccomanda le vaccinazioni in sede di visita o di ricovero. Il medico indica la giusta tempistica di vaccinazione, in base alla letteratura, in modo da non compromettere la risposta al vaccino. Presso l'ambulatorio vaccinale, personale medico e infermieristico dedicato della DMP esegue l'anamnesi vaccinale e la somministrazione del farmaco e programma le successive vaccinazioni. Al 24 aprile 2024 sono stati vaccinati n. 82 soggetti (61 femmine, 21 maschi; età media 65 anni, mediana 68 anni) e sono state somministrate n. 71 dosi di RZV, n. 61 dosi di PCV20, n. 1 dosi di MenACWY e n. 2 dosi di Hib. Nella fase iniziale, la principale criticità è risultata la scarsa consapevolezza da parte dei clinici e dei pazienti dell'importanza della vaccinazione come parte del percorso di cura. Per questo, sono stati organizzati eventi dedicati a formare gli specialisti sul loro ruolo nell'indirizzare i pazienti alla vaccinazione e iniziative di sensibilizzazione della popolazione. L'esperienza di INT è un esempio di percorso vaccinale costruito su misura per i pazienti fragili, come raccomandato dal PNPV e da RL. L'introduzione di altri vaccini raccomandati e altre iniziative di formazione/informazione per i clinici e per i pazienti saranno cruciali per aumentare l'aderenza. L'ambulatorio vaccinale di INT può essere il riferimento per altre realtà simili che abbiano a che fare con una popolazione con condizioni di rischio legate a patologie specifiche.

Screening per l'individuazione di soggetti colonizzati da *Candida auris* (*C. auris*): modello organizzativo in AUSL Piacenza

B. Zerbi¹, M.G. Silvotti², F. Rasi², M.G. Procopio³, F. Fichtner¹, V. Lepera⁴, G. Lo Cascio⁴, F. Federici²

1Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli studi di Parma; 2AUSL Piacenza, Dipartimento Direzione Tecnica Direzione Medica – UOSD Igiene delle Strutture Sanitari - 3Risk Management – UOC Affari Generali e rapporti istituzionali; 4AUSL Piacenza, Dipartimento di Patologia Clinica – UOC Microbiologia

Parole chiave: *Candida auris*, Sorveglianza

INTRODUZIONE

C. auris rappresenta una seria minaccia per la sanità pubblica, è spesso resistente a più farmaci antimicotici e presenta un tasso di letalità per candidemia del 33-57%. *C. auris* può essere trasmessa attraverso il contatto con persone colonizzate/infette superfici e/o dispositivi medici contaminati. In Italia il primo caso di infezione invasiva è stato identificato nel 2019 e dall'ultimo aggiornamento risultano notificati circa 400 casi. Progressivamente si sta rappresentando un crescente rischio di trasmissione intraospedaliera. Pertanto, si è deciso di strutturare un programma di sorveglianza attiva che consenta la tempestiva identificazione dei soggetti infetti/colonizzati.

CONTENUTI

Il protocollo operativo adottato in Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) di Piacenza fornisce un modello organizzativo e indicazioni pratiche per la sorveglianza e il controllo della trasmissione di *C. auris*. In **figura 1** è riportata la *flowchart* che definisce il percorso di screening e le modalità di gestione proposte per la nostra AUSL. Gli interventi indicati mirano principalmente a interrompere la catena di trasmissione del microrganismo, individuando precocemente i soggetti colonizzati (per alcuni reparti da effettuarsi a tutti al momento del ricovero) e il relativo follow up. Le indicazioni al test di screening e alla sorveglianza sono modulate sulla base delle caratteristiche del reparto e del paziente. Partendo in primis da un'accurata anamnesi, si rende necessario valutare: eventuali pregresse positività, presenza di *link* epidemiolo-

gico (esempio: pazienti provenienti da strutture di ricovero e riabilitazione situate nelle aree maggiormente interessate e pazienti contatti di casi noti), nonché condizioni di particolare suscettibilità del paziente (esempio: ricovero in unità di terapia intensiva e condizioni di immunosoppressione). Nel modello organizzativo sono stati coinvolti tutti coloro che programmano ed eseguono test di screening e attuano le misure di isolamento. Il documento inoltre fornisce indicazioni pratiche relative alla decontaminazione ambientale, alla corretta modalità di esecuzione dei tamponi e alle precauzioni da adottare per gli operatori sanitari. La predisposizione del programma di sorveglianza ha coinvolto già nella fase di progettazione tutti gli operatori direttamente interessati; la condivisione iniziale ha facilitato l'accettazione dell'onere organizzativo delle misure di isolamento (da adottare preventivamente e da mantenere, in caso di positività, fino a dimissione/trasferimento) e ha favorito la sensibilizzazione verso i programmi di *Infection Prevention and Control* (essenziali per prevenire la diffusione di *C. auris* in Ospedale).

CONCLUSIONI

Il modello di sorveglianza descritto prevede una fase di sperimentazione di 2-3 mesi che consentirà di valutare aspetti critici oggetto di discussione in fase di progettazione. Tra questi, l'appropriatezza del numero di tamponi da eseguire per confermare la negatività (1-3) e la conformità dei test di laboratorio (colturale o molecolare). Questo porterà all'ottimizzazione delle risposte di laboratorio e alla riduzione dei tempi di isolamento.

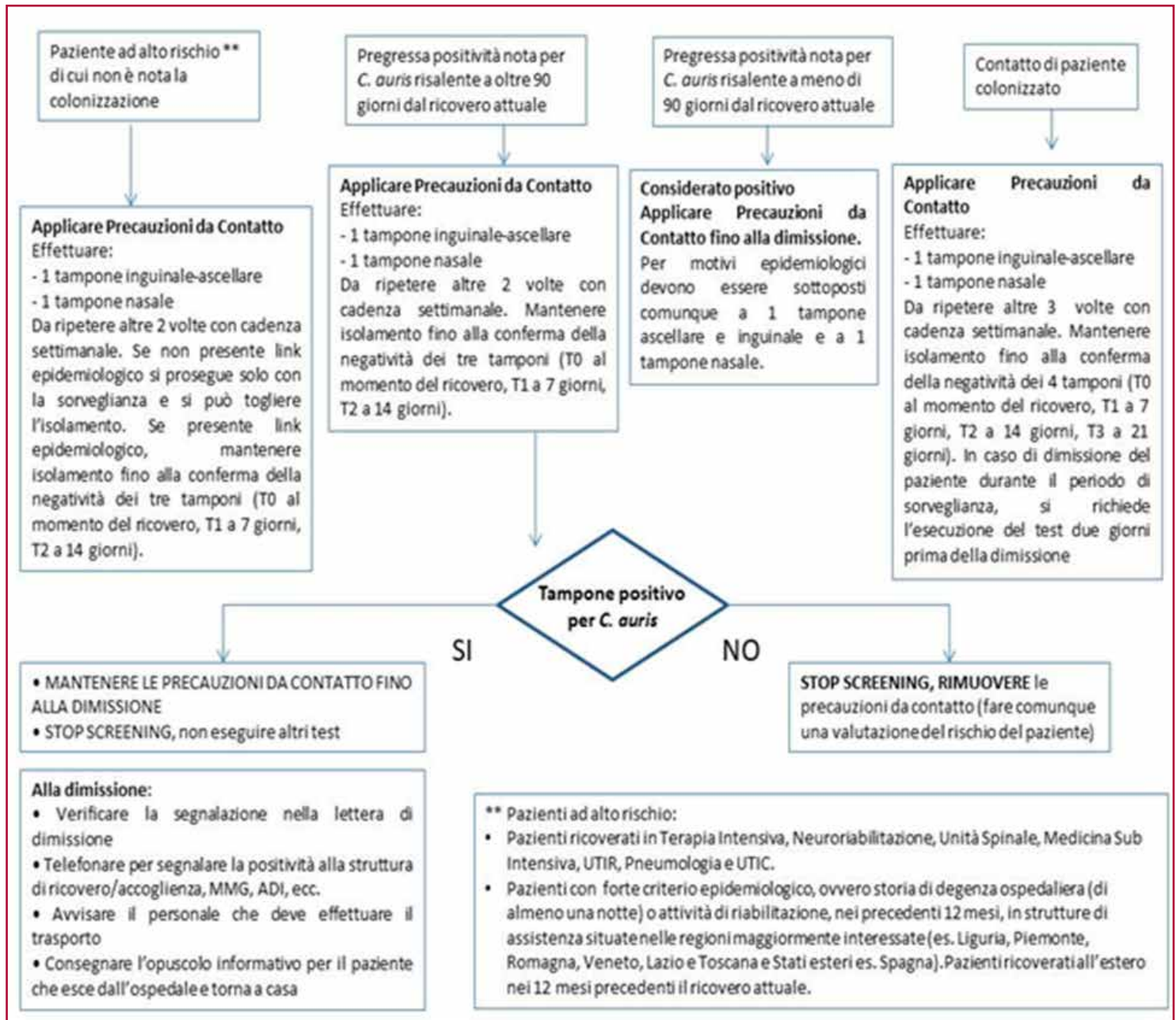


Figura 1: Flowchart che descrive il programma di sorveglianza in AUSL Piacenza.

Analisi di dimissioni, durata delle degenze e mortalità per effetto weekend nell'Ospedale di Bolzano

Lorenzon A.¹, Bertoli P.², Loss R.³, Zaebisch M.E.⁴, Montel E.⁵

1 Medico specializzando, Dipartimento di Scienze biomediche, metaboliche e neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia; in servizio presso Direzione Medica dell'Ospedale di Bolzano, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

2 Coordinatore sanitario del Comprensorio Sanitario di Bolzano, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

3 Dirigente medico, Responsabile del Servizio di Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva del Personale, Direzione Medica dell'Ospedale di Bolzano, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

4 Direttrice Medica Reggente della Direzione Medica dell'Ospedale di Bolzano, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

5 Dirigente medico, Responsabile della Verifica di Appropriattezza delle Prestazioni Sanitarie, Direzione Medica dell'Ospedale di Bolzano, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Parole chiave: Effetto weekend; Durata del ricovero; Dimissioni nel fine settimana

INTRODUZIONE

I ricoveri ospedalieri dal Pronto Soccorso (PS) connotano quasi sempre carattere urgente e necessità di cure specialistiche. Talvolta, però, a causa della scarsa disponibilità di posti letto (PL), i pazienti non vengono ricoverati di prima istanza nel reparto più conforme alla patologia da trattare.

L'occupazione dei PL dipende a sua volta da molti fattori: epidemiologici, strutturali, di organico, così come dalla diffusa propensione a dimettere meno nel finesettimana, o weekend (WE). Insieme alle dimissioni si riduce, però, anche la capacità di accogliere nuovi pazienti, che rischiano così di restare in attesa in area urgenze o di essere collocati in appoggio presso unità operative di discipline meno attinenti.

Essere ricoverati nel WE è stato associato ad un maggior rischio di decesso durante la degenza – il cosiddetto “effetto weekend” – dovuto a meno prestazioni erogabili e personale in servizio. Questa analisi è volta a indagare in quali reparti dell'Ospedale di Bolzano si osserva l'effetto weekend, se esso è maggiore in quelli che dimettono meno nel WE e che rapporto esiste con la durata della degenza.

CONTENUTI

Dal flusso informativo SDO 2022 sono stati estratti i dati aggregati dei reparti per acuti dell'Ospedale Provinciale di Bolzano.

Nella tabella 1 i reparti sono ordinati per il rapporto tra dimissioni (trasferimenti interni inclusi) e

ricoveri urgenti nel WE. In 17 reparti il rapporto è <1, ovvero, le dimissioni nel WE sono inferiori ai ricoveri. Al contrario, un rapporto >1 esprime di quanto esse superano gli ingressi da PS. Le durate dei ricoveri urgenti, invece, sono risultate tendenzialmente più brevi per chi è entrato nel WE (4 vs. 5 giorni). Nella tabella 2 sono riportati i reparti con decessi, ordinati per entità dell'effetto weekend riscontrato. In 13 reparti il rischio di decesso è risultato maggiore per i ricoverati del WE (in 6 di più del 50%); in 9 minore (di cui in 3 di più del 50%). Anche tra mortalità degli ingressi domenicali rispetto ai feriali il pattern è stato simile. Nell'ospedale in toto non si è verificato l'effetto weekend. Il rapporto dimissioni-ricoveri urgenti non è risultato associato con l'odds ratio di decesso, mentre è risultato inversamente correlato con la durata del ricovero (Figura 1; Rho di Spearman; weekend = -0.37; p = 0.044; domenica = -0.53; p = 0.002): più le dimissioni superano i ricoveri urgenti dello stesso giorno, più breve sarà la durata di questi, e viceversa.

CONCLUSIONI

Durante il 2022, nell'Ospedale di Bolzano non si è complessivamente verificato l'effetto weekend, benché la casistica sia poco rappresentativa e la variabilità tra reparti elevata.

Inoltre, anche se il fenomeno non è risultato correlato alla propensione di dimettere meno pazienti di quelli in ingresso durante il WE, tutti reparti con

Unità operativa	Dimissioni totali 2022		Ricoveri urgenti	Dimissioni/ricoveri urgenti		Durata mediana ricoveri per giorno d'ingresso			
	Weekend	Domenica		Weekend	Domenica	Weekend	Infrasettimanale	Δ	p-value
Neurologia	28	10	442	0.2	0.1	5 (3-9.75)	5 (2-9)	0	0.326
Reparto COVID 1	19	8	391	0.3	0.4	4 (3-8)	6 (4-10)	-2	0.003
Pneumologia	23	7	378	0.3	0.2	9 (5.75-15.3)	10 (6-17)	-1	0.241
Reparto COVID 2	28	11	323	0.3	0.2	7.5 (3-11)	7 (4-12)	0.5	0.515
Medicina	144	50	1945	0.3	0.2	7 (4-11)	8 (5-13)	-1	0.007
Psichiatria	40	15	641	0.4	0.3	6 (2-12.5)	8 (3-16)	-2	0.114
Gastroenterologia	39	16	507	0.4	0.3	5 (3-10)	7 (5-12)	-2	0.001
Stroke Unit	59	39	586	0.4	0.5	3 (2-5)	3 (2-6)	0	0.947
Dermatologia	9	1	200	0.4	0.1	8.5 (5-10.8)	7 (5-12)	1.5	0.966
Geriatria	71	24	894	0.5	0.4	10 (5-16)	11 (7-17)	-1	0.035
Ortopedia	185	74	1182	0.6	0.5	5 (2-9)	6 (2-9)	-1	0.813
Pediatria	117	54	710	0.6	0.6	3 (2-4)	3 (2-5)	0	0.359
Nefrologia	20	8	190	0.7	1	10 (4-18)	11 (7-17.5)	-1	0.464
Astanteria	289	148	1244	0.8	0.8	3 (1-6)	4 (2-6)	-1	0.029
Rianimazione	84	42	391	0.8	0.7	3 (1.5-9.5)	3 (1-7)	0	0.226
Cardiologia	207	90	831	0.9	0.8	4 (2-5)	4 (2-7)	0	0.367
Malattie infettive	17	5	122	0.9	0.6	8 (3.25-11.5)	8.5 (4.75-17.3)	-0.5	0.278
Chirurgia Pediatrica	42	25	165	1.1	1.3	3 (1-6)	3 (2-6)	0	0.291
PA-ICU1	165	62	548	1.1	0.7	2 (1-4)	2 (1-5)	0	0.342
Ematologia	16	4	73	1.3	0.5	9 (4-12.5)	9 (6-21)	0	0.434
Ostetricia	459	222	1241	1.4	1.2	3 (2-4)	3 (2-4)	0	0.509
Chirurgia Generale	310	122	960	1.4	1.1	3 (2-5)	4 (2-7)	-1	0.015
Neurochirurgia	137	48	468	1.4	0.9	4 (2-8)	4 (1-8)	0	0.868
CVT2	187	78	424	2	1.4	3 (2-5)	4 (2-7)	-1	0.027
TIN3	36	13	221	3.3	1.9	10 (3.5-11.5)	7 (4-14)	3	1000
Oculistica	21	5	60	3.5	2.5	8.5 (4.25-10.5)	1 (1-2)	7.5	0.773
ORL4	203	94	161	5.1	3.8	3 (2.75-5)	4 (2-6)	-1	0.002
Urologia	367	94	340	5.4	2.2	3 (2-5)	4 (2-7)	-1	0.013
Ginecologia	209	89	169	6	4.2	1 (1-2.5)	2 (1-5)	-1	0.049
Totale	1978	1978	17322	0.5	1	4 (2-8)	5 (2-9)	-1	< 0.001

Tabella 1: Ammontare di dimissioni e ricoveri urgenti per ciascun reparto, espressi in numeri assoluti, e rapporto fra i due; durata dei ricoveri urgenti suddivisi per giorno di ingresso, espressi in mediane (IQR). ¹Terapia Intensiva post-acute, ²Chirurgia Vascolare Toracica, ³Terapia intensiva neonatale, ⁴Otorinolaringoiatria

Reparto	Decessi	Odds Ratio			
		Effetto weekend*	p-value	Domenica vs. feriali	p-value
Dermatologia	1	2.63 (0.1-66.51)	0.725	6.68 (0.26-175.21)	0.828
Urologia	3	2.02 (0.18-22.55)	0.562	3.51 (0.31-39.58)	0.279
Astanteria	21	1.58 (0.65-3.84)	0.310	2.35 (0.9-6.13)	0.073
Psichiatria	1	1.58 (0.06-39.04)	0.647	4.25 (0.17-105.9)	0.781
Nefrologia	10	1.55 (0.31-7.72)	0.590	0.97 (0.05-17.91)	0.496
Gastroenterologia	21	1.53 (0.58-4.03)	0.392	1.52 (0.43-5.35)	0.511
Geriatria	185	1.47 (0.99-2.19)	0.058	2.2 (1.26-3.84)	0.005
Ortopedia	18	1.4 (0.52-3.77)	0.501	0.41 (0.05-3.1)	0.373
PA-ICU	97	1.35 (0.84-2.18)	0.213	1.24 (0.7-2.19)	0.466
Rianimazione	86	1.19 (0.69-2.03)	0.532	1.32 (0.69-2.52)	0.394
Pneumologia	41	1.13 (0.51-2.48)	0.762	0.85 (0.29-2.51)	0.765
Medicina	197	1.05 (0.74-1.49)	0.793	0.75 (0.45-1.24)	0.260
Cardiologia	24	1.03 (0.42-2.51)	0.954	0.25 (0.03-1.9)	0.150
CVT	10	0.87 (0.18-4.17)	0.861	0.75 (0.09-6.06)	0.789
Reparto COVID 2	52	0.84 (0.43-1.66)	0.615	0.75 (0.3-1.88)	0.543
Malattie Infettive	3	0.78 (0.04-15.81)	0.466	1.87 (0.09-39.34)	0.642
Stroke Unit	5	0.72 (0.08-6.48)	0.767	0.61 (0.03-11.14)	0.390
Ematologia	8	0.7 (0.08-6.29)	0.750	0.4 (0.02-7.54)	0.293
Chirurgia Generale	26	0.58 (0.2-1.69)	0.310	1.35 (0.46-3.98)	0.588
Neurologia	22	0.44 (0.13-1.51)	0.181	0.8 (0.23-2.79)	0.730
Neurochirurgia	6	0.28 (0.02-4.97)	0.199	0.58 (0.03-10.38)	0.373
Reparto COVID 1	50	0.4 (0.14-1.15)	0.079	0.67 (0.15-2.95)	0.593
Totale	894	1 (0.85-1.17)	0.973	0.97 (0.78-1.19)	0.749

Tabella 2: per ciascun reparto, numero di decessi e rischio di incorrere in decesso per chi viene ammesso il WE (effetto weekend) o la domenica rispetto ai restanti giorni, espresso come Odds Ratio (95%CI). * rischio di decesso per i ricoverati del WE rispetto a quelli infrasettimanali, ¹Terapia Intensiva post-acute, ²Chirurgia Vascolare Toracica.

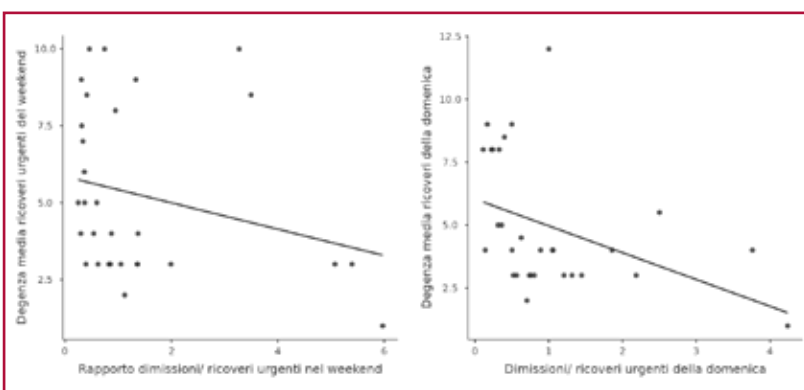


Figura 1: Rappresentazione grafica (scatterplot) della correlazione tra rapporto dimissioni/ ricoveri urgenti e durata media della degenza, relativo sia ai movimenti del WE, sia della sola domenica.

effetto weekend presente e p-value < 0,1 perpetuavano questa pratica.

In futuro, casistiche più ampie potrebbero consentire analisi più conclusive.

Infine, nonostante la degenza sia stata mediamente più breve per chi viene accolto nel WE, legato presumibilmente a servizi limitati e dimissioni più difficoltose, la durata del ricovero è risultata proporzionale a quanto in un dato reparto i ricoveri urgenti del WE superano le dimissioni.

Ciò suggerisce che dimettere meno pazienti di quelli in ingresso da PS nel WE influisce negativamente sul ricovero di questi ultimi, allungandone la durata, e impegnando di conseguenza più risorse.

Progetto Sperimentale Rimodulazione Attività Chirurgica – P. O. «E. Agnelli» Pinerolo, ASL TO3

M. Bergalla¹, M. Reborà², A. Muratore³, I. Vigna⁴, F. Cusotto¹, F. Bert¹, F. Dall’Occo⁵, R. Siliquini¹

1. Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

2. Direttore S.C. Direzione Medica P.O. Pinerolo, ASL TO3

3. Direttore Dipartimento Chirurgico, Direttore S.C. Chirurgia Generale P.O. Pinerolo, ASL TO3

4. Dirigente Medico S.C. Direzione Medica P.O. Pinerolo, ASL TO3

5. Direttore Generale ASL TO3

Parole chiave: Innovazione, efficientamento, sale operatorie

INTRODUZIONE

La pandemia da Sars-CoV-2 ha comportato una diminuzione delle prestazioni chirurgiche erogate in regime elettivo rendendo necessaria l’attuazione di un piano di recupero al fine di ridurre le liste d’attesa e di garantire il rispetto dei tempi di attesa per l’erogazione di queste prestazioni. Secondo la normativa vigente e secondo le indicazioni ricevute da Regione Piemonte il gold standard in termini di volume di produzione è costituito dall’anno 2019. L’ASL TO3 negli anni post pandemici ha sempre raggiunto gli obiettivi prefissati di produzione, ma in questo contesto il

Presidio Ospedaliero di Pinerolo, nonostante un trend in miglioramento, non è ancora riuscito a raggiungere in maniera strutturale gli obiettivi prefissati.

CONTENUTI

Il Progetto ha visto una rimodulazione in via sperimentale per tre mesi dell’attività chirurgica della sala operatoria destinata fino a quel momento esclusivamente per interventi in regime di urgenza.

È stato invece previsto l’utilizzo della sala operatoria precedentemente citata per attività chirur-

	N. sedute assegnate	N. interventi eseguiti	N. interventi programmati	N. interventi eseguiti/N. interventi programmati	N. interventi eseguiti/N. interventi eseguiti totali	N. medio interventi eseguiti per seduta	N. medio interventi programmati per seduta
S.C. Chirurgia Generale	11	26	27	96,3 %	17,11 %	2,36	2,45
S.C. Ortopedia	23	57	63	90,48 %	37,5 %	2,48	2,74
S.C. Ostetricia e Ginecologia	11	27	29	93,10 %	17,76 %	2,45	2,64
S.C. Otorinolaringoiatria	6	16	17	94,14 %	10,52 %	2,67	2,83
S.S. Urologia	7	26	26	100 %	17,11 %	3,71	3,71
Totale	58	152	162	93,83 %	100 %	2,62	2,79

Tabella n. 1: Interventi eseguiti e programmati per seduta operatoria

	Novembre 2023	Dicembre 2023	Gennaio 2024	Trimestre
S.C. Chirurgia Generale	13.25	12.55	13.05	13.05
S.C. Ortopedia	13.15	14.00	14.15	13.50
S.C. Ostetricia e Ginecologia	12.55	12.21	12.25	12.35
S.C. Otorinolaringoiatria	12.45	13.57	13.15	13.20
S.S. Urologia	12.50	11.55	12.00	12.15
Totale	13.10	13.10	13.00	13.03

Tabella n. 2: Orari di fine della seduta operatoria

gica di elezione nei giorni dal lunedì al venerdì in orario 8.00 – 12.30 nel periodo compreso tra il 01.11.2023 e il 31.01.2024, esclusi i festivi.

L'attività chirurgica elettiva programmata è stata organizzata prevedendo interventi di medio-bassa complessità chirurgica delle diverse specialità seguendo una calendarizzazione precisa e mantenuta costante nel tempo.

La scelta di queste specifiche caratteristiche per la programmazione è stata fatta al fine di poter garantire la pronta disponibilità di un'equipe operatoria in caso di eventuali interventi in regime di emergenza, facilitare il percorso degli interventi in urgenza e rendere compatibile l'incremento di attività chirurgica con la gestione dei posti letto all'interno del Presidio Ospedaliero.

Con questa rimodulazione dell'attività chirurgica si è stimato un incremento di circa 15 interventi in regime elettivo a settimana prevedendo l'organizzazione di sedute operatorie con in media tra interventi chirurgici.

CONCLUSIONI

Durante il periodo sperimentale di osservazione dell'attività della sala operatoria sono stati programmati 162 interventi chirurgici e di questi

152 sono stati effettivamente svolti (93,83%) mentre i restanti 10 interventi non sono stati eseguiti per cause di varia natura.

In media sono stati eseguiti 2,62 interventi a seduta operatoria a fronte di una programmazione media di 2,79 interventi a seduta, dato leggermente inferiore alle previsioni e con una variabilità importante tra le singole specialità chirurgiche.

Analizzando l'orario di fine della seduta operatoria, rappresentato dall'uscita dell'ultimo paziente in programma dalla sala operatoria, questo è risultato molto disomogeneo tra le specialità chirurgiche con elevata variabilità del dato (11.11 – 18.10) dovuto a molteplici cause.

Al termine del periodo sperimentale inoltre sono state analizzati separatamente i dati di attività di ognuna delle singole specialità chirurgiche al fine di individuare ipotesi di miglioramento specifiche sulla base delle criticità emerse nel trimestre sperimentale di osservazione.

Visti i buoni risultati riscontrati si è deciso di rendere strutturale la modifica sperimentale dell'organizzazione dell'attività di sala operatoria e di instaurare un sistema di monitoraggio quotidiano al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Progettare secondo la logica della staffabilità

F. Fichtner¹, B. Zerbi¹, V. Trabacchi², V. Tagliaferri³, F. Federici⁴

1 – Medico specializzando di Igiene e Medicina preventiva, AUSL Piacenza/Università degli studi di Parma

2 – Direttore UOC Governo dell'accesso in Emergenza e dei percorsi outpatient AUSL Piacenza

3 – Direttore Lavori su strutture esistenti e impianti

4 – Direttore UOC Presidio Unico, AUSL Piacenza

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

Presentiamo l'Area Intensiva, Semintensiva e Degenza dell'UU.OO. Pneumologia e Medicina Semintensiva dell'ospedale di Piacenza, realizzata per dotarla di flessibilità strutturale, impiantistica ed organizzativa al fine di darle la capacità di soddisfare le esigenze di degenza ordinaria, ma con la "staffabilità" dei posti letto (PL) verso setting a più elevata intensità, adeguandoli alle richieste di cura. In situazione di assetto "ordinario" l'Area dispone complessivamente di 29 PL: 12 PL di medicina semintensiva, 11 PL di degenza ordinaria Pneumologica, 4 PL di Semintensiva Respiratoria e 2 PL di UTIR-Terapia Intensiva Respiratoria. In caso di emergenza, è modulabile ad un assetto da "ordinario" a "subintensivo", e da "subintensivo" a "intensivo", in cui in completo regime di "emergenza" sono presenti un totale di 26 PL di Terapia Intensiva (TI).

L'area è suddivisa in due blocchi:

- Il blocco principale "A", in cui si trovano le due Unità, ciascuna delle quali è suddivisa in una parte a trattamento semintensivo/intensivo e una parte a degenza ordinaria. Le aree Terapie semintensive /intensive dispongono di spazi di supporto esclusivi, al fine di mantenere l'isolamento tra loro.

L'area A1 (Pneumologia) è formata da un'ampia sala open-space di Terapia Semintensiva Respiratoria (4 PL) e Utir (1 PL), che ospita 5 postazioni in regime ordinario con zona filtro.

La degenza isolata (1PL Utir) è dotata di filtro autonomo in ingresso e un filtro in uscita con lavello e zona per i DPI. Gli ingressi delle aree sono diversificati per operatori e visitatori.

La restante parte è occupata da 4 degenze a due letti che possono essere utilizzate sia in modalità ordinaria sia come postazioni di TI. Dal punto

di vista impiantistico, tutte le aree sono dotate di impianti adeguati a quanto richiesto dalle aree di TI, con funzionamento in pressione positiva, ma commutabile in pressione negativa in situazioni di patologie infettive. L'area A2 (Medicina Semintensiva) è sostanzialmente simmetrica e identica all'area di degenza dell'area A1 quanto a caratteristiche impiantistiche, con l'unica differenza della presenza di solo 2 degenze.

- Il secondo blocco, in cui si trovano gli studi medici oltre a 5 stanze di degenza singole, funge da ingresso alle aree; queste degenze, attive in regime ordinario, vengono chiuse per creazione zona filtro in caso di trasformazione in PL di TI. L'adozione del regime organizzativo "intensivo", con la massima staffabilità in TI dei PL di quest'Area, è previsto nei piani Aziendali di gestione dell'emergenza pandemica (Panflu) e richiede, tra l'altro, l'adeguamento di risorse mediche e di comparto oltre che alcune modifiche organizzative tese a garantire la guardia attiva H24 nell'area di degenza intensiva.

La staffabilità di quest'area ha permesso la trasformazione del reparto Pneumologia in tre settori, a setting assistenziale medio o alto, destinandolo a seconda del fabbisogno al trattamento di pazienti con Sars-Cov-2, influenza o altre patologie, garantendo in questi setting l'isolamento a coorte tra i vari pazienti; si è rivelato per questo motivo utilissima nella gestione delle ondate pandemiche successive alla fine del 2021.

In particolare verso il finire del 2023, quando a fronte dell'aumento di casi di pazienti SARS-COV-2 positivi, abbiamo avuto anche il picco epidemico influenzale con un consistente aumento di pazienti positivi al tampone per virus influenzale che accedevano al Pronto Soccorso in distress respiratorio.

Le dimissioni protette degli ospedali dell'area sud dell'ASp di Caltanissetta Gela, Niscemi e Mazzarino

A. Longo¹, A. Longo², A. Cirrone Cipolla³

1. Dipartimento di Medicina Università degli Studi di Udine; 2. Studente di Medicina Università Dunarea De Jos Din Galati "Sede distaccata di Enna"; 3. Direttore Medico f.f. Distretto Ospedaliero cl 2-ASP CL

INTRODUZIONE

Il management aziendale dell'ASP di Caltanissetta, sulla base delle Direttive Regionali e delle Linee Guida Nazionali, ha avviato il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e il servizio di Cure Palliative domiciliari, attraverso una organizzazione del servizio divisa in 4 macro aree, una per ogni Distretto Sanitario: Caltanissetta, Gela, Mussomeli e San Cataldo; due Unità per la Valutazione delle Cure Palliative: area nord (comprendente i distretti di Caltanissetta, Mussomeli e San Cataldo) e area sud (coincidente con il distretto di Gela); oltre ad una Unità Centrale di Coordinamento.

MATERIALI E METODI

L'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) consiste in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti ed in condizioni di fragilità, con patologie in atto o in fase di riacutizzazione o con esiti delle stesse, per contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Gli obiettivi principali sono pertanto:

- L'assistenza a pazienti con patologie trattabili a domicilio evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale; la patologia cronica in fase di riacutizzazione, o patologie acute: incidenti vascolari acuti; gravi fratture; malattie acute temporaneamente invalidanti, tutte le patologie che costringono all'allettamento provocando decubiti; pazienti oncologici o pediatrici.
- L'assicurazione della CA per i pazienti dimessi da altre strutture sanitarie con necessità di prosecuzione degli interventi;
- Il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- Il supporto ai familiari anche per migliorare il loro ruolo nei confronti della persona assistita.

La segnalazione del paziente viene effettuata a cura del M.M.G., tramite la compilazione di un'apposita cartella clinica, consegnata al responsabile del servizio ADI distrettuale dei presidi sanitari territoriali distrettuali.

Qualora la segnalazione venga fatta da persona diversa dal M.M.G., sarà compito del responsabile del presidio informarne il Medico di Medicina Generale ed eventualmente procedere all'attivazione. Le "dimissioni protette" da parte della struttura ospedaliera vanno segnalate e concordate sia con il M.M.G.

che con il servizio A.D.I. Qualunque possa essere la segnalazione utilizzata, al servizio A.D.I. deve sempre pervenire la Cartella Clinica A.D.I. debitamente compilata. Il Punto Unico d'Accesso (PUA) è una "porta" che accoglie e rileva il bisogno del cittadino, individua i percorsi di cura più appropriati e attiva le procedure per gli interventi sanitari necessari. Il PUA è particolarmente rivolto alle persone portatrici di "fragilità" sociosanitarie con patologie a lungo termine o croniche e alle loro famiglie, per sostenerle nei differenti percorsi di cura. Le prestazioni si richiedono recandosi allo sportello PUA (Punto unico di Accesso) presente in tutti i Distretti Sanitari di Base dell'ASP di Caltanissetta e specificatamente.

RISULTATI

In seguito l'analisi dei dati raccolti nel corso dell'anno 2023, confrontando i seguenti PO di Gela, Niscemi e Mazzarino. Durante l'anno 2023 si può affermare che le dimissioni protette totali con un tasso elevato presso il PO di Gela, confronto con il PO di Niscemi ed il PO di Mazzarino il quale conferma il numero più basso. Nel primo trimestre del 2024 analizzando la raccolta dati fornita da U.O.S. ADI tramite registro protocollo cartaceo, analizziamo il confronto delle dimissioni protette dei PO di Gela, Niscemi e di Mazzarino. Nel corso del primo trimestre del 2024 si può affermare che il totale delle dimissioni protette dei 3 PO di Gela, Niscemi e Mazzarino, si evince un alto tasso presso il PO di Gela.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Le dimissioni protette da parte della figura ADI e dalle RSA dei vari PO di Gela, Niscemi e Mazzarino sono da considerare importanti, poiché evidenzia un servizio alla comunità che comprende persone immunodepresse, con patologie croniche ed acute. Con le analisi effettuate nel corso del 2023, possiamo trarre in conclusione che il PO della sede di Gela ha un elevato numero di dimissioni protette sia ADI che anche nelle RSA al confronto dei PO di Niscemi e Mazzarino. Nel primo trimestre del 2024 si evince che il PO di Gela mantiene un elevato numero di dimissioni protette a confronto dei PO di Niscemi e PO di Mazzarino. In conclusione nel distretto di Gela le dimissioni protette sono molto alte a confronto di Niscemi e Mazzarino poiché presenta un elevato numero di paziente con patologie croniche, acute, allettati e con bassa capacità di autonomia

Il Dipartimento Funzionale Interaziendale di Neuroscienze: un nuovo modello organizzativo

D.Bosone¹, D.Mureddu², L.Blandi³, A. Odone⁴

1 Direttore Sanitario IRCCS Istituto Neurologico Nazionale Fondazione C. Mondino

2 Medico Assistente in formazione specialistica Igiene e Medicina Preventiva presso Fondazione C. Mondino e Università di Pavia

3 Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva presso Fondazione C. Mondino e Università di Pavia

4 Professore Ordinario della Scuola di Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Pavia

Parole chiave: Dipartimento, Integrazione, Neuroscienze

INTRODUZIONE

La creazione di un Dipartimento Interaziendale di Neuroscienze (DIN) rappresenta una potenziale opportunità per fornire risposte di salute di qualità sempre più elevata in ambito di assistenza ospedaliera e territoriale. Pavia è una cornice ideale per sperimentare nuovi contesti organizzativi, per l'elevata concentrazione di servizi sanitari ad alta specialità in un'area circoscritta.

L'obiettivo del presente progetto è l'istituzione di un DIN fra i principali erogatori di servizi ospedalieri pubblici e privati accreditati e territoriali della provincia che permetta a) la sperimentazione di nuovi modelli di presa in carico, b) la riduzione dei costi, c) l'integrazione dei percorsi con i Distretti e la creazione di un Polo di Neuroscienze attrattivo, sia per il sistema sanitario regionale, sia per la ricerca e per la sperimentazione clinica, oltre a un modello integrativo pubblico-privato esportabile in altri territori.

MATERIALI E METODI

La sperimentazione include le seguenti strutture sanitarie: 1) IRCCS San Matteo con vocazione multidisciplinare medico-chirurgica, 2) IRCCS C. Mondino eroga prestazioni di cura e di ricerca avanzata nell'ambito della Malattie del Sistema Nervoso, 3) IRCCS Istituti Maugeri con alta specializzazione per la Medicina Riabilitativa, 4) Fondazione CNAO eroga prestazioni altamente innovative in ambito oncologico, 5) ASST di Pavia che persegue la prevenzione, la cura multidisciplinare medico-chirurgica e l'assistenza socio-sanitaria. Il progetto, approvato dai CDA delle strutture, ha portato alla costituzione di un Comitato dei Direttori Sanitari e Sociosanitari coordinati da un Direttore di Dipartimento. Il Comitato elabora proposte organizzative attraverso Tavoli di Lavoro interaziendali. Una

Cabina di Regia supervisiona i lavori con compiti di indirizzo e verifica periodica di risultati. Essa è composta dai Presidenti, dai Direttori Generali e/o dagli Amministratori Delegati, nonché dal Direttore del Dipartimento degli Enti facenti parte del DIN.

RISULTATI

Dall'istituzione della Cabina di Regia sono state identificate quattro aree tematiche: i) l'area cerebrovascolare, ii) la neuro-psichiatria dell'età evolutiva, iii) la neurochirurgia funzionale e iv) la neuro-oncologia. La collaborazione tra Mondino e Policlinico S. Matteo ha portato a un miglioramento delle sinergie delle strutture sanitarie presenti nel territorio pavese. Questo ha consentito di aumentare il numero di interventi complessi in ambito neurologico. Il numero delle procedure di ricanalizzazione sono passate da 123 nel 2018 a 220 nel 2023. Nel medesimo anno sono state eseguite 147 trombectomie contro le 137 del 2022. Un altro ambito è stato l'intervento a media invasività di Deep Brain Stimulation dove sono stati eseguiti 26 nuovi impianti e 50 sostituzioni di dispositivi. Inoltre, è stato istituito un PDTA interaziendale neuro-oncologico per la presa in carico "totale" dalla diagnosi alle cure territoriali.

CONCLUSIONI

questa progettualità ha portato ad una crescente collaborazione tra le strutture sanitarie del territorio pavese, consentendo l'aumento dei volumi di prestazione in ambiti specifici, all'attivazione di interventi di alta complessità con equipe interaziendali, e allo sviluppo di PDTA per una migliore presa in carico e cura dei pazienti in ambito Neurologico. L'obiettivo futuro consiste nel miglioramento nella quantità e qualità del servizio offerto a favore dei pazienti del territorio e di quello nazionale.

La gestione del rischio infettivo: un approccio multiprofessionale e integrato ospedale-territorio

Scarpis E., Cocconi R., Zuliani P., Conte A., Virgili G., Arnoldo L., Giuliani C., Brusaferrò S.

INTRODUZIONE

L'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC) identifica nel controllo e nella gestione del rischio infettivo un elemento essenziale di qualità dell'assistenza erogata. A tal fine ASUFC promuove un programma di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e ha declinato le linee di indirizzo e di coordinamento in ottica globale, che guarda al rischio infettivo come ad una delle dimensioni del rischio clinico, prevedendo un'organizzazione a rete su più livelli, multiprofessionale, integrata ospedale-territorio e formalizzata con atti e incarichi.

CONTENUTI

L'ASUFC, al fine di garantire un approccio multiprofessionale e quanto più possibile capillare, identifica i seguenti livelli di gestione del rischio infettivo: 1) la funzione strategica di governo e di coordinamento aziendale dei processi correlati alle attività di accreditamento, di miglioramento della qualità e di gestione del rischio clinico, rappresentata dagli incarichi aziendali della SOC Accreditamento, Qualità e Rischio Clinico, che operano di concerto con le Direzioni Mediche Ospedaliere (DMO) e di Distretto e con i Dipartimenti Aziendali. 2) Il Comitato di Controllo delle ICA, un organismo multidisciplinare e multiprofessionale, comprendente la rappresentanza dei Cittadini/pazienti, con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria e con il mandato di indirizzare e supportare gli obiettivi strategici del programma di prevenzione e controllo delle ICA (PCI) e di contrasto dell'antimicrobico-resistenza, proponendo strategie mirate sia ai presidi ospedalieri che ai servizi sanitari in ambito territoriale. 3) I Gruppi Operativi, che cooperano con gli incarichi aziendali nel gestire le attività del PCI. Essi sono costituiti da infermiere/i specialisti in rischio infettivo (ISRI) e altri professionisti esperti in PCI e sono coordinati a livello operativo locale dai medici igienisti di DMO e dai medici di

Distretto. 4) La rete dei Link Professional, costituita da professionisti referenti per la prevenzione e il controllo delle ICA: medici, infermieri, tecnici e altre professioni sanitarie individuati sulla base della competenza ed interesse nel campo della prevenzione e controllo delle infezioni. I Link Professional collaborano al raggiungimento degli obiettivi del programma aziendale, rappresentando un riferimento nel proprio contesto (champion), un interlocutore competente per la gestione delle criticità emergenti e favorendo il change management. 5) Tutti i professionisti sanitari operanti nelle Unità Operative, sul cui coinvolgimento attivo e sulla cui formazione l'Azienda continua da anni ad investire. 6) Cooperano alle attività di PCI i medici infettivologi e i microbiologi, che sono a supporto dei gruppi operativi e dei clinici, i medici del lavoro per gli aspetti inerenti il rischio biologico degli operatori sanitari, gli operatori del Servizio di Prevenzione e Protezione per la valutazione del rischio biologico secondo il D.Lgs 81/08 e il Dipartimento di Prevenzione per garantire la salute pubblica anche nell'interfaccia ospedale-territorio.

CONCLUSIONI

La gestione del rischio infettivo è parte degli obiettivi strategici aziendali di promozione della sicurezza delle cure ed è integrata nella funzione aziendale di gestione del rischio clinico. Prevede un approccio capillare a rete, multiprofessionale, con sei livelli organizzativi formalizzati, complementari e sinergici, che garantiscono altresì una gestione integrata ospedale-territorio.

Ruolo dei percorsi ambulatoriali pre e post-DEA nella riduzione del sovraffollamento: l'esperienza di Prato

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

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

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

Parole chiave: Direzione Sanitaria, Pronto Soccorso, Percorsi ambulatoriali, Percorsi Ospedale-Territorio

INTRODUZIONE

Il Pronto Soccorso (PS) rappresenta una delle aree a maggiore complessità all'interno di un presidio ospedaliero. La necessità di ricercare nuove soluzioni per affrontare le problematiche correlate alle attese e per assicurare maggiore attenzione alle persone con fragilità richiede un ripensamento dell'organizzazione del PS, non solo relativamente ai percorsi interni, ma anche ai percorsi in uscita del paziente. I percorsi interni al PS sono fortemente influenzati dalle capacità di risposta dei servizi mentre l'uscita è condizionata dalla disponibilità di posti letto e, a valle, dalla recettività dei servizi ospedalieri e territoriali. La letteratura scientifica riporta come la performance del PS sia correlata alla efficienza dei processi organizzativi della struttura ospedaliera e all'integrazione con il territorio.

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

CONTENUTI

Il presente studio è di tipo osservazionale retrospettivo. Sono stati raccolti i dati dei pazienti "in destinazione" nel PS del Presidio Ospedaliero di Prato, rilevati sulla piattaforma informatica alle ore 9:00 di ogni giorno dal 1° gennaio 2023 al 31 marzo 2024. Tali dati sono presentati come media \pm deviazione standard, rag-

gruppati per mese (Figura 1). I dati dei pazienti in destinazione sono stati correlati con il numero di percorsi ambulatoriali ospedalieri e territoriali attivati e dedicati al PS. L'analisi dei dati è stata effettuata con software Kyplot 2.0; sono stati considerati significativi valori di $P < 0.05$. La figura 1 dimostra valori medi elevati di pazienti in destinazione, indicativi di sovraffollamento in PS, all'inizio del periodo di osservazione e quando il numero dei percorsi attivi era basso. A partire da gennaio 2023, la Direzione Sanitaria del Presidio ha attivato percorsi ambulatoriali dedicati, allo scopo di facilitare le dimissioni dei pazienti dal PS. Inizialmente sono stati avviati percorsi in post-DEA, cioè dedicati ai pazienti dimessi dal PS. A partire da gennaio 2024 in seguito al rialzo dei valori medi dei pazienti in destinazione, sono stati attivati anche percorsi ambulatoriali in pre-DEA, cioè dedicati a pazienti che presentavano problematiche che potevano determinare un accesso al DEA e quindi intercettando il paziente prima di far riferimento al PS. L'analisi per regressione ha dimostrato che il decremento della media dei pazienti in destinazione si associa in maniera statisticamente significativa al numero di percorsi ospedalieri e territoriali attivi dedicati al PS ($r = -0.6078$; $P = 0.0162$) (Figura 2).

CONCLUSIONI

Il sovraffollamento in PS è una condizione in cui il normale funzionamento è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria e le risorse disponibili. Facilitare le dimissioni dal PS verso strutture ambulatoriali ospedaliere e territoriali che garantiscano l'appropriatezza dell'assistenza, permette di ridurre significativamente le situazioni di sovraffollamento. Organizzare percorsi in post-dimissione sicuramente permette di limitare le criticità. Intercettare la proporzione di pazienti con patologie croniche a rischio riacutizzazione e assicurare la loro presa in carico si associa a una consistente riduzione del sovraffollamento in PS.

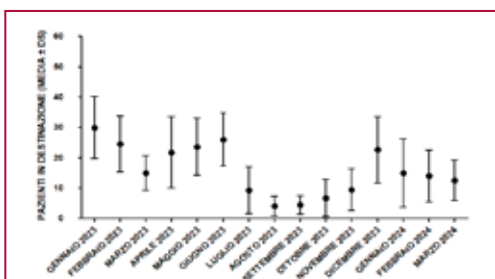


Figura 1

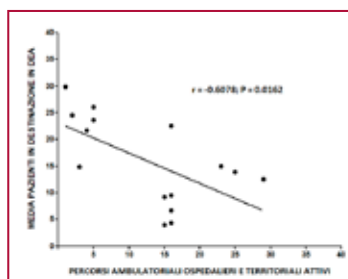


Figura 2

Attualità nel post emergenza Covid-19 del Metodo andragogico nella formazione in sanità come promozione del benessere formativo

E. Scalise *, **A. Scozzafava^{°°}**, **D. Sgroi ^{°°}**, **F. Milito [°]**

[°] Direttore Generale ASL Roma 3, ^{°°} Direttore Sanitario aziendale ASL Roma 3, ^{°°°} Direttore Amministrativo ASL Roma 3, * Dirigente medico Responsabile UOS Formazione ed Aggiornamento del personale ASL Roma 3

Parole chiave: Andragogia, Benessere formativo

PREMESSA

Lo stato di pandemia è stato dichiarato l'11 marzo 2020 dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) in seguito al livello di gravità e di diffusione globale senza confini del virus. Il 31 Dicembre 2019 è il giorno di inizio della criticità quando nella città cinese di Wuhan venne notificato dalle autorità sanitarie un focolaio di casi di polmonite, ad eziologia ignota, ed il 9 Gennaio 2020 la data di quando venne identificato per la prima volta un nuovo coronavirus (2019-nCov) come causa eziologica di questa forma patologica in diffusione, denominata COVID-19. Restrizioni della libertà personale, disposizioni obbligatorie di tipo sanitario e di ordine pubblico, hanno rappresentato una evoluzione di eventi con decessi numericamente assimilabili ad una guerra senza confini, mai vissuta dalla popolazione mondiale. Le ripercussioni sullo stato psichico e le sulla salute mentale sono attualmente oggetto di studio e monitoraggio a livello internazionale, con focus di approfondimento nel personale impiegato a fronteggiare l'emergenza, sanitario e amministrativo. In presenza di un espresso disagio lavorativo la formazione del personale, e delle figure apicali nell'ambito lavorativo interessato, rappresenta l'intervento organizzativo primario quando le competenze professionali sono invicariabili, e non realizzabili sostituzioni o avvicendamenti. Nel passato, questo problema è stato affrontato durante e dopo i conflitti bellici mondiali, quando la formazione degli adulti è stata oggetto di riflessione e studio. La criticità del binomio disagio & formazione è ad oggi nel post emergenza covid-19 di attualità, con conseguente necessità di identificare il miglior modo di programmare adeguate modalità formative rivolte agli adulti, favorendone l'adesione in relazione allo status psichico dei fruitori. Offrire degli eventi formativi dalle realtà preposte, senza creare disagio di essere valutati da adulti, è la nuova sfida: promozione del benessere formativo.

MATERIALI E METODI

La formazione aziendale come funzione strategica, si deve concentrare sul miglioramento della prestazione lavorativa di un

individuo o di un intero gruppo. Ai responsabili della formazione spetta quindi il compito di coniugare al meglio le esigenze strategiche del vertice aziendale con quelle individuali del personale, attivando e guidando le motivazioni e le attese dei lavoratori verso le richieste del sistema. Su proposta del responsabile UOS Formazione (v. nota prot.n. 27969 del 23/04/2024) è stato formalizzato il gruppo ristretto di responsabili scientifici afferenti al Dipartimento di Salute Mentale per promuovere corsi e master, rivolti anche alla partecipazione esterna all'Azienda, nell'ambito di studio ed attualizzazione del Metodo Andragogico sia nel contrasto al disagio lavorativo che nella formazione aziendale. L'approccio andragogico nell'antichità dei maestri dell'ermeneutica greca, era quello utilizzato da Aristotele, Demostene, Cicerone e dagli altri filosofi che, nell'insegnamento, utilizzavano dei sistemi didattici basati sul dialogo e sulle esperienze pratiche, non potendo contare sull'ausilio di libri di testo, mentre nel recente passato durante e dopo la seconda guerra mondiale particolare attenzione è stata posta dagli educatori alla formazione degli adulti. Il principio è che l'adulto apprende meglio se ha un ruolo attivo nel processo di apprendimento, e se può verificare un collegamento fra le informazioni ricevute e la propria esperienza. L'adulto ha modalità d'apprendimento radicalmente diverse rispetto ai giovani (pedagogia), il suo cervello per l'età non è più abituato all'insegnamento tipico della scuola, ma perché sono presenti differenze di capacità mnemoniche, nella normalità e specialmente nelle condizioni di stress post-traumatico, consapevole e non.

OBIETTIVI

Per passare dalla pedagogia alla andragogia migliorando con efficacia senza lo stress della formazione continua il processo di apprendimento dell'adulto, sono necessarie nuove modalità di insegnamento multimodali, superando il ruolo del "docente in cattedra" e promuovendo gruppi di lavoro e di discussione, individuando utili aspetti esperenziali da condividere tra i discenti a livello didattico in sede formativa.

CONCLUSIONI

In questo momento storico, caratterizzato da importanti cambiamenti derivati dalla globalizzazione e dallo sviluppo dell'informaticizzazione (era digitale), è prioritario per le aziende investire in programmi di formazione, rispettando il benessere formativo al fine di avere personale preparato, in grado di aumentare le prestazioni lavorative e generare così, un maggiore successo prestazionale.

Cruscotto sull'attività di PS come strumento di monitoraggio e miglioramento nell'Ospedale di Prato

Chiesi F.; Sindoni A.; Franchi S.; Mechi M.T

SOC DSPO Santo Stefano Prato

Parole chiave: cruscotto; Pronto Soccorso; percorsi

INTRODUZIONE

La Direzione Sanitaria dell'Ospedale Santo Stefano di Prato ha introdotto a partire da Gennaio 2024 un nuovo cruscotto sull'attività svolta all'interno del Pronto Soccorso (PS) del presidio con lo scopo di valorizzare gli apporti da parte di tutti i diversi servizi e percorsi coinvolti allo scorrimento del flusso del paziente e monitorare l'allineamento tra la domanda proveniente dal PS e la capacità dell'ospedale nell'offerta di esiti. Il cruscotto viene condiviso a cadenza mensile con tutto il personale ospedaliero coinvolto ed è organizzato in una prima parte di analisi della domanda proveniente dal PS (pazienti in destino) e in una seconda di analisi dell'offerta prodotta dall'ospedale (numero di esiti). Al termine del primo trimestre 2024 l'attività registrata con il nuovo cruscotto è stata confrontata con quella svolta nel primo trimestre 2023.

Ospedale Santo Stefano Prato	I trimestre 2023	I trimestre 2024	Variazione percentuale
Accessi PS totali	22259	23769	+ 7%
Accessi PS esclusi pediatrici, ostetrici, ortopedici e oculistici	13581	14986	+ 10%
Pazienti in destino	3644	4034	+ 11%

Tabella 1. Analisi domanda proveniente dal PS

Ospedale Santo Stefano Prato	I trimestre 2023	I trimestre 2024	Variazione percentuale
Ricoveri	2843	2909	+ 2%
Totale percorsi in uscita da ospedale	1137	1622	+ 43%
Trasferiti a Medicina da DEA	154	163	+ 6%
Attivazione percorsi a domicilio	199	232	+ 17%
Dimessi a domicilio da OBI e AMA	784	1227	+ 57%
Totale esiti prodotti dall'ospedale	3980	4531	+ 14%

Tabella 2. Analisi offerta prodotta dall'ospedale

CONTENUTI

Il primo trimestre 2024 ha evidenziato un numero di accessi totali al PS maggiore del 7% rispetto al primo trimestre 2023, e del 10% se si escludono gli accessi ai percorsi dedicati pediatrici, ostetrici, ortopedici e oculistici già presenti in presidio. Anche il numero di pazienti in destino, ovvero coloro che hanno terminato l'iter diagnostico-terapeutico e che sono in attesa in attesa dell'attivazione di un percorso di ricovero o dimissione, è aumentato dell'11% rispetto all'anno precedente (Tab. 1). In risposta a questo aumento di domanda, il cruscotto relativo al primo trimestre 2024 ha evidenziato un incremento degli esiti prodotti dall'ospedale del 14% rispetto al primo trimestre 2023. In particolare, il numero di ricoveri è aumentato del 2%, mentre quello degli esiti in uscita dall'ospedale del 43%. Tra questi, il cruscotto del primo trimestre 2024 registra un aumento del 6% di trasferimenti verso una struttura territoriale di Medicina da DEA e del 17% di dimissioni a domicilio con attivazione di particolari percorsi, come l'invio al Day Service o ad ambulatori territoriali e l'attivazione del Gruppo di Intervento Rapido Ospedale-Territorio (GIROT) o dell'Assistenza Infermieristica Urgente Territoriale Integrata (AIUTI). Infine, rispetto all'anno precedente, l'attività in dimissione dalle strutture di Osservazione Breve Intensiva (OBI), con tempo di permanenza massima prevista di 48 ore, e di Area Medica di Ammissione (AMA), con tempo di permanenza massima prevista di 72 ore, è aumentata del 57% (Tab.2). Il rapporto fra esiti prodotti dall'ospedale e pazienti in destino da PS è aumentato da 1,09 nel primo trimestre 2023 a 1,12 nel primo trimestre 2024. L'admit decision-to-depart time medio, ovvero il tempo trascorso in attesa di attivazione di un percorso di ricovero o dimissione, è passato da 1 giorno e 8,6 ore nel 2023 a 8,5 ore nel 2024, riducendosi del 74% in modo statisticamente significativo ($p < 0,05$).

CONCLUSIONI

La creazione e diffusione di questo nuovo cruscotto da parte della Direzione Sanitaria di Presidio, oltre a fornire un monitoraggio continuo, ha valorizzato tutte le attività svolte in PS, sensibilizzando gli operatori sanitari a una maggiore attivazione dei percorsi in uscita dall'ospedale, come il trasferimento alla Medicina da DEA e i percorsi GIROT e AIUTI, e a un utilizzo più appropriato delle strutture di OBI e AMA. Il risultato è un numero di esiti prodotti dall'ospedale in risposta alla domanda proveniente dal PS maggiore rispetto all'anno precedente, con una riduzione notevole anche del tempo medio di permanenza dei pazienti in destino.

Innovazione terapeutica all'A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona: Teleriabilitazione in DH

Vozzella E.A. *, D'Amato V.*, Bramanti A.*, Abate F., Calabrese M.***, Ciccarelli M.***, Vecchione C.*****

*Direzione Sanitaria Aziendale A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno ** Farmacia Federico II di Napoli ***UOC Cardiologia Riabilitativa AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona di Salerno

Parole chiave: codifica SDO - teleassistenza - teleriabilitazione

INTRODUZIONE

Le evidenze scientifiche dimostrano l'insufficienza della terapia riabilitativa cardiologica nei pazienti con patologie coronariche a completamento della terapia farmacologica e chirurgica soprattutto per problemi logistici.

In questo scenario si configura la teleriabilitazione con la teleassistenza; è una prestazione sanitaria autorizzata dal SSN; la CSR del 12.10.2022 ha approvato "Le Linee di indirizzo per i Servizi di Telemedicina" prevedendo che «...i servizi di teleassistenza possono essere attivati...anche con le forme di assistenza previste per ospedali... e che «le attività di teleassistenza possono integrarsi con altre prestazioni medico -sanitarie erogate da remoto o in presenza» e che «...la responsabilità clinica rimane al medico ospedaliero». In attesa dell'aggiornamento dei LEA 2017 sul Dh e sui Criteri di Appropriatezza l'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, ha organizzato e attivato nell'ambito del DH la Teleassistenza Riabilitativa Cardiologica.

CONTENUTI

Nel DH di Cardiologia Riabilitativa dell'A.O.U. il paziente esegue la visita cardiologica e le valutazioni clinico-strumentali, il team riabilitativo verifica la possibilità di arruolamento in teleriabilitazione attraverso la valutazione della complessità clinica e delle necessità assistenziali dell'utente, valutabili attraverso la scala RCS-E v13. I Criteri di appropriatezza nel DH Riabilitativo per le prestazioni di Teleassistenza sono stati definiti sperimentalmente: Accessi da Remoto con identico o maggiore beneficio degli accessi in presenza; con identico o < Rischio; con < impegno di risorse. A seguito della valutazione, si disegna un programma fisioterapico personalizzato individuando la dose terapeutica a cui

far esercitare l'utente. Per le prime cinque sedute l'utente, monitorato, sarà trattato in presenza al fine di verificare la risposta alla dose terapeutica proposta e quindi la sicurezza del programma fisioterapico. Al termine delle 5 sedute in presenza. Il paziente viene monitorato in telemetria. L'outcome principale è rappresentato dall'incremento stimato del 20% della VO2max negli utenti sottoposti a supervised training mediante Teleriabilitazione. Gli outcomes secondari sono: Miglioramento della funzione cardiaca, della capacità di esercizio e tolleranza allo sforzo mediante 6MWT; Riduzione dei parametri di laboratorio dello scompenso cardiaco; Miglioramento della qualità di vita (QoL); Mantenimento degli obiettivi funzionali raggiunti nel corso del follow-up (T=4). Oltre ad attivare il diario clinico di teleassistenza, è stato assegnato un Codice ICD-9- CM per identificare la prestazione: V57.89 «Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione» e inserito in dx secondaria/concomitante. Il codice ICD-9-CM non incide sul DRG attribuito ed è utilizzato in modo esclusivo.

CONCLUSIONI

Il contenimento degli spostamenti e la personalizzazione delle cure, potranno contribuire notevolmente ad incrementare l'aderenza del paziente al trattamento riabilitativo, incoraggiando un miglioramento dello stile di vita che porterà direttamente ad una rimodulazione e riduzione della terapia farmacologica e migliore recupero della funzionalità cardiaca. Non meno importante la teleriabilitazione può diventare fondamentale per la riduzione dei costi diretti e indiretti del SSN (riospedalizzazioni/riacutizzazioni). Occorre un aggiornamento della SDO con nuovi codici di codifica per la prestazione di teleassistenza riabilitativa.

Ruolo strategico della UOC sviluppo organizzativo e della “competence” individuale, come modello organizzativo e gestionale in staff alla Direzione Generale: esperienza nel periodo post- covid 19 in una ASL romana

Scalise E.°, Corea G.B.A.***, Nardella R.°, Castiello M.R.G.°, Sgroi D.** , Milito F.*

*Direttore Generale ASL Roma 3, **Direttore Sanitario ASL Roma 3, ***Direttore UOC sviluppo organizzativo e della “competence” individuale Roma 3, °Dirigente Medico UOC sviluppo organizzativo e della “competence” individuale ASL Roma 3, °°Dirigente psicologo UOC sviluppo organizzativo e della “competence” individuale ASL Roma 3, °°°Collaboratore amministrativo professionale senior UOC sviluppo organizzativo e della “competence” individuale ASL Roma 3.

Parole chiave: sviluppo organizzativo, disagio lavorativo, benessere lavorativo, formazione personale

INTRODUZIONE

La **UOC Sviluppo Organizzativo e della competence individuale**, in staff alla Direzione Generale, svolge contemporaneamente il ruolo di “*raccordo*” con altre unità operative interessate a vario titolo al **disagio lavorativo** segnalato al vertice aziendale, ed il ruolo di “*supporto*” ai processi di monitoraggio, innovazione e cambiamento organizzativo.

Il ruolo di raccordo è da ritenersi strategico nella programmazione di interventi up-down per la rilevazione di criticità legate all’ambito organizzativo e al benessere lavorativo, con conseguenti possibili modalità d’intervento multidisciplinare come la **formazione specifica**, e l’offerta di un orientamento psicologico per la valutazione del disagio lavorativo, attraverso l’istituzione dallo scorso mese di marzo, di uno «**Sportello psicologico di ascolto**» dedicato.

Lo stesso ruolo strategico lo possiamo attribuire all’ambito del **benessere lavorativo** attraverso la collaborazione diretta con il **Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni** attivo in azienda *ai sensi dell’art.57 D.Lgs n.165/2001 e s.m.i., della Direttiva emanata dai Dip.ti della Funzione Pubblica e per le pari opportunità del 4/03/01 e della Direttiva del Min. della Pubblica Amm. e dal Dip. per le Pari Opportunità n.2 del 26/06/19.*

CONTENUTI

L’obiettivo generale è l’offerta di supporto ai processi di innovazione e cambiamento organizzativo, sia in presenza di criticità emergenti come durante l’emergenza Covid-19 ed attualmente per gli effetti di criticità conseguenti sul personale, oppure di routine con la promozione di iniziative formative rivolte ai dipendenti aziendali, contribuendo allo sviluppo di nuove competenze con ricadute positive anche nei rapporti interpersonali e con l’utenza. In questo periodo di effetti post-covid 19 sullo stato psichico lavorativo, si è realizzato con successo, un raccordo strategico con il **risk management** aziendale, con il **Servizio Prevenzione e Protezione**, e con l’**Ufficio del Medico competente**, sia per uno scambio di informazioni trasversali per la valutazione del **rischio burnout** e/o dello **stress da lavoro correlato**, che per una programmazione di interventi per la rilevazione di criticità, e conseguenti risposte formative specifiche.

Una descrizione sintetica del metodo d’intervento operativo adottato, si basa sulla preliminare analisi di contesto, studio e discussione multidisciplinare interna alla nostra U.O. e conseguente offerta formativa specifica in base ai bisogni rilevati, come azione risolutiva in collaborazione con i vertici delle organizzazioni oggetto di intervento.

La necessità di effettuare preliminarmente degli incontri diretti con il personale interessato, rappresenta la modalità di successo adottata per la rilevazione del fabbisogno e delle reali esigenze di necessità di apprendimento e/o empowerment, per una risposta al miglioramento del benessere

personale. Le tematiche che per esperienza, ormai consolidata, sono di utile approfondimento e costante monitoraggio, con conseguente efficace applicazione sono:

- 1) **Leadership** in condizioni normali e di stress;
- 2) **Comunicazione efficace** per prevenire/affrontare criticità relazionali;
- 3) **Gestione dei conflitti** interni e con l'utenza;
- 4) **Promozione della umanizzazione** nel contesto lavorativo e nella accoglienza degli utenti.

Nell'ambito del benessere lavorativo, come specifico obiettivo di risultato, è stato elaborato nei contenuti e prodotto nella tempistica di legge richiesta, il **Piano delle Azioni Positive 2023-2025** come parte integrante del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) v. *Delibera n.364 del 30/03/23*. Sono stati programmate azioni nell'ambito della promozione:

- di stili di vita salutari, e di aggregazione: - Iniziativa: **“Se sali le scale ti mantieni in forma”**
- Iniziativa: **“Respirazione & relax”** - Iniziativa: **“No al fumo”**.

- di iniziative partecipate (anche con i propri familiari) di aggregazione fuori dall'orario di servizio: - Iniziativa: **Gruppo di cammino** - Iniziativa: **Con le mani...** (tecniche manuali per realizzare oggetti di uso comune ed artistico, con l'obiettivo di vendita per beneficenza).

- Istituzione della figura del **Disability Manager** con l'obiettivo di promuovere azioni (formazione e occasioni di incontro/ascolto) tese a tutelare i bisogni delle lavoratrici e dei lavoratori portatori di disabilità fisiche e psichiche.

CONCLUSIONI

La formazione aziendale mirata alla necessità rilevata, associata ad una azione di **coaching**, migliora le **competence** (individuali e di gruppo), e permette contemporaneamente di ridurre le resistenze al cambiamento agendo sulle motivazioni e sulle responsabilità, ottenendo come obiettivo finale lo

sviluppo organizzativo, associato a conseguenze positive sul **benessere lavorativo** del personale interessato.

Nello specifico è stato realizzato in collaborazione tra il **Servizio Prevenzione e Protezione** e la **UOC Rischio clinico** un corso di aggiornamento dedicato al tema della **“Prevenzione degli atti di violenza”** con tre edizioni svolte per l'anno 2022, con l'obiettivo di dare un primo contributo multidisciplinare a saper riconoscere per tempo i comportamenti che possono sfociare in violenza, sia verbale che fisica. Da questa esperienza, è nata la necessità di formalizzare con una Delibera aziendale il percorso identificato a supporto ai lavoratori vittime di violenza per la necessità di far conoscere all'interno, ed all'esterno dell'azienda, gli attori impegnati *“(Percorso benessere organizzativo conseguente ad un atto di violenza” ufficializzato con determina aziendale n. 791 del 2 agosto 2022)*.

Inoltre, per un primo gruppo di dipendenti, sanitari ed amministrativi, sono stati realizzati due corsi di formazione specifici con il coordinamento scientifico della Direzione sanitaria aziendale, per favorire la *personale consapevolezza dell'essere* affrontando il tema *«Sviluppare l'intelligenza emotiva...»* la cui seconda edizione è terminata nei primi mesi di quest'anno. Lo strumento d'intervento rappresentato dalla **formazione aziendale** associata ad una azione di **coaching**, migliora le **competence** individuali e di gruppo, e permette contemporaneamente di ridurre le resistenze al cambiamento agendo sulle motivazioni e sulle responsabilità, ottenendo come obiettivo finale lo **sviluppo organizzativo**, associato a conseguenze positive sul **benessere lavorativo** del personale interessato.

Aspetti che, è facile comprendere, in questo momento sociale particolarmente sensibile al *“concetto di salute”* ed ai *“rapporti con i lavoratori”* impegnati quotidianamente nelle strutture sanitarie, porteranno delle conseguenze positive nelle dinamiche relazionali con l'utenza.



PCHS®: la rivoluzione di COPMA per una sanificazione sostenibile e sicura ha un nuovo look

Il Probiotic Cleaning Hygiene System (PCHS®) di COPMA ha rivoluzionato il concetto di sanificazione nel settore sanitario. Basato su detergenti probiotici, il sistema garantisce un controllo continuo della carica batterica sulle superfici fino a 48 ore, riducendo l'uso di agenti chimici e limitando così il rischio di resistenza antimicrobica.

Con il tempo, PCHS® ha dimostrato la sua efficacia e affidabilità, contribuendo a una gestione più sicura ed efficiente degli ambienti sanitari, con benefici diretti nella prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

Il nuovo logo del sistema PCHS® riflette questa visione con un design minimale: le linee pulite e l'elemento centrale evidenziano il concetto di controllo e protezione costante.

Il piccolo quadrato arancione è un punto di equilibrio tra innovazione e affidabili-

tà, sottolineando l'approccio scientifico che contraddistingue il sistema PCHS®. Il restyling del logo simboleggia l'impegno di COPMA verso una sanificazione sostenibile e sicura, pensata per rispondere alle sfide di dirigenti della sanità pubblica e i responsabili degli approvvigionamenti, chiamati a garantire standard elevati di pulizia con un impatto ambientale ridotto.

Sostenuto da oltre 17 studi scientifici, il PCHS® è già utilizzato in numerosi ospedali e strutture sanitarie, migliorando la qualità della vita e la sicurezza di pazienti e operatori.

<https://pchs.it/>



Silvia Grandi, Presidente COPMA

Sicurezza degli ambienti ospedalieri: la CULTURA che amplifica la TECNICA nell'esperienza di Sodexo Italia

Quando siamo coinvolti in prima persona, il nostro agire si fa più attento e accurato, tanto verso gli altri quanto verso noi stessi.

Stimolando l'ingaggio personale, oltre alla condivisione di nozioni tecniche e affiancamento sul campo, Sodexo progetta ed eroga la formazione per i propri collaboratori con l'obiettivo di lavorare in sicurezza, per loro stessi e per i pazienti. Per questo la sicurezza in Sodexo non è solo una priorità, ma è un valore: la sicurezza è di tutti, per il benessere di tutti.

I collaboratori di Sodexo lavorano ogni giorno per garantire elevati standard qualitativi di servizio, seguendo precisi

protocolli di pulizia, sanificazione, sterilizzazione e disinfezione a seconda delle diverse aree di rischio in ospedale. L'ambito della ristorazione è scandito da specifici Piani di Autocontrollo, la cui finalità è individuare, prevenire e documentare situazioni ed eventi potenzialmente negativi per la salute del paziente nel processo produttivo.

Ma in ogni servizio, tutti i collaboratori Sodexo sono consapevoli che le loro azioni quotidiane possono avere un grande impatto sui clienti e sui pazienti. Per questo la cultura aziendale delle persone per le persone si fonda su tre concetti chiave: appartenere ad un team, agire con uno scopo e crescere sulla base delle proprie caratteristiche e talenti.

Questa è la proposta di valore di Sodexo per le persone, con un impatto positivo su clienti e pazienti.

<https://it.sodexo.com/settori/ospedali>
sanita@sodexo.com

VISITA IL SITO



www.anmndo.org

ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

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

IN EVIDENZA

ISCRIVITI
all'Associazione ANMDO

COMUNICAZIONI
CIMO FESMED

L'OSPEDALE

ANMDO NEWS

ANMDO WEBINAR COVID-19

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

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

il sito di riferimento
per i medici delle
direzioni ospedaliere



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