

L'OSPEDALE

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

**Percorsi ospedalieri:
quando l'engagement
costruisce una risposta
organizzativa pragmatica
e affidabile**

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

ORIZZONTI



VISITA IL SITO



www.anmndo.org

ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

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

EVENTI ECM

15 gennaio 2025
WEBINAR 15 GENNAIO 2025 DALLE 14,00 ALLE 19,00 - OSPEDALE CHE VACCA: SECONDA EDIZIONE

18 dicembre 2024 dalle 15.00 alle 19.00
Webinar - LA VACCINAZIONE: QUALI COMPETENZE PER IL PERSONALE SANITARIO

18 dicembre 2024 - Genova
Convegno - La Direzione Ospedaliera nella "comunicazione" sanitaria. Strumenti di comunicazione sanitaria: ottimali e rilevati postali

13 dicembre 2024
Evento Formativo in FAO SINCORONA. Accreditato ECM - LE PIATTAFORME OSPEDALIERE: L'IPERCENTRALIZZAZIONE DELLA FARMACIA ONCOLOGICA IN ROMAGNA E LA CENTRALIZZAZIONE DELLE ANATOMIE PATOLOGICHE IN TOSCANA

Campagna di sensibilizzazione alla vaccinazione antinfluenzale e anticovid19 promossa da ANMDO
Presentazione e lancio del "Infuflua" - raccomandazioni per la stagione 2024-2025

ISCRIVITI
all'Associazione ANMDO

COMUNICAZIONI
CIMO FESMED

INCAS
Infermiere di Cura

LINEE GUIDA

- Libro Bianco sull'Intelligenza Artificiale e le Intelligenze come all'Assistenza in Italia
- La sanificazione degli ambienti sanitari: standard, servizi, monitoraggio e gestione del rischio d'infetto
- Disinfezione e antisepsi: Buone pratiche per il corretto utilizzo degli Antiseptici e Disinfettanti
- Linee di indirizzo sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)
- Linee guida per il management del Piedone di Cura del Piedone Diabetico con Complicanze Oculari Retiniche

COMUNICAZIONI AI SOCI

- Lettera del Dott. Fazzi per Convocazione Assemblea del Soci 17 Dicembre 2024
- Presentazione e programma del 49° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO "LA SANITÀ E L'OSPEDALE DI OGGI, IN ATTESA DEL FUTURO" - ANCONA, 21-22-23 MAGGIO 2024 3 Febbraio 2024

il sito di riferimento
per i medici delle
direzioni ospedaliere



4 Percorsi ospedalieri: quando l'engagement costruisce una risposta organizzativa pragmatica e affidabile

Alessandro Callegaro, Giuseppe Scaratti, Annalisa Bergonzoni, Federica Ferri, Sonia Boilini4, Simona Gavioli, Annarita Garzia, Marianna Morelli, Giovanni Vinci, Giuseppe Pezzuto, Simona Guerzoni, Lucio Brugioni, Alessandro Poggi, Elisa Muzzioli, Ottavio Alessandro Nicastro

10 Comunicazioni 49° 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 4 - ottobre dicembre 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. Finzi

Direttore editoriale: G. Serrano

Segretario scientifico: I.I. Mura

Comitato di direzione: P. Anello, L. Aprea, R. Arione, A. Battista, M. Chittaro, F. Ciralo, 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, 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

Percorsi ospedalieri: quando l'engagement costruisce una risposta organizzativa pragmatica e affidabile

Riassunto

La Community of practice rappresenta un metodo innovativo finalizzato ad un processo di apprendimento collettivo riguardante le competenze strategiche. I più aggiornati approcci manageriali valorizzano la dimensione strategica propria del middle management nella capacità di visione e di leadership, di motivazione e di orientamento dei collaboratori. L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena ha messo in evidenza rilevanti questioni per garantire una precoce risposta di inserimento in un reparto di degenza del paziente proveniente dall'area dell'emergenza-urgenza. Per affrontare le dinamiche gestionali e operative implicate nel rapporto tra Pronto Soccorso e altri reparti la Direzione aziendale ha avviato un percorso di formazione e di approfondimento con incontri teorici a partire da questioni tecniche e culturali nella gestione dei percorsi. È seguita la costituzione di quattro comunità di pratica: ognuna ha lavorato sulla descrizione della situazione problematica da considerare, l'identificazione delle criticità comunemente riconosciute e l'individuazione di quelle su cui attivare azioni trasformative di miglioramento. Il contesto è quello di un ambito territoriale che vede i professionisti degli ospedali per acuti impegnati, con attenzione e professionalità, nel fornire risposte ai pazienti che in modo programmato o in urgenza si rivolgono alla struttura sanitaria. L'esperienza che viene presentata vuole essere testimonianza di una sostenibilità trasformativa e della possibilità di ottenimento di processi virtuosi da parte dei professionisti che con impegno lavorano sul campo.

PAROLE CHIAVE:

Engagement, posizionamento, comunità di pratica, responsabilità condivisa, sostenibilità trasformativa

“L'analfabeta del ventunesimo secolo non sarà colui che non è in grado di leggere e scrivere, ma colui che non è in grado di imparare, disimparare e imparare di nuovo”
Alvin Toffler, 2012

INTRODUZIONE

Da un punto di vista concettuale è utile ricordare che i *paradigmi* sono schemi di base che organizzano la visione di qualcosa in modo ampio, creano confini entro i quali cercare risposte e ne orientano la direzione; i *modelli* permettono di comprendere un particolare problema in un determinato ambito operativo ed i *metodi* definiscono con quali strumenti procedere nell'azione è [1]. La *Community of practice* rappresenta un metodo innovativo finalizzato ad un processo di apprendimento collettivo riguardante le competenze strategiche, volto ad enfatizzare il collegamento diretto tra apprendimento organizzativo e performance e a facilitare lo sviluppo di relazioni informali che favoriscano lo scambio di elementi utili alla risoluzione di problemi a diverso grado di complessità, facendo leva sul senso di appartenenza che accomuna i membri della community [2]. Se un modello di governance imperniato su di un *vertice gerarchico* preposto alle decisioni rivolte a *nuclei operativi* orientati esclusi-

Alessandro Callegaro¹, Giuseppe Scaratti², Annalisa Bergonzoni³, Federica Ferri⁴, Sonia Boilini⁴, Simona Gavioli⁴, Annarita Garzia⁵, Marianna Morelli⁶, Giovanni Vinci⁶, Giuseppe Pezzuto⁷, Simona Guerzoni⁸, Lucio Brugioni⁹, Alessandro Poggi¹⁰, Elisa Muzzioli¹¹, Ottavio Alessandro Nicastro¹²

1. Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena; 2. Professore Ordinario di Psicologia del lavoro e delle Organizzazioni, Dipartimento Scienze Umane e Sociali, Università di Bergamo; 3. Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena; 4. Direzione Assistenziale Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena; 5. Direttore Assistenziale Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena; 6. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena; 7. Direttore Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena; 8. Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale Farmacologia e Tossicologia Clinica; 9. Direttore Medicina Interna e Area Critica e Direttore Dipartimento Medicina di Area Critica; 10. Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena; 11. Direttore Formazione, Ricerca e Innovazione Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena; 12. Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

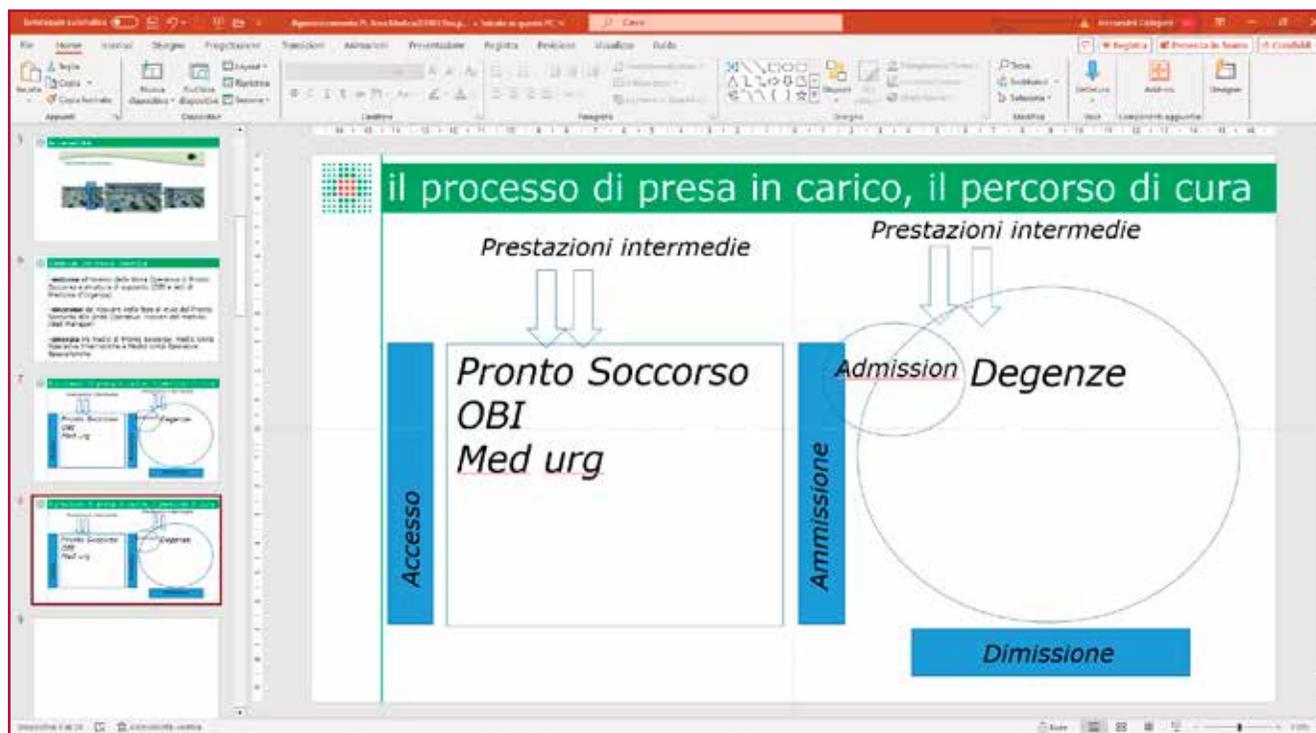


Figura 1 – Il processo di presa in carico, il percorso di cura- A.Callegaro et al., 2019

vamente alla erogazione dei servizi è da ritenersi ormai uno schema anacronistico e statico, i più aggiornati approcci manageriali valorizzano la dimensione strategica propria del *middle management*. La competenza dei ruoli di direzione intermedia si realizza oltre che nella parte tecnica, nella capacità di visione e di leadership, di motivazione e di orientamento dei collaboratori e dei servizi verso una cultura della *performance* [3].

IL NODO CRITICO ORGANIZZATIVO

Rispetto alla risorsa “posto letto”, nell’ambito del setting *degenza ordinaria*, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha messo in evidenza l’esigenza di affrontare rilevanti questioni organizzative posto che l’ospedale, una volta individuata la necessità di ricovero, è impegnato nell’evitare attese prolungate in Pronto Soccorso e nel garantire una precoce risposta di inserimento in un reparto di degenza del paziente che presenta un quadro clinico con caratteristiche di urgenza proveniente dall’area dell’emergenza-urgenza. Volendo mantenere l’opzione di una presa in carico che viene effettuata dalla equipe di competenza all’interno

del reparto appropriato, si è considerato che potessero ancora esservi margini di miglioramento nell’evitare il più possibile la collocazione fisica del paziente ricoverato dal Pronto Soccorso all’interno di un reparto diverso da quello stabilito per disciplina o specialità (Figura 1).

Il contesto -ambiente esterno- è quello di un ambito territoriale che vede i professionisti degli ospedali per acuti impegnati nel fornire riposte alle persone e ai pazienti che in modo programmato o in urgenza si rivolgono alla struttura sanitaria.

Gli operatori -ambiente interno- sono concentrati sulle proprie attività e si dedicano con professionalità al proprio lavoro: il significativo impatto emotivo, che si genera in relazione al vissuto degli utenti che si rivolgono all’ospedale, determina un importante impegno degli operatori, che devono comunque continuare ad esprimersi con adeguate performance.

Per affrontare le dinamiche gestionali ed operative implicate nel rapporto tra Pronto Soccorso e altri reparti, la Direzione aziendale ha ritenuto opportuno avviare un percorso di formazione attraverso un approfondimento che ha visto il coinvolgimento del Centro di Ricerche e Studi in Management

Comunità di pratica			
Project leader	Gruppo di Miglioramento a Tema	Azioni di Miglioramento	Coinvolgimento
Leader 1	Individuazione di una figura di Infermiere senior di plancia	Attualizzare la procedura dipartimentale di presa in carico infermieristica e declinare la stessa in modo specifico per il Pronto Soccorso	Coordinatore infermieristico di Pronto Soccorso del Policlinico
Leader 2	Mappatura dei percorsi alternativi al ricovero e inserimento della stessa sui software aziendali	Aggiornare e rendere fruibile la mappatura esistente assieme a RAQ e STI	RAQ (Responsabile Assicurazione Qualità) e STI (Servizio Tecnologie Informatiche)
Leader 3	Implementazione prestazioni intermedie critiche	Promuovere incontri di coordinamento per la fornitura di esami di laboratorio ad alto impatto	Responsabile Laboratorio
Leader 4	Favorire percorso di dimissione/trasferimento verso le strutture spoke di riferimento	Adozione di nuova scheda e definizione accordi con AUSL di Modena	Referenti Dimissioni Protette

Tabella 1 – Comunità di pratica- Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

Sanitario (CERISMAS). L'esperienza è iniziata nel 2019 con due incontri teorici di focalizzazione sulle metodologie di gestione operativa dei flussi in ospedale e dei *flussi dei pazienti* in Pronto Soccorso, a partire da questioni tecniche e da differenze culturali nella gestione dei percorsi [4].

Nel 2020 altri tre incontri hanno portato ad una condivisione delle pratiche relative ai processi di integrazione e coordinamento nel governo dei flussi dei pazienti. È seguita la costituzione di quattro *comunità di pratica*: ognuna ha lavorato sulla descrizione della situazione problematica da considerare, l'identificazione delle criticità comunemente riconosciute, l'individuazione di quelle su cui attivare azioni trasformative e di miglioramento concordate.

L'esperienza è proseguita con alcuni incontri di approfondimento e momenti più ristretti di raccordo con i project leader per la definizione degli obiettivi, fino ad arrivare alla presentazione delle azioni trasformative di miglioramento.

A partire dagli aspetti clinico-organizzativi la Direzione ha confermato l'intenzione di agevolare lo sviluppo di approfondimenti per consentire l'emergere di criticità e proposte di azioni di miglioramento mediante un *engagement* dei professionisti, con il contributo ed il supporto di un punto di

riferimento esterno per meglio orientare le scelte di priorità. Il coinvolgimento dei professionisti, che ha visto lo sviluppo di un'attività di tuning, di "sintonizzazione" tra gli operatori, ha consentito di passare da un elenco di temi da affrontare in termini di inquadramento, miglioramento e sviluppo da parte di singoli professionisti o della Direzione a obiettivi presi in carico da parte di Gruppi specifici, realizzando il processo impegnativo ma molto costruttivo delle Comunità di Pratica (Tabella 1). Il lavoro svolto ha portato a focalizzare l'attenzione su alcuni temi inquadrabili come *oggetti di confine*, crocevia di saperi, pratiche, dimensioni materiali e immateriali relative ad una pluralità di attori e processi professionali e organizzativi.

Nello specifico:

- secondo una categoria di migliore definizione di "profili e funzioni" all'interno del Pronto Soccorso, si è scelto di attualizzare la figura dell'*infermiere senior*, un profilo introdotto precedentemente al percorso formativo e per il quale, per motivi contingenti, non era stata data continuità. Il fabbisogno individuato è stato quello di migliorare il vissuto dell'attesa in Pronto Soccorso. La conferma della figura dell'infermiere senior nell'area di attesa consente di tenere monitorato il tempo di attesa in relazione al codice assegnato dal triage al paziente e

allo standard cronologico previsto. Permette inoltre una valutazione continua dei segni e sintomi del paziente in relazione al codice assegnato e tiene informato il paziente e gli accompagnatori sullo stato di avanzamento della sua presa in carico;

■ rispetto alla categoria di migliore definizione dell'“organizzazione interna” del Pronto Soccorso e dell'Ospedale, l'opzione è stata quella di procedere ad una *mappatura dei percorsi alternativi al ricovero*. L'idea di perseguire questa azione di miglioramento nasce da un fabbisogno rilevato di non completa conoscenza, da parte degli operatori del Pronto Soccorso, dei percorsi esistenti utilizzabili in caso di dimissione. L'utilizzo di tali percorsi in fase di dimissione da Pronto Soccorso può permettere di superare la dualistica ripartizione tra “dimissione da Pronto Soccorso” o “ricovero” e, fornendo al medico di Pronto Soccorso la possibilità di inserire il paziente in uno dei percorsi ambulatoriali dedicati, consente di dimettere il paziente con problematiche specifiche con una garanzia di presa in carico;

■ sempre a livello di “organizzazione interna” dell'ospedale si è valutata la rilevanza di poter disporre di una implementazione di alcune *prestazioni intermedie* molto importanti per chi lavora nell'area dell'urgenza-emergenza, e si è constatata la possibilità di incrementare la fruibilità di alcune prestazioni utili a connotare in maniera corretta alcune diagnosi tempo dipendenti cardiologiche e prestazioni di laboratorio, funzionali a definire, in tempi compatibili con l'emergenza-urgenza, una diagnosi differenziale tra le sostanze d'abuso. Si è riusciti a far implementare da parte del Laboratorio Centralizzato nuovi test e ad acquisire kit rapidi da utilizzare all'interno del Pronto Soccorso;

■ in riferimento agli aspetti di “livello interaziendale” è stata confermata la necessità di mantenere una costante relazione con il livello territoriale per agevolare la *dimissione/trasferimento dei pazienti verso le strutture spoke* di riferimento. Si è definito di procedere con l'elaborazione di una scheda condivisa con l'AUSL di Modena per un corretto inquadramento del paziente in modo da consentire una tempestiva presa in carico. Il presupposto concettuale è dato dal considerare che, il rientro nell'ospedale di prossimità o l'inserimento in strutture intermedie, consente di migliorare qualitativamente la collocazione dei pazienti che non necessitano più di ospedale per acuti (efficacia) ed in tempi congrui

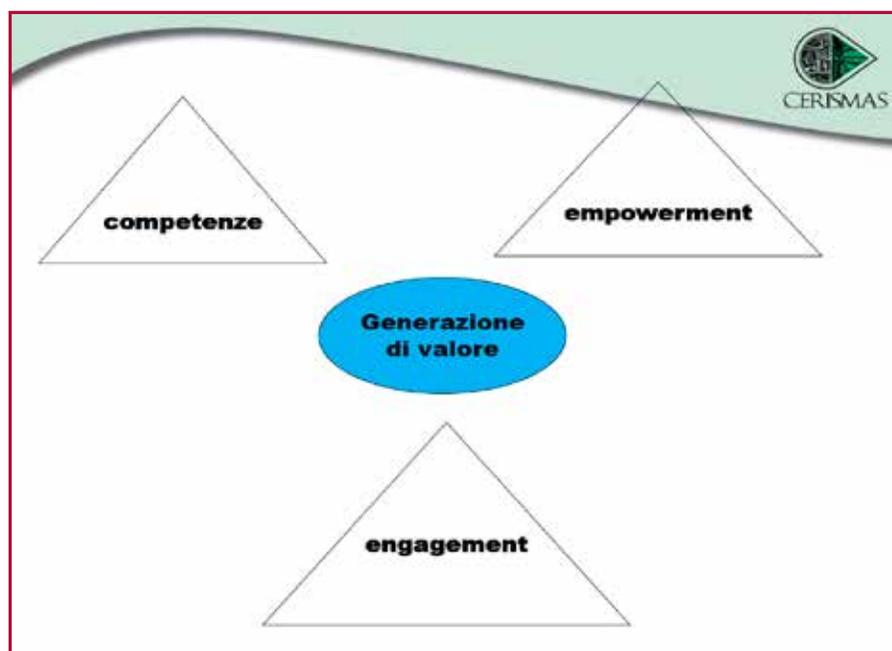


Figura 2 – Generare valore- G.Scaratti, 2019

(efficienza) per rendere disponibili posti letto nell'ospedale hub.

Si ritiene che l'esperienza intrapresa abbia generato connessioni relazionali a tutt'oggi mantenute e che il percorso effettuato debba essere considerato un elemento di valore (Figura 2). Si sta agevolando un periodico confronto-scambio tra Pronto Soccorso e altre strutture (ad esempio Cardiologia) rispetto al tema della disponibilità di posti letto, dell'attività di consulenza in Pronto Soccorso e dell'accesso a prestazioni diagnostiche strumentali sia con il Dipartimento di Laboratorio sia con il Dipartimento di Diagnostica per Immagini. Come pure viene mantenuto un raccordo con Farmacologia Clinica e Tossicologia, che assieme al Responsabile del Laboratorio è stata coinvolta nell'ambito della Comunità di Pratica relativamente al tema delle indagini tossicologiche in urgenza.

Con le Strutture di Medicina Interna e Area Critica, di concerto con il Pronto Soccorso, prosegue l'impegno per ridimensionare ulteriormente il fenomeno dei letti aggiunti, finalizzato ad un tendenziale azzeramento in quanto, ad oggi, il fenomeno presenta ancora una certa ricorsività in alcuni periodi dell'anno; quanto sopra mediante un progetto di utilizzo complementare di 6-12 posti letto in area prossima al Pronto Soccorso, con funzione di area



Cucendo la vela, olio su tela (J.Sorolla, 1896) Generare valore, G.Scaratti, 2019

di ricovero notturno in situazione di carenza di posti letto specialistici internistici e di altre specialità mediche [5]. Viene altresì mantenuta, da parte della Direzione, una prospettiva in termini di investimento in formazione e aggiornamento, aspetti ritenuti dalla Direzione come elementi fondamentali per lo sviluppo professionale, la valorizzazione dei professionisti e l'adeguamento delle competenze all'evoluzione scientifica [6].

L'avvio delle Comunità di Pratica, fin dalle prime fasi, ha considerato che l'esperienza proposta potesse essere utile per confermare la scelta di posizionamento aziendale, che può essere sintetizzata nel voler essere un'organizzazione ad *alta affidabilità*, vale a dire un ospedale che offre una garanzia di una presa in carico dei pazienti completa e competente [7].

Il posizionamento, processo mediante il quale un'azienda si impegna ad occupare con la propria offerta uno spazio riconoscibile nella mente dei potenziali utenti [8], si basa sulla volontà di fornire una risposta clinico-organizzativa di *alto livello*, nella consapevolezza che:

- il nostro è un sistema complesso dove sono importanti le *interdipendenze*;
- è importante dedicare *tempo all'approfondimento ed alla progettazione* in modo da rendere adeguate al contesto le azioni adottate, ed evitare un'eccessiva rimodulazione delle stesse;
- per risolvere i problemi emerge la necessità di trovare *approcci convergenti e costruttivi*.

Non sono mancati momenti di difficoltà, ivi compresa una pandemia durata due anni, ma con sod-

disfazione possiamo dire che i gruppi di pratica istituiti “non hanno mollato”, mantenendo un significativo livello di attivazione, anche grazie alla volontà dei singoli di completare il percorso formativo di approfondimento e di ricerca intrapreso. Nonostante i momenti di difficoltà correlati alla pandemia, è stata garantita una continuità nel perseguimento delle finalità aziendali e nell’ottenimento di risultati percepibili, che ha consentito di avviare alcuni processi di miglioramento sostenibili, coordinati dal livello direzionale e alimentati dai professionisti coinvolti. Investire nel gruppo come palestra sociale degli operatori diventa un *fattore di successo* della azienda e aiuta la convergenza su *obiettivi comuni* che il manager deve aiutare ad individuare. Quando le persone lavorano insieme e non contro, ottengono migliori risultati: aumenta la sensibilità ai fenomeni esterni, aumentano le idee, si trovano maggiori soluzioni [9].

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La “linea intermedia” nelle aziende di grandi dimensioni gioca un ruolo importante nei processi di cambiamento nel momento in cui rilegge e interpreta una funzione in genere chiamata a coordinare e organizzare risorse non direttamente gestite. Essenziale è la generazione di un *engagement* di figure chiave nell’organizzazione, senza le quali diventa difficile garantire efficacia ai processi di cambiamento, che vanno costruiti, sperimentati e gestiti quotidianamente sul campo [3][7][10].

L’esperienza vissuta vuole essere testimonianza di una sostenibilità trasformativa e della possibilità di ottenimento di processi virtuosi da parte dei professionisti che con impegno lavorano sul campo. Far coincidere il dichiarato con quanto poi effettivamente realizzato è divenuto, nel tempo, elemento caratterizzante di coinvolgimento come pure la volontà di ottenere risultati non solo in termini di *output* ma in termini di *outcome*.

Le pratiche adottate in uso nelle attività sanitarie sono divenute routine, non solo momenti collocati in modo puntiforme nella scansione cronologica delle attività, ma azioni sostenute come pratica continuativa nel tempo. L’impronta secondo un modello ad hoc [11] -adattivo- dell’organizzazione ha consentito la riconfigurazione di alcuni stru-

menti (l’efficacia del bed management, l’efficienza nell’erogazione delle prestazioni intermedie) anche secondo una logica di responsabilità condivisa.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Barbara Raffaele et al., *Le teorie e i modelli negli interventi di promozione della salute: un’analisi critica*, Igiene e Sanità Pubblica, (2016)
2. Gianluigi Mangia et al., *Creare competenze con le relazioni. Il ruolo delle Comunità di pratica*, MIT Sloan Management Review Italia, (2024)
3. Angelo Tanese, *Il ruolo del management nel servizio sanitario. Una storia in tre atti*, (2018)
4. Giuseppe Scaratti -CERISMAS-, *Change Management, Gestione operativa dei Flussi dei pazienti e pratiche collaborative di integrazione e coordinamento*, (2019)
5. Alessandro Callegaro et al., *Il Dipartimento Medicina di Area Critica: l’offerta focalizzata sui fabbisogni della domanda, La Sanità e l’Ospedale di oggi...in attesa del futuro -49° Congresso Nazionale ANMDO-* (2024)
6. Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, *-I Valori-*, (2024)
7. Teresa Amabile et al., *IDEO’s Culture of Helping*, Harvard Business Review (2014)
8. GlossarioMarketing.it (2019)
9. Jacopo Melloni, *Coinvolgere, Demetra* (1997)
10. Vito Sinopoli, *La Leadership? Questione di attenzione e dedizione*, Business People (2024)
11. Henry Mintzberg, *Management: mito e realtà*, (1991)

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

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.

Teach Back Method: strumento di Clinical Risk Management

Guerreschi E.M.¹, N. Nante^{1,2}

1 Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena

2 Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena

Parole chiave: health literacy, gestione del rischio clinico, empowerment del paziente

INTRODUZIONE

I principali studi che si occupano di alfabetizzazione sanitaria hanno evidenziato che il 40% delle informazioni di carattere medico viene immediatamente dimenticato e che quasi la metà delle informazioni ritenute dall'utente sono scorrette. Per capire se la comunicazione tra sanitari e pazienti è stata efficace il Teach Back Method (TBM), ovvero "spiegami quello che ti ho insegnato", che valuta se il paziente ha capito e compreso. Scopo di questo studio è verificare come l'utilizzo del TBM possa migliorare la comunicazione professionista sanitario-paziente ed aumentare l'aderenza dei pazienti alle terapie, riducendo in tal modo anche il rischio di eventi avversi.

CONTENUTI

In collaborazione con l'Oftalmologia del Centro Chirurgico Salus di Grosseto, nei mesi di luglio e agosto 2021, è stato introdotto il TBM nella pratica chirurgico/ambulatoriale, al fine di valutarne l'efficacia nel ridurre l'incidenza di eventi avversi dopo intervento di cataratta. Sono stati reclutati 22 pazienti, di cui 14 uomini e 8 donne, di età compresa tra 64 e 85 anni, 100% di nazionalità italiana e diverso titolo di studio: elementari 12 pazienti, superiori 8, laurea 2. È stato loro somministrato un questionario riportante le generalità, il livello di istruzione e due tabelle identiche contenenti le variabili analizzate durante il colloquio con il medico, alle quali dovevano attribuire un punteggio su scala Likert da 1 a 5 in base al grado di comprensione. La prima tabella veniva compilata subito dopo il colloquio con il medico, la seconda dopo applicazione del TBM. Per 9 pazienti di età compresa fra 64 e 74 anni, con livello di istruzione più elevato, il grado di comprensione iniziale dichiarato è stato alto, con una media di 4.5 punti. Dopo

applicazione del TBM, ha raggiunto la media di 5 punti. Nei 13 pazienti over 75 e con livello di istruzione inferiore, il grado di comprensione iniziale è stato anch'esso inferiore, con una media di 3.35 punti. Dopo applicazione del TBM, ha raggiunto un punteggio medio di 4,46. Ad eccezione di 5 casi, in cui si è verificata una parità di punteggio fra "prima" e "dopo", il TBM si è dimostrato efficace, con un miglioramento medio di 1,1 punti. A distanza di un mese nessuno dei 22 pazienti sottoposti ad intervento di cataratta ha presentato eventi avversi correlabili ad inadeguata comprensione delle indicazioni fornitegli.

CONCLUSIONI

Il TBM è uno strumento semplice da utilizzare e adottabile in tutti i contesti sanitari, data la minima necessità di risorse economiche e di impegno di risorse umane. La sua applicazione è rapida ed impatta minimamente sui tempi di lavoro del professionista. Chiedere al paziente di ripetere quanto gli viene comunicato lo porta a riassumere e a memorizzare le informazioni ricevute, lasciandone traccia nel tempo; favorisce la comprensione ed il dialogo tra operatore sanitario e paziente, con un coinvolgimento attivo e una maggior responsabilizzazione di entrambi; aumenta l'aderenza del paziente alle terapie, riducendo la probabilità che si verifichino eventi avversi.

Scanner per il lavaggio delle mani: valutazioni dell'utilità per il contenimento delle ICA

Carrer L.¹, Mazzarolo G.², Gallo S.², Callegaro G.², Bertolin E.², Calzavara A.¹, Petta D.¹, Santuz M.¹, Chinellato G.², Span S.², Carretta G.³

¹ Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Padova

² Direzione Medica Ospedaliera, Presidio Ospedaliero Dolo-Mirano AULSS 3 Serenissima; ³ Direzione Sanitaria, AULSS 3 Serenissima

Parole chiave: Igiene delle mani, ICA

INTRODUZIONE

A seguito del verificarsi di un cluster da patogeni multiresistenti nella U.O.C. di Medicina dell'Ospedale di Dolo (VE), la Direzione Medica, in sinergia con la Direzione Sanitaria e il reparto coinvolto, ha implementato delle azioni di miglioramento. Oltre allo svolgimento di diversi audit sulla tematica delle ICA, è stato fornito al reparto uno scanner per il lavaggio delle mani, al fine di valutare la correttezza della procedura da parte del personale, nonché per sensibilizzare maggiormente gli operatori sull'argomento.

CONTENUTI

Il funzionamento del macchinario prevede che l'operatore simuli il lavaggio delle mani utilizzando un apposito gel, dopodiché inserisce entrambe le mani nello scanner che fornisce una percentuale indicante la superficie coperta durante il lavaggio. Lo strumento utilizza anche l'Intelligenza Artificiale per rilevare la presenza di anelli o gioielli. Dopo illustrazione sul funzionamento dello strumento, a cura della Direzione Medica, lo stesso è stato consegnato al reparto dal 16/02/23 al 06/03/23, in modo da consentire a tutto il

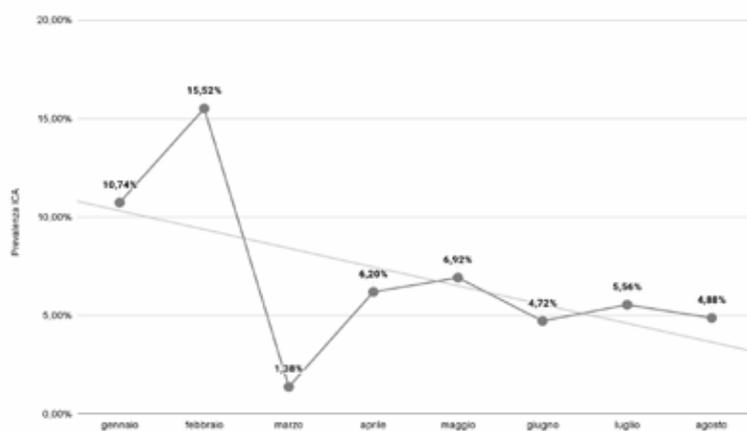
personale interessato di effettuare delle simulazioni. La partecipazione da parte degli operatori è stata su base volontaria e ha previsto il passaggio di un apposito badge grazie al quale veniva registrato il profilo professionale di ciascuno. Inoltre è stato chiesto al personale di compilare un modulo cartaceo con delle informazioni anagrafiche integrative. Lo strumento è stato poi riconsegnato a distanza di tre mesi al fine di valutare con una seconda rilevazione eventuali miglioramenti o peggioramenti.

CONCLUSIONI

Nel primo periodo hanno partecipato 50 operatori sanitari mentre nel secondo 41, di cui 14 nuovi. In caso di prove ripetute da parte dello stesso operatore nella medesima rilevazione, si è deciso di considerare la media della percentuale di copertura nelle simulazioni effettuate. L'analisi della prima rilevazione ha evidenziato punteggi di copertura medi superiori al 90% in tutte le parti anatomiche delle mani. Si evince inoltre complessivamente una minor copertura raggiunta a livello del dorso rispetto al palmo della mano (sia destra che sinistra). La macchina considera come superata la prova di lavaggio con almeno il 95% di copertura in tutte le parti anatomiche delle mani: il test è stato superato dal 46% dei soggetti.

Per poter valutare l'efficacia delle azioni svolte sono stati confrontati i risultati del primo e del secondo periodo, ottenendo un aumento delle percentuali della copertura raggiunta in tutte le zone delle mani, particolarmente evidente negli operatori sanitari che avevano partecipato a entrambe le rilevazioni: il test è stato superato dal 74% dei soggetti.

È stata infine valutata la variazione della prevalenza delle ICA all'interno del reparto, osservandone una riduzione dopo ciascuna rilevazione (15,5% a febbraio; 6,2% ad aprile; 4,7% a giugno; 4,9% ad agosto).



Sovraffollamento in Pronto Soccorso: progetto sperimentale di misurazione e gestione del fenomeno nell'Azienda ULSS 8 Berica

Francesco Paolo De Siena¹, Sara Mondino², Enrico Rosso¹, Matteo Rigoni¹, Giacomo Danieli³, Ernesto Zanetel², Filippo Fanin¹, Michela Bortoluzzi¹, Davide Perpentì¹, Romina Cazzaro⁴

(1) Direzione Medica, Ospedale di Vicenza, ULSS 8 Berica; (2) Direzione Medica, Ospedale di Arzignano, ULSS 8 Berica, (3) Unità di Biostatistica Epidemiologia e Sanità Pubblica, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova; (4) Direzione Programmazione Sanitaria, Regione Veneto.

Parole chiave: Pronto Soccorso, sovraffollamento, score

INTRODUZIONE

Il fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso ha un notevole impatto sul sistema ospedaliero e richiede adeguate soluzioni organizzative. In virtù della mancanza di consenso in letteratura su una scala di valutazione universale dell'overcrowding, la Direzione Medica Ospedaliera dell'AULSS 8 Berica ha avviato un progetto sperimentale finalizzato a individuare un modello standardizzato di rilevazione del sovraffollamento nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Vicenza e a valutarne l'applicabilità nel contesto aziendale affinché possa fungere da strumento di governance, consentendo l'attivazione delle strategie operative volte a garantire un'efficace gestione del fenomeno.

CONTENUTI

Sulla base dei numerosi score validati in letteratura e degli indicatori suggeriti dalle linee guida nazionali e internazionali, è stato definito un modello matematico in grado di rapportare in tempo reale una stima della richiesta di ricovero da parte del Pronto Soccorso (numero di pazienti in Pronto Soccorso suddivisi per codice colore) con la capacità di ricovero del presidio ospedaliero (numero di posti letto liberi nei reparti di ammissione e in OBI). I dati necessari al calcolo dello score possono essere estratti dal gestionale aziendale; la probabilità di ricovero è stata calcolata basandosi sui dati del flusso regionale APS relativi agli accessi registrati nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Vicenza in un periodo di riferimento (1/06/2022 - 31/05/2023). Al fine di testare il modello, è stata effettuata una simulazione che ha evidenziato un'adeguata capacità dello score di riflettere l'andamento del sovraffollamento del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Vicenza durante i 12 mesi del periodo di rilevazione,

registrando valori proporzionali ai differenti periodi di afflusso. Una volta determinate le soglie di criticità, basate sui valori percentili dello score calcolato nella simulazione, sono state in seguito definite le fasi progressive di sovraffollamento. A ciascuna delle 4 fasi individuate corrispondono specifiche strategie di risposta che devono essere attuate dalle diverse Unità Operative coinvolte (Pronto Soccorso, reparti di degenza, servizi di diagnostica, SUEM, Bed Management, Direzione Medica Ospedaliera, Direzione Professioni Sanitarie). Le strategie operative sono state predisposte e modulate in funzione dei livelli crescenti di sovraffollamento e devono essere attivate dalle Unità Operative dopo aver ricevuto il segnale di allerta dal Pronto Soccorso tramite un apposito sistema di alert.

CONCLUSIONI

Lo sviluppo di tale modello ha condotto alla stesura di un Piano aziendale di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e all'implementazione di un cruscotto negli applicativi aziendali per la consultazione dello score in tempo reale da parte di tutti gli operatori sanitari. Dall'esperienza si evince la necessità di adottare soluzioni organizzative che favoriscano da un lato l'oggettivazione del fenomeno per superare la difformità di percezione del problema riscontrata tra il personale ospedaliero, dall'altro una gestione integrata e coordinata del sovraffollamento in un'ottica di sinergia multidisciplinare ed engagement aziendale. A supporto di tale progetto risulta altresì necessario garantire l'adeguata formazione del personale e il coinvolgimento della medicina territoriale a vantaggio di una collaborazione reciproca tra Ospedale e Territorio.

Incidenza di colonizzazioni da *K. Pneumoniae* presso l'Ausl di Piacenza: un'analisi preliminare

Malvermi L.¹, Silvotti M.G.², Federici F.³, Tedesco D.^{1,4}

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Parma; 2 UOSD Igiene delle Strutture Sanitarie, Ausl di Piacenza; 3 UOC Direzione di Presidio Unico, Ausl di Piacenza; 4 Università di Parma, Dipartimento di Medicina e Chirurgia.

Parole chiave: Sorveglianza, *K. Pneumoniae*, incidenza

INTRODUZIONE

Tra gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae-CRE) e produttori di carbapenemasi (Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae-CPE) desta particolare preoccupazione *Klebsiella pneumoniae* spp. *pneumoniae* (Kp-CPCR) che, soprattutto in setting assistenziali, si diffonde facilmente.

CONTENUTI

Sono stati inclusi tutti i casi di pazienti con colonizzazione di Kp-CPCR su tamponi rettali (T) di screening e di sorveglianza attiva dei contatti, raccolti nel periodo gennaio 2021-dicembre 2023 in alcuni reparti di degenza degli ospedali dell'Ausl di Piacenza.

Un gruppo di reparti a maggior rischio (Gruppo 1) ha effettuato uno screening universale durante il periodo di osservazione; a partire dal 01/04/2022 l'Ausl ha previsto l'estensione della sorveglianza con T di screening universale a un altro gruppo di reparti a minor rischio (Gruppo 2), dove lo screening si eseguiva per fattori di rischio specifici.

Sono stati considerati nuovi casi i pazienti con positività anteriore ai tre mesi dall'ultimo T positivo e sono state escluse le positività rilevate a meno di tre mesi dall'ultima. Sono stati esclusi gli isolati da T eseguiti in pazienti non ricoverati negli ospedali di Piacenza.

La fonte dei dati è rappresentata dal database "alert generati dal laboratorio" da cui è stata svolta un'estrazione ad hoc per l'analisi.

Sono state escluse le degenze delle specialità chirurgiche e della medicina d'urgenza nelle quali lo screening al momento del ricovero permane per fattori di rischio specifici. Sono stati suddivisi i dati dei ricoveri e delle giornate di degenza del triennio 2021-2023 secondo reparto e mese. Il trend delle

colonizzazioni nei due gruppi è stato valutato con il calcolo dell'incidenza cumulativa (n° di tamponi positivi/n° di ricoveri*1000) e della densità di incidenza di colonizzazioni rilevate (n° di tamponi positivi/ n° giornate di degenza*1000).

Come riportato in Figura 1, il gruppo 1 ha mostrato un andamento variabile dell'incidenza cumulativa (0-65,5 per 1000 ricoverati) con nessun caso registrato a gennaio e febbraio 2021 e un massimo nel settembre 2022, periodo in cui si è registrato un outbreak; il gruppo 2 presenta un'incidenza molto più bassa, da un minimo di 0 a un massimo di 15,4 per 1000 ricoverati con minore variabilità. La Figura 2 mostra come il gruppo 1 abbia riportato una densità di incidenza più variabile rispetto al gruppo 2, con valori inclusi tra 0 e 3,5 per 1000 giornate di degenza, mentre il gruppo 2 abbia presentato valori più bassi e meno variabili, inclusi tra 0 e 1,38 per 1000 giornate di degenza.

CONCLUSIONI

Le analisi preliminari dimostrano un andamento variabile delle colonizzazioni in pazienti ricoverati in reparti a maggior rischio (Gruppo 1) rispetto ai pazienti ricoverati in reparti a minor rischio (Gruppo 2). La rapida riduzione dei casi dopo l'outbreak di settembre 2022 mostra la validità dello screening universale nei reparti a maggior rischio. D'altra parte, l'introduzione di uno screening universale in reparti a minor rischio sembra non avere apportato un aumento della capacità diagnostica.

Sono necessarie indagini statistiche più sofisticate e in grado di verificare le ipotesi sopra riportate, tuttavia lo studio mostra l'importanza di monitorare la trasmissione di patogeni verso i quali le terapie e i trattamenti disponibili diventano quotidianamente meno efficaci e su cui l'Italia rappresenta uno dei worst performer a livello europeo.

La comunicazione come tempo di cura: i due decaloghi dell'AUSL di Parma

Marozzi Silvia¹, Norante Lisa¹, Dodi Lorenza², Pulerà Rosanna³, Grazioso Sebastian³

1 Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Parma; 2 Dirigente Sociologa, Azienda USL Parma; 3 Dirigente medico in Medicina Legale, Azienda USL Parma

Parole chiave: Comunicazione, Sicurezza delle cure, Rischio clinico

INTRODUZIONE

In ottemperanza alla Legge 24/2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” si dispongono strumenti atti alla tutela della Sicurezza dei pazienti.

Per la prima volta, con la Legge 219/2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, il tempo dedicato alla comunicazione diventa “tempo di cura”.

CONTENUTI

In occasione del *World Patient Safety Day*, il tema individuato dall'OMS per il 2023, “*Engaging patients for patient safety*”, evidenzia l'importanza del coinvolgimento attivo dei pazienti, dei familiari e della comunità nella sicurezza dell'assistenza. Per l'occasione l'AUSL di Parma ha promosso diverse iniziative volte a sensibilizzare i cittadini e i professionisti sanitari, realizzando due decaloghi (semplici e di facile interpretazione) e distribuendo il materiale divulgativo nei punti informativi distrettuali dell'*Open Safety Day*.

Il primo decalogo è stato pensato per i pazienti, i quali devono sentirsi liberi di comunicare i propri bisogni di salute, seguendo dieci pratici consigli che potrebbero fare la differenza.

Tra questi è stata posta attenzione all'importanza di portare sempre con sé un documento d'identità, la tessera sanitaria e la documentazione sanitaria; presentarsi sempre attraverso nome, cognome e data di nascita; informare l'operatore circa terapie, farmaci e allergie; sentirsi liberi di porre delle domande ed assicurarsi sempre di aver compreso le informazioni; rivolgersi agli URP o ai volontari dei Comitati Consultivi Misti e dei Punti di Comunità per informazioni sui servizi e sulle modalità

di accesso. Inoltre, viene sottolineata l'importanza di attivare l'FSE e di aggiornare l'MMG circa visite, esami ed interventi effettuati.

Il secondo decalogo, rivolto agli operatori sanitari, ribadisce l'importanza di presentarsi e chiedere al paziente le proprie generalità all'inizio di ogni colloquio; di utilizzare un linguaggio chiaro e semplice; di cogliere indizi, segni e segnali per riconoscere eventuali barriere fisiche/linguistiche/culturali; accertarsi che il paziente abbia compreso le informazioni e le indicazioni prima della firma di un modulo di consenso, incoraggiandolo ad esprimere eventuali dubbi e chiarirli avvalendosi, se necessario, di un mediatore interculturale.

CONCLUSIONI

Superando la vecchia logica paternalistica del rapporto medico-paziente, il paziente non è più un soggetto passivo, ma diventa protagonista attivo del proprio percorso di cura e, in quanto tale, dovrà parteciparne “facendo la propria parte”. Le evidenze dimostrano che, quando i pazienti sono coinvolti attivamente nella propria cura si ottengono significativi vantaggi in termini di sicurezza, soddisfazione del paziente ed esiti di salute.

Solamente ponendo attenzione alla comunicazione chiara ed aperta con il paziente, si potrà migliorare la qualità dei percorsi assistenziali e si potranno ridurre errori o eventi avversi, garantendo così una maggiore efficacia ed efficienza dei servizi e una maggior fiducia dei pazienti nei confronti del SSN e nei confronti di tutti gli attori che, tramite il proprio lavoro, quotidianamente si adoperano per sostenerlo, tutelando il diritto alla salute e alla sicurezza delle cure.

Transitional Care Infermieristico: dalla dimissione alla transizione di cura

Scaloni G.¹, Antognini P.², Baldassarri A.³, Bartolini M.⁴, Carulli L.⁵, Contigiani F.⁶, Corsi D.⁷, Mosca N.⁸, Tesei L.⁹

1 Direttore ff Direzione medica POU Ast Macerata; 2 Direttore UOC SPS Area Infermieristico –ostetrica Ast Macerata; 3 Infermiere IFO Direzione medica POU Ast Macerata; 4 Infermiere ITC Direzione medica POU Ast Macerata; 5 Infermiere IFO UOC SPS Area Infermieristico –ostetrica Ast Macerata; 6 Infermiere IFO Direzione medica POU Ast Macerata; 7 Direttore Sanitario AST Macerata; 8 Direttore UOC Integrazione ospedale- territorio AST Macerata; 9 Dirigente UOC SPS Area Infermieristico –ostetrica AST Macerata

Parole chiave: Dimissione protetta, Transitional care infermieristico

INTRODUZIONE

Con la DGRM 1237 del 2021 la Regione Marche al fine di garantire appropriatezza e continuità delle cure, ha definito le linee di indirizzo per la dimissione protetta, quale sistema di comunicazione e di integrazione tra i diversi servizi e gli

operatori delle strutture ospedaliere, territoriali, enti locali e Medici di medicina generale.

La funzione di transitional care infermieristica, attraverso una programmazione strutturata ed anticipata della dimissione, puo' facilitare sia il processo di ammissione che di dimissione stessa

PERIODO AL 31/12/2023						
	INGRESSO TRICO		USCITA TRICO			
REPARTO	INGRESSO TRICO	TOT	BASSA	MEDIA	ALTA	
A	ALTA	25	1	17	7	
	BASSA	91	73	14	4	
	MEDIA	148	62	70	16	
B	ALTA	13	3	7	3	
	BASSA	168	156	10	2	
	MEDIA	68	37	21	10	
C	ALTA	13	2	8	3	
	BASSA	161	144	16	1	
	MEDIA	55	34	19	2	
D	ALTA	8		5	3	
	BASSA	319	302	15	2	
	MEDIA	71	53	12	6	
E	ALTA			6	2	8
	BASSA		162	3	2	167
	MEDIA		23	25	5	53

Setting consigliato (Brass a 48 ore)	TOT	CASA DI RIPOSO	CURE INTERMEDIE	HOSPICE	LUNGODEGENZA	RIABILITAZIONE	DOMICILIO	TRASFERITA	Exitus
DOMICILIO	713		5	5	9	12	668		14
ISTITUZIONALIZZAZIONE	619	11	44	23	125	91	236	1	88
PIANIFICAZIONE DOMICILIARE	384	1	11	9	24	31	284		24
TOTALE	1716								

e diminuire il rischio di riammissioni ospedaliere. La sperimentazione del modello organizzativo di “transitional care infermieristico” presso il Presidio ospedaliero di Macerata e quindi dell’implementazione della figura dell’Infermiere di transitional care (ITC) attivandosi precocemente nella fase di ricovero che nella fase di post-dimissione consente la valutazione dell’intensità di cura in essere e presumibile durante la transizione di cura, la valutazione predittiva dei problemi legati alla dimissione del paziente, l’attivazione precoce delle risorse socio sanitarie più utili alla continuità assistenziale, il monitoraggio del periodo “critico” di transizione (30 giorni dalla dimissione)

CONTENUTI

Durante la sperimentazione del progetto l’infermiere ITC, figura della DMO, ha proceuto a valutare predittivamente i problemi legati alla dimissione del paziente, valutare l’intensità di cura in essere e presumibile durante la transizione di cura, supportare l’attivazione precoce delle risorse socio-sanitarie più utili alla continuità assistenziale, monitorare il periodo critico di transizione.

Dall’avvio del progetto (Febbraio 2023) sono stati presi in carico 1814 degenti nei diversi setting. Di questi di cui 1716 sono stati valutati con l’utilizzo delle scale validate previste nel progetto (BRASS E TRI-CO) nelle tempistiche previste. La valutazione con BRASS ha consentito la stratificazione dei degenti nelle 3 categorie predittive: dimissione a domicilio (713), istituzionalizzazione (619), pianificazione assistenza domiciliare, (384). La valutazione con Tri.CO ha consentito

la valutazione dell’intensità di cura richiesto dal paziente in ingresso nei diversi setting analizzati.(Tab 1)

Sono state quindi evidenziate rispetto al setting consigliato alla prima valutazione il setting effettivamente previsto in dimissione (cure intermedie, hospice,, casa di riposo, lungodegenza, riabilitazione,) o se il paziente è deceduto prima della dimissione.(Tab 2)

CONCLUSIONI

La sperimentazione nasce per migliorare i percorsi di dimissione e ridurre le riammissioni ospedaliere dei pazienti

Rispetto al follow-up, sono stati attuati 456 follow-up di pazienti inviati alle strutture residenziali, per i quali è stato chiesto al l’incaricato di funzione organizzativa se riteneva appropriato il passaggio di setting:68% d’accordo, 5% neutrale, 7% non d’accordo, 19% pienamente d’accordo. Rispetto alla problematica dei re-ricoveri (30 gg dalla dimissione), sulla totalità dei pazienti presi in carico 39 sono stati ricoverati nuovamente dopo la dimissione (2.09%). Di questi il 60,9% è stato ricoverato con la stessa diagnosi.

L'oblio dell'igiene: esplorazione dell'adesione dei medici all'igiene delle mani attraverso la Teoria del Comportamento Pianificato

Petitti T*, Nasi G**, Parrocchia S°, Grizzuti MA°, Galli P§, Carbone A^

* Professore Associato di Igiene UCMB Roma; ** Direttore Sanitario Ospedale Cristo Re Roma; ° Direttore Sanitario Aziendale ASL Latina; °° Risk Manager Polo Ospedaliero Civitavecchia Bracciano ASL RM4; § Risk Manager Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" Roma; ^ Direttore Sanitario Polo Ospedaliero Civitavecchia Bracciano ASL RM4.

INTRODUZIONE

L'igiene delle mani rappresenta un aspetto cruciale nella pratica medica per prevenire la trasmissione delle infezioni nosocomiali.

Tuttavia, nonostante la sua importanza, molti medici manifestano una tendenza all'oblio dell'igiene, trascurando o dimenticando frequentemente di praticare questa abitudine fondamentale.

Questo studio si propone di esaminare l'aderenza dei medici all'igiene delle mani attraverso il prisma della Teoria del Comportamento Pianificato (TCP), un modello psicologico che analizza le motivazioni e le intenzioni dietro i comportamenti umani.

CONTENUTI

In primo luogo, la TCP suggerisce che l'atteggiamento nei confronti di un comportamento, la norma soggettiva (ossia la percezione di quanto sia socialmente appropriato quel comportamento) e il controllo comportamentale (la percezione di quanto sia facile eseguire quel comportamento) influenzino l'intenzione di eseguire tale comportamento.

Nel contesto dell'igiene delle mani, gli atteggiamenti dei medici possono variare a seconda della loro percezione dell'efficacia dell'igiene delle mani nella prevenzione delle infezioni, della norma soggettiva può essere influenzata dalle percezioni dei colleghi e del controllo comportamentale può essere compromesso da fattori come l'accessibilità ai dispenser di disinfettante o ai lavandini.

Secondo la TCP, l'intenzione di compiere un comportamento è un predittore significativo del comportamento effettivo.

Tuttavia, nell'ambito dell'igiene delle mani, le intenzioni dei medici possono essere volubili, influenzate da fattori situazionali come la pressione

del tempo, l'affaticamento o la priorità data ad altre attività cliniche. Questa discrepanza tra intenzioni e comportamento è un elemento chiave nel comprendere l'oblio dell'igiene tra i medici.

Inoltre, la TCP sottolinea l'importanza della percezione di controllo comportamentale nel determinare l'effettiva esecuzione di un comportamento. Se un medico percepisce che praticare l'igiene delle mani è difficile o poco pratico in determinate situazioni, è meno probabile che lo faccia regolarmente. Questo è particolarmente rilevante nelle strutture sanitarie dove i medici possono essere sottoposti a vincoli di tempo e risorse.

Al fine di affrontare l'oblio dell'igiene tra i medici, è necessario adottare un approccio multifattoriale che tenga conto dei principi della TCP. Le campagne educative dovrebbero mirare non solo a sensibilizzare i medici sull'importanza dell'igiene delle mani, ma anche a promuovere una cultura organizzativa che sostenga e faciliti pratiche igieniche. Interventi pratici, come l'installazione di dispenser di disinfettante più accessibili o l'introduzione di promemoria visivi nei reparti ospedalieri, possono contribuire a migliorare il controllo comportamentale dei medici.

CONCLUSIONI

L'oblio dell'igiene tra i medici rappresenta una sfida significativa per la sicurezza del paziente.

L'adozione della Teoria del Comportamento Pianificato come quadro concettuale può fornire una guida preziosa per comprendere le motivazioni e le barriere che influenzano l'aderenza dei medici all'igiene delle mani, aiutando così a sviluppare interventi più efficaci per promuovere pratiche igieniche consistenti e migliorare la sicurezza del paziente nelle strutture sanitarie.

Applicazione della FMECA al processo di gestione del latte umano donato nella Banca del Latte di Vicenza

Zanovello S., De Siena F.P., Rigoni M., Dalle Carbonare M., Miccolis L., Serpentino M., Ghirardini D., Dalle Carbonare C., Campagnolo C., Vedovato S., Danese N., Dal Cengio V., Crefi M., Cecchetto M., Bragagnolo L., Grillone R., Pascarella M., Cazzaro R., Belleffato M., Mondino S.

Parole chiave: Banca del Latte Umano Donato, FMECA, risk assessment

INTRODUZIONE

L'allattamento materno rappresenta una grande risorsa in particolare per i nati pretermine. Per questo, nel caso in cui non sia disponibile o sufficiente l'alternativa è rappresentata dal latte umano donato (LUD), che è stato dimostrato essere un fattore protettivo per enterocolite necrotizzante, sepsi, displasia broncopolmonare. Per questo nasce la Banca del Latte Umano Donato (BLUD), diffusa su tutto il territorio nazionale, che ha l'obiettivo di raccogliere, stoccare e rendere disponibile il LUD ai neonati ricoverati. Il processo di raccolta, stoccaggio e utilizzo del latte umano è però delicato, e un'inadeguata gestione del processo può comportare alterazione del latte con potenziali conseguenze per il neonato che lo riceve. La Failure Mode, Effects and Critically Analysis (FMECA) rappresenta un consolidato strumento di analisi proattiva dei potenziali rischi connessi ad un processo complesso. Obiettivo di questa analisi è quello di identificare le potenziali criticità che possono intervenire nel processo di gestione del latte umano donato e individuare delle possibili azioni di miglioramento e i meccanismi di controllo che possono essere attivati in un'ottica di implementazione proattiva del processo.

CONTENUTI

È stata effettuata da parte di un gruppo di lavoro multidisciplinare una revisione del processo di gestione del LUD nella BLUD di Vicenza, guidata da una metodica di analisi utilizzata in ambito di rischio clinico, ovvero la FMECA. Sono stati in particolare individuati 9 step del processo (Tabella 1), per ciascuno dei quali sono state identificate le possibili criticità (54 in totale). Per ognuna, utilizzando scale già presenti in letteratura, è stato definito un punteggio che stimava il grado di rischio di ciascun item sulla base di gravità, frequenza con cui si verifica e probabilità di identificazione dello stesso. Le fasi individuate come maggiormente a rischio sono sei: 'Gestione del tiralatte', 'Stoccaggio del latte a

Tabella 1.

STEP	
1	Arruolamento donatrici
2	Gestione tiralatte
3	Stoccaggio latte a domicilio
4	Raccolta LUD a domicilio e trasporto
5	Accettazione e lavorazione latte in BLUD
6	Controllo latte pastorizzato
7	Distribuzione e utilizzo latte
8	Pulizia e monitoraggio ambientale
9	Tracciabilità

domicilio', 'Raccolta del LUD a domicilio e trasporto in BLUD', 'Accettazione e lavorazione LUD', 'Distribuzione e utilizzo', 'Pulizia e monitoraggio ambientale'. Per ciascuna possibile criticità si è descritto quali sono gli attuali meccanismi di controllo e quali sono le possibili ulteriori azioni di miglioramento (46).

CONCLUSIONI

Le fasi cosiddette 'extraospedaliere', ovvero quelle di estrazione del latte, conservazione dello stesso a domicilio della mamma e trasporto possono essere rischiose se non ben governate. Risultano di fondamentale importanza pertanto la formazione iniziale e il contatto regolare con le mamme durante il periodo di donazione, unitamente all'utilizzo della check-list settimanale, oltre ad una adeguata e regolare formazione degli operatori addetti al trasporto. Per quanto riguarda le fasi 'intraospedaliere', è cruciale il rispetto di adeguate norme igieniche nella manipolazione del latte, il controllo sulla prescrizione e il monitoraggio della pulizia dell'ambiente di lavoro. In conclusione si può affermare che, essendo la gestione dell'attività della BLUD un processo complesso, molte sono le potenziali criticità. L'analisi proattiva tramite lo strumento della FMECA permette di aumentare la sicurezza e migliorare la qualità, attraverso l'identificazione di meccanismi di controllo volti a ridurre al minimo il rischio di errore.

Effettuare la mappa del rischio clinico di un intero ospedale: la metodologia HVA

Tangolo. D.*, Castelli F.** , Borroni R.* , Camattari F.* , Capodicasa A.** , Faggiano D.* , Magnè S.* , Oprandi G. (*),
Pesce C.* , Scaffidi V.** , Ventrice P.* , Berno P.*

* Ospedale Koelliker Torino; ** INNOGEA

Parole chiave: safety, mappa, miglioramento

INTRODUZIONE

Il governo del rischio, in ogni suo aspetto, è principalmente caratterizzato da due approcci complementari e sinergici: l'analisi reattiva e l'analisi proattiva

La prima è volta all'apprendimento dagli errori, alla loro analisi, alla determinazione delle cause radice ed all'adozione delle misure idonee a prevenire il ripetersi di eventi analoghi o simili. La seconda, più importante e complessa, è volta all'analisi dei processi e all'individuazione di tutti i possibili rischi, prima che i relativi eventi indesiderati si concretizzino e determinino i danni ad essi associati.

Diversi sono gli ambiti di rischio che in un'organizzazione sanitaria possono essere individuati e valutati, ad esempio, i rischi associati alla compliance normativa, quelli associati ad eventi calamitosi e catastrofici, i rischi reputazionali o economico-finanziari.

È appena necessario sottolineare come i rischi principalmente rilevanti in un ospedale siano quelli associati alla qualità e sicurezza del paziente in generale designati come rischi clinici. Diverse sono le metodologie per la mappatura e l'analisi proattiva dei rischi, tra questi i principali sono: HFMEA (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis) e l'HVA (Hazard Vulnerability Analysis)

Questa seconda metodologia si presta maggiormente alla valutazione multi-dimensionale di diverse tipologie di rischi, ovvero della medesima tipologia di rischi per più processi o per più criteri.

CONTENUTI

Il presente lavoro descrive una doppia mappatura e analisi dei rischi effettuata presso l'Ospedale

Koelliker di Torino con metodologia HVA.

La prima analisi a otto dimensioni è stata effettuata a fronte degli otto criteri e dei relativi standard ed elementi misurabili previsti dalla normativa per l'accreditamento istituzionale (tabella 1).

Scopo di questa prima analisi è stato principalmente quello di consolidare la compliance mettendo al riparo l'organizzazione dalle seppur minime deviazioni rispetto a quanto atteso dal committente istituzionale. Tale analisi ha dato luogo ad un action plan a breve periodo finalizzato al raggiungimento rapido della piena conformità. La seconda analisi, più estesa e approfondita, è stata effettuata in tredici dimensioni a fronte dei gold standard in materia di qualità e sicurezza del paziente Joint Commission International della settima edizione del manuale per l'accreditamento degli ospedali (tabella 1).

Scopo di questa seconda analisi è stato quello di entrare in profondità rispetto alle buone pratiche di qualità e sicurezza delle cure al fine di individuare e prioritizzare i rischi e guidare il miglioramento. Tale seconda analisi ha dato luogo ad un action plan, incardinato con il precedente ma dal respiro temporale di medio periodo finalizzato a indirizzare, implementare e mantenere tangibili miglioramenti in materia di qualità e sicurezza del paziente.

In questo modo sono stati complessivamente analizzati circa 750 requisiti in 16 sessioni di lavoro articolate in oltre 150 ore di riunione in presenza ed a distanza.

La complessità dell'analisi ha comportato un notevole coinvolgimento dell'ospedale, infatti nell'arco del progetto (durato sin ora 7 mesi) hanno attivamente partecipato circa 40 persone (tabella 1).

tabella 1

Accreditamento Istituzionale				Joint Commission International		
Criterio	requisiti	evidenze	item analizzati	Standard	obiettivi	e. misurabili
Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	6	27	79	Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente	6	13
Prestazioni e servizi	5	27	29	Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure	6	18
0Aspetti strutturali	2	10	130	Cure centrate sul paziente	6	21
Competenze del personale	2	10	31	Valutazione del Paziente	6	35
Comunicazione	5	23	23	Cura del Paziente	9	28
Appropriatezza clinica e sicurezza	4	19	23	Assistenza Anestesiologica e Chirurgica	7	15
Processi di miglioramento ed innovazione	3	7	25	Gestione e Utilizzo dei Farmaci	7	18
Programmi per l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	1	4	8	Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente	10	12
				Prevenzione e Controllo delle Infezioni	15	33
				Governo, Leadership e Direzione	19	21
				Gestione e Sicurezza delle Infrastrutture	13	26
				Qualifiche e Formazione del Personale	16	26
				Gestione delle Informazioni	13	16

CONCLUSIONI

L'ospedale, grazie a questa attività dispone di una mappatura del rischio pluridimensionale (grafico 1) e di un action plan (tabella 2) già in avanzato stato di attuazione.

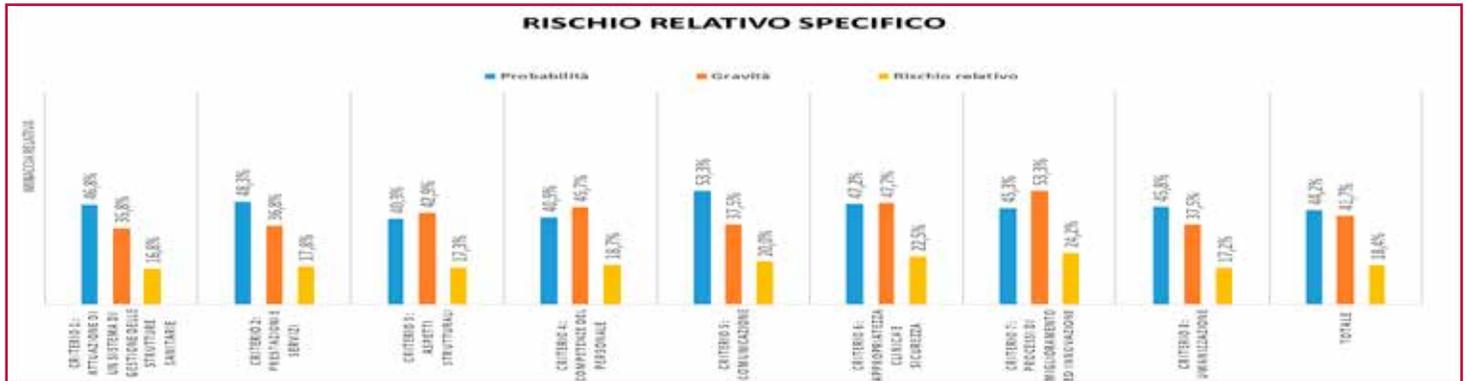
Saremo in grado di scattare una seconda fotografia a distanza di un anno dalla precedente apprezzando qualitativamente e quantitativamente la riduzione del rischio a beneficio di tutti gli stakeholders.

GRUPPO DI PROGETTO:

Alessia Grego, Amè Giada, Barbagioanni Massimo, Barbera Francesco, Bartolomeo Stefania, Beltrami Elsa, Bevacqua Federica, Bongioannini Carlo, Borroni Roberto, Camattari Fabiana, Ceppa Andrea, Cossu Maria, De Mattia Alessandra, Di Battista Filomena, Faggiano Dario, Husariu Gabriela, Intraliggi Serena, Italiano Domenico, Lat-

tanzio Davide, Lepanto Vincenzo, Magnè Simona, Massazza Federica, Massimelli Massimo, Matarise Giuseppina, Molino Cristiana, Oprandi Gianmosè, Pesce Claudia, Pugliese Marilena, Quattrocchi Angela, Rajmondo Emanuele, Rossi Giuseppe, Spagnolo Marcella, Tangolo Domenico, Teodoro Minotti, Valfrè Milena, Ventrice Pasquale

Grafico 1
Modello di confronto con “Accreditamento Istituzionale”



Modello di confronto con standard in materia di qualità e sicurezza del paziente “Joint Commission International”



tabella 2

- 18,4% indice di rischio complessivo sezione accreditamento
- 150 (20%) elementi in area gialla (minaccia moderata)
- 11 (1,5%) elementi in area arancione (rischio alto + action plan)
- 2 (0,3%) elementi in area rossa (rischio alto + action plan urgente)

RISULTATO FINALE: ELABORAZIONE ACTION PLAN

Rilevati 44 punti critici o comunque migliorabili su 348 elementi di analisi

REQUISITO	N. RISCHI INDIVIDUATI	N. AZIONI DI RISOLUZIONE	DI CUI GIÀ PRESE IN CARICO
Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	6	4	3
Prestazioni e servizi	8	4	3 (1 già completata)
Aspetti strutturali	10	9	8 (1 già completata)
Competenze del personale	4	2	1 (già completata)
Comunicazione	6	3	1 (già completata)
Appropriatezza clinica e sicurezza	4	4	1
Processi di miglioramento ed innovazione	5	2	1
Programmi per l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	1	1	

Analisi degli accessi in pronto soccorso per IRA presso la Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Nunzio Zotti¹, Francesca Di Serafino¹, Luca Carmisciano², Laura Baglietto², Andrea Davide Porretta¹, Guglielmo Arzilli¹, Michele Cristofano³, Francesca Foltran³, Ombretta Paolilli³, Mauro Pistello², Caterina Rizzo¹

1 Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa, Pisa, Italy; 2 Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa, Pisa, Italy; 3 Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa, Italy

Parole chiave: Infezioni respiratorie acute, Pronto Soccorso, Integrazione Ospedale-Territorio

INTRODUZIONE

Le infezioni respiratorie acute (IRA), come influenza, bronchite, polmonite e SARS, sono gravi problemi di salute pubblica causati da agenti infettivi e trasmesse principalmente attraverso goccioline respiratorie, particolarmente in ambienti chiusi e densamente popolati.

L'influenza è il principale agente eziologico e una delle cause principali di morte nei paesi sviluppati. Durante i picchi stagionali, il pronto soccorso registra un incremento di casi gravi, con complicazioni come polmonite e bronchite, soprattutto nei gruppi a rischio.

Misure pubbliche come vaccinazioni e miglioramento dell'igiene possono mitigare l'impatto di queste infezioni, mentre l'urbanizzazione e i cambiamenti climatici potrebbero aumentare i rischi di nuove patologie infettive.

Le tecnologie avanzate e i sistemi di sorveglianza sindromica, come "RespirVirNet" in Italia, giocano un ruolo cruciale nel monitorare e gestire rapidamente le epidemie.

CONTENUTI

Questo studio ha analizzato i dati raccolti tra il 2017 e il 2021 dal Pronto Soccorso e dai laboratori dell'ospedale AOUP di Pisa, esaminando i record elettronici di salute e i risultati di test virologici per diversi virus, tra cui Adenovirus, Bocavirus, Coronavirus, Influenza e RSV.

I dati sono stati stratificati per età, sesso, diagnosi e altri parametri. Utilizzando modelli lineari generalizzati, lo studio ha indagato le associazioni tra i casi di IRA e le caratteristiche delle ammissioni e dei test.

Durante i cinque anni di studio, su 404.820 ammissioni al pronto soccorso, 12.834 sono stati iden-

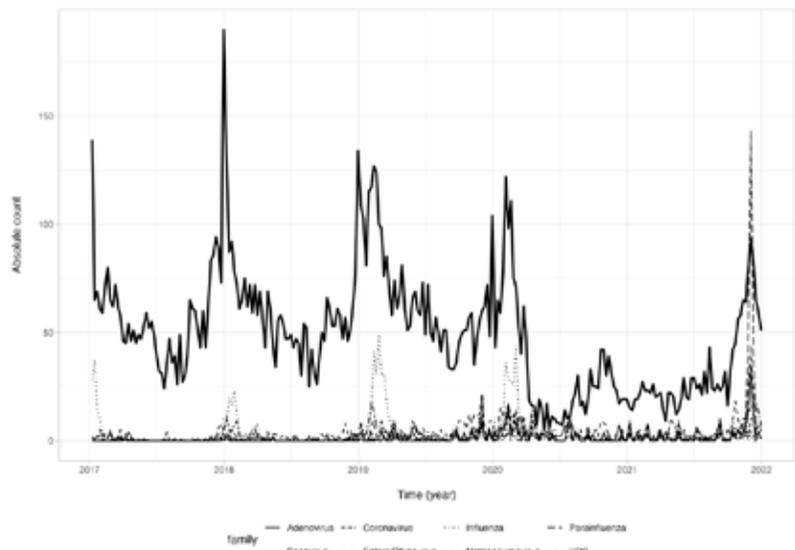


Fig.1 - Valori assoluti dei casi sospetti di ARI in PS (linea nera più spessa) e confermati in laboratorio (linee come in legenda)

tificati come casi di IRA, con Influenza e RSV che mostrano una correlazione significativa con questi casi.

L'analisi di sensibilità ha esplorato gli effetti confondenti dell'età, del sesso, dell'attività del laboratorio e dei pattern stagionali, aggiustando per questi fattori e considerando le interazioni significative tra classi di età e conteggi virali.

CONCLUSIONI

Lo studio sulle ammissioni al pronto soccorso e sui risultati dei test di laboratorio dal 2017 al 2021 ha fornito importanti intuizioni sulle infezioni respiratorie acute (ARI), evidenziando l'influenza e l'RSV come fattori chiave nei picchi stagionali di malattie respiratorie. L'analisi ha mostrato una

vulnerabilità specifica per età, con i bambini sotto i 15 anni particolarmente a rischio, sottolineando l'importanza di interventi mirati e di strategie di vaccinazione, soprattutto per i gruppi ad alto rischio come i bambini piccoli e gli anziani.

I risultati hanno anche rivelato il ruolo centrale di Influenza e RSV e la necessità di interventi basati su specifiche eziologie virali. La distribuzione dei

casi di ARI tra le varie unità mediche dopo le visite al PS ha mostrato il carico delle infezioni nei bambini e la complessità delle ARI negli anziani. Ulteriori ricerche sono necessarie per ottimizzare la gestione delle ARI e perfezionare i sistemi di sorveglianza sindromica, integrando dati in tempo reale e modellazione predittiva per migliorare le risposte agli focolai di ARI.

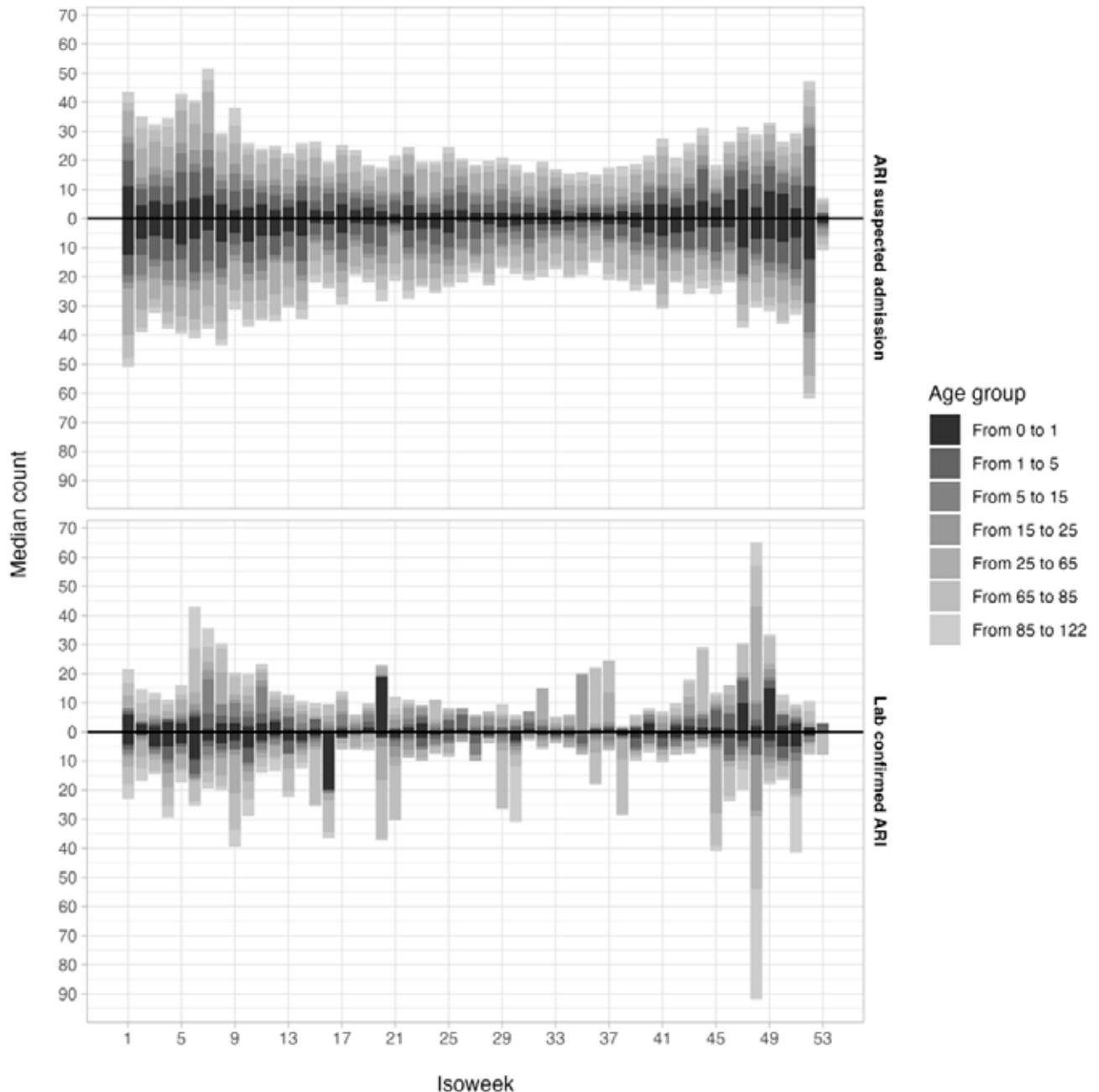


Fig.2 - Mediana annuale dei casi di ARI sospetti in PS e confermati in laboratorio, suddivisi per settimana e per sesso (a verso il basso, femmine verso l'alto)

Il labirinto della dimissione protetta: percorso condiviso nell'AST di Macerata

Mosca N.¹, Antognini P.², Baldassarri A.³, Carulli L.⁴, Contigiani F.⁵, Corsi D.⁶, Scaloni G.⁷, Tesei L.⁸

1 Direttore U.O.C. Integrazione Ospedale-Territorio AST MC; 2 Direttore UOC SPS Inf-Ostetrica AST MC; 3 Inf IFO DMPOU AST MC; 4 Inf IFO UOC SPS AST MC; 5 Inf IFO DMPOU AST MC; 6 Direttore Sanitario AST MC; 7 Direttore ff DMPOU AST MC; ;8 Dirigente UOC SPS Inf-Ostetrica AST MC

Parole chiave: Dimissione protetta, ospedale territorio

INTRODUZIONE

Per “dimissione protetta” (DP) si intende l’insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro e che si applica a pazienti “fragili” prevalentemente anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, ed è messa in atto per assicurare la continuità del percorso di cura ed assistenza. Tale processo richiede una programmazione, un coordinamento efficace ed una comunicazione fluida tra i due poli di trasferimento con rapida attivazione delle procedure di valutazione che assumono “carattere di priorità” (DRGM 111/2015).

Si è reso pertanto necessario definire un percorso condiviso ed omogeneo di DP nell’AST di MC, per la presa in carico del paziente fragile in dimissione, in applicazione alla DGRM n.1237/21 ed alla normativa nazionale e regionale di riferimento, contemplando anche l’implementazione del corretto utilizzo del SIRTE (Sistema Informativo per la Rete del Territorio della Regione Marche).

CONTENUTI

Allo scopo è stato costituito un gruppo di miglioramento multidisciplinare ed eterogeneo, composto da operatori distrettuali ed ospedalieri dell’AST di MC che è stato poi suddiviso in 5 sottogruppi ognuno dei quali ha analizzato una fase precisa del processo di DP ovvero: percorso ospedaliero, territoriale, hospice, riabilitativo e normativo. Dal confronto dei diversi sottogruppi sono emerse modalità organizzative diverse che hanno portato all’elaborazione di un protocollo condiviso ed omogeneo del percorso di DP. Il documento prevede la descrizione e l’applicazione di cinque fasi nelle quali le macroaree, ospedaliera e territoriale, sono

coinvolte sinergicamente integrandosi fra loro. Nello specifico le prime due fasi sono di competenza ospedaliera e consistono nell’identificazione precoce dei bisogni di continuità assistenziale riconoscendo le situazioni di fragilità del paziente (sanitario e/o sociale) e successivamente segnalazione del “caso” alla macroarea territoriale. La terza e la quarta fase, di pertinenza territoriale, sono rappresentate dalla ricezione del “caso” e valutazione da parte dell’U.V.I. La quinta ed ultima fase consiste nella gestione integrata tra le due macroaree per il passaggio di setting, e presa in carico del paziente a livello territoriale.

CONCLUSIONI

L’elaborazione del documento attraverso un gruppo di miglioramento costituito da professionisti ospedalieri e territoriali ha sicuramente rappresentato un’occasione privilegiata di integrazione tra le due macroaree stimolando il confronto, la condivisione delle specifiche peculiarità facilitando la comunicazione. L’implementazione del protocollo elaborato che ha previsto una fase formativa capillare nella nostra Azienda, consentirà nel tempo di migliorare il processo di DP nelle varie fasi organizzative proprio perché il documento ha come punto di forza il confronto e la condivisione tra il versante ospedaliero e territoriale.

Binomio Policlinico – ASL Bari per ridurre l’inappropriatezza e potenziare la presa in carico

Rizzi D.¹, Consiglio M.¹, Mele F.², Daleno A.³, Abbasciano V.¹, Di Lorenzo A.⁴, Perrucci A.⁴, Valente E.¹, Loconsole D.⁴, Melpignano L.⁵, Soldano S.⁶, Porfido R.⁷

1. Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari; 2. UOC Medicina Legale, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 3. UOSD Statistica ed Epidemiologia, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 4. Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 5. DMPO Giovanni XXIII, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 6. DMPO Policlinico, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; 7. Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari

Parole chiave: presa in carico, appropriatezza, ospedale-territorio

INTRODUZIONE

L'appropriatezza prescrittiva risulta la base per la sostenibilità del SSN e per ridurre le tempistiche di erogazione delle prestazioni realmente necessarie. L'AOUC Policlinico di Bari e la ASL Bari hanno avviato una stretta collaborazione al fine di efficientare la gestione delle prescrizioni specialistiche e sviluppare dei percorsi assistenziali strutturati per pazienti con patologie croniche, rare, oncologiche o per coloro che necessitano di trapianto d'organo.

CONTENUTO

A seguito della emanazione da parte della Regione Puglia di “Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa” è stata strutturata a partire da agosto 2023 una stretta collaborazione tra l'AOUC Policlinico di Bari e la ASL di Bari con l'obiettivo di creare dei percorsi di presa in carico dei pazienti con patologie croniche e necessitanti di prestazioni di II livello presso il Policlinico di Bari, distribuendo sul territorio della ASL tutte quelle prestazioni ambulatoriali che non necessitano di una centralizzazione presso un Ospedale hub del territorio.

In prima istanza è stata analizzata la saturazione delle grandi macchine dei due presidi del Policlinico. È stata sospesa l'erogazione delle prestazioni di TC e RMN dei segmenti muscolo-scheletrici, che rimangono in capo alla ASL Bari, per ottimizzare gli slot in favore dei pazienti con condizioni di cronicità in carico dalle UU.OO. del Policlinico o afferenti al COro e all'Oncologia Medica.

Sempre in accordo con la ASL, progressivamente si è proceduto alla sospensione della prenotazione ed erogazione da parte del Policlinico delle pri-

me visite di specialistica ambulatoriale, mantenendole in carico alla ASL, al fine di focalizzare l'attività del DEA di II livello su casi clinici più complessi, dopo segnalazione da parte dei colleghi operanti sul territorio.

Allo stato attuale tale approccio è stato applicato alle prestazioni di “Prima Visita Psichiatrica”; parallelamente si è potenziata l'attività di Day Service di secondo livello, prenotabile direttamente dagli Psichiatri operanti sul territorio che valutino la necessità di un approfondimento diagnostico. Infine, è in programma un prossimo potenziamento della già presente collaborazione tra ASL e Policlinico per gli screening di II livello del colon-retto. Il tutto sarà attuato riorganizzando le agende interne per dare maggior spazio alle prestazioni di screening oncologico riducendo gli accessi per prestazioni endoscopiche prenotate tramite CUP. Questo approccio, oltre che supportare la ASL nella prevenzione del carcinoma del colon-retto, permette di individuare i pazienti con patologia conclamata con una più efficiente presa in carico presso le UU.OO. di Chirurgia Generale del Policlinico.

CONCLUSIONI

In un contesto di risorse definite, la collaborazione tra Aziende è fondamentale per garantire una risposta efficace al bisogno di salute del territorio. Sebbene ancora non sia radicata una cultura di collaborazione che tenga conto di tutte le prestazioni erogabili, si stanno facendo passi avanti in questa direzione per creare un contesto favorevole per garantire a tutti i cittadini una migliore qualità dell'assistenza.

Riorganizzazione dei percorsi oncologici presso AOUC: la nuova degenza di Curieterapia

Pieralli F.¹; Livi L.²; Papi M.G.³; Niccolini F.⁴; Bianco E.⁵

1 UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; 2 Direttore SODc Radioterapia, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; 3 SODc Radioterapia, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; 4 Direttore UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; 5 Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

Parole chiave: edilizia ospedaliera, Curieterapia, centralizzazione

INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi (AOUC) è costituita da edifici non collegati tra loro, ciascuno dei quali ospita in modo prevalente una determinata tipologia di attività (oncologica, ortopedica, di emergenza, ostetrico-ginecologica, ecc...). Alla luce della disponibilità di finanziamenti ottenuti tramite i fondi del PNRR è in fase di realizzazione una completa ristrutturazione del padiglione Radioterapia, che consentirà una ulteriore centralizzazione delle attività necessarie per la presa in carico dei pazienti oncologici. Al termine dei lavori infatti il padiglione ospiterà, oltre al reparto di applicazioni radioterapiche recentemente ristrutturato, attività di tipo ambulatoriale dedicate ai pazienti oncologici e i locali del CORD.

Per consentire l'effettuazione dell'intervento di ristrutturazione si rende quindi necessario procedere preliminarmente al trasferimento delle attività sanitarie presenti nel padiglione Radioterapia. Per questo motivo la degenza di Curieterapia, attualmente situata al secondo piano dell'edificio, verrà trasferita presso il padiglione 16, San Luca, dove è già presente la Degenza Oncologica e dove sono stati recentemente completati i lavori per la realizzazione della nuova degenza protetta.

CONTENUTI

La degenza di Curieterapia accoglie attualmente tre +posti letto. Erega circa 200 ricoveri ogni anno per effettuazione di terapia radiometabolica (78% dei ricoveri), brachiterapia con colpostato (14%), ricoveri in DH per terapia con radio 223 dicloruro (6%) e brachiterapia endoculare (2%).

Per la progettazione e la realizzazione del nuovo reparto sono state previste quattro stanze di degenza ad uso singolo (una in più rispetto alla dotazione

attuale), ciascuna con servizi igienici indipendenti e collegati a impianti di raccolta e smaltimento controllato delle deiezioni. Le vasche di raccolta per i reflui sono state realizzate nell'area esterna adiacente al padiglione San Luca. Per quanto riguarda le caratteristiche strutturali, la nuova area di degenza protetta è dotata di pareti schermate ed è separata dagli altri spazi del reparto di Oncologia mediante accesso chiuso. Per garantire un'ottimale gestione dei percorsi dei pazienti e degli operatori la degenza protetta è stata realizzata in una delle due estremità del reparto, in continuità con la degenza oncologica. Oltre alle stanze di degenza sono stati previsti:

- un locale per la manipolazione dei radiofarmaci
- un'area vestizione/svestizione per gli operatori che accedono alle stanze di degenza
- un locale di stoccaggio dei bidoni contenenti rifiuti radioattivi

I locali sono stati completati alla fine del mese di aprile, attualmente sono in fase di collaudo le vasche per i reflui radioattivi; il trasferimento è previsto per la fine del mese di maggio.

CONCLUSIONI

La necessità di ottimizzare gli spazi e le risorse ha spinto l'AOUC verso una riorganizzazione dei percorsi clinico-assistenziali per aree omogenee, mediante la realizzazione di padiglioni edilizi all'interno dei quali siano presenti quanto più possibile tutte le principali funzioni necessarie a renderli funzionalmente autonomi.

Da un punto di vista organizzativo è apparso quindi vantaggioso realizzare la nuova degenza di Curieterapia nello spazio adiacente all'attuale degenza oncologica, al fine di concentrare in un'unica area la casistica oncologica gestita in regime di ricovero.

Sperimentazione di un nuovo modello di recovery room nel Nuovo Ospedale S. Stefano di Prato

Franchi S. *, Velpini B. *, Chiesi F. *, Giorgi C. *, Mannocci F. *, Mondanelli D. *, Rettori M. *, Sindoni A. *, Mechi MT**

(*) Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio Nuovo Ospedale Prato – USL Toscana Centro

(**) Direttore Medico Direzione Medica di Presidio Nuovo Ospedale Prato – USL Toscana Centro

Parole chiave: sperimentazione modello recovery-room

INTRODUZIONE

Il Blocco operatorio (BO) dell' Ospedale Santo Stefano di Prato garantisce, oltre ad attività in urgenza-emergenza, attività multi specialistica programmata nelle 5 sale operatorie attive h 12; nell'ultimo trimestre del 2023, rispetto all'isoperiodo del 2022, l'attività chirurgica è aumentata sia come numero di interventi che come ore di sala operatoria. All'interno del BO è collocata la Recovery Room (RR), con 5 PL (posti letto), attiva da Lunedì a Venerdì con orario 8-19,30 e Sabato 8-14, gestita da personale infermieristico che ha raggiunto un'autonomia consolidata nel risveglio e ottimizzazione del paziente chirurgico fino al rientro nel reparto. Complanare al BO è collocata l'area critica con una dotazione di 20 PL di TI/SI. Il paziente chirurgico è responsabile del 60% degli accessi giornalieri in area critica (40% urgenti e 60% programmati) con un'occupazione media di soli 3-4 PL dovuta alla breve degenza che nel 68% dei casi è inferiore alle 24 ore e spesso causata dalla conclusione dell'intervento dopo le ore 18, orario in cui non è possibile utilizzare la RR per la sua imminente chiusura.

CONTENUTI

Vista l'intensa attività chirurgica del BO e la necessità di ottimizzare l'utilizzo della risorsa PL nell'area critica, la direzione aziendale, congiuntamente ai medici anestesisti e alla componente infermieristica, ha proposto di:

- formare un gruppo di lavoro (Gennaio 2024) per condividere i criteri di accesso all'area critica e alla RR sulla base della tipologia dell'intervento chirurgico programmato e delle condizioni cliniche del paziente,
- attuare una fase sperimentale di 2 mesi (4 Marzo-5 Maggio 2024) di estensione dell'orario della RR (orario 8-24 dal Lunedì alla Domenica).

La disponibilità di una RR con orario prolungato consentirebbe di ridurre i ricoveri di pazienti chirurgici in area critica, rendere l'accesso ai reparti più sicuro e

coordinato, accelerare i percorsi urgenti e il turnover degli interventi elettivi, generare sicurezza nelle fasi di risveglio, creare collaborazione attiva all'interno del gruppo.

Indicatori di monitoraggio:

1. utilizzo della RR in orario esteso;
2. occupazione media dell'area critica;
3. numero di pazienti trasferiti in area critica dalla RR;
4. stabilità clinica dei post-operati: numero di chiamate per urgenza dai reparti chirurgici dopo il trasferimento del paziente;
5. attivazione dell'infermiere reperibile in orario 19-24 per garantire i letti in eccesso;
6. briefing quindicinali per analisi casistica chirurgica in RR/area critica e revisione dei relativi criteri.

RISULTATI

1. nel periodo 4 Marzo-5 Maggio 217 pazienti su un totale di 892 (24,3%) ha utilizzato la RR negli orari fino ad allora non previsti (19-24 Lun al Ven, 14-24 sabato o 8-24 Domenica);
2. l'occupazione media dell'area critica è passata da 16,31 PL a Gennaio 2024 a 13,7 nel periodo di sperimentazione con un superamento dei 16 PL che è passato dal 42% al 12,7%;
3. solo 5 pazienti sono stati trasferiti dalla RR in area critica per peggioramento delle condizioni cliniche;
4. 2 pazienti dopo il trasferimento dalla RR al reparto sono stati trasferiti in area critica per peggioramento delle condizioni cliniche;
5. l'infermiere reperibile è stato attivato 2 volte;
6. periodicamente sono stati effettuati briefing per il monitoraggio degli indicatori e l'analisi delle criticità.

CONCLUSIONI

I risultati soddisfacenti del periodo di sperimentazione inducono a pensare di poter passare ad un modello strutturato di RR estesa.

L'Assistente Sanitario nel Dipartimento Paapss Ats Milano: mappatura competenze e bisogni formativi

Alessandra Masciulli¹, Carmela Taccogna¹, Chiara Corso², Nadia Rossella Da Re³, Alessandra Busnelli⁴, Regina Esposito⁵, Marta Nobile⁶

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

2 Assistente Sanitaria - ATS Città Metropolitana di Milano - UOC Vigilanza Strutture Sanitarie Area Milano Città

3 Dirigente Biologo - ATS Città Metropolitana di Milano - Direttore Dipartimento PAAPSS

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

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

6 Dirigente Medico Responsabile di SS - ATS Città Metropolitana di Milano - UOS Autorizzazione Accreditamento Strutture Sanitarie Area Milano Est

Parole chiave: assistente sanitario, mappatura competenze, autorizzazione e controllo prestazioni sanitarie

INTRODUZIONE

Il Dipartimento Programmazione Accreditamento Acquisto Prestazioni Socio Sanitarie di ATS Milano espleta funzioni strategiche, di controllo e acquisto delle prestazioni da erogatori pubblici e privati, si articola in 10 Strutture Complesse (SC) con una declinazione territoriale in strutture semplici, per garantire presenza sul territorio e approccio comune alle tematiche avvalendosi di équipe multi-professionali che includono anche l'Assistente Sanitario (AS), storicamente inserito in contesti ove prevalgono attività di prevenzione, promozione ed educazione alla salute, mentre i settori ove esercitare "valutazione e miglioramento alla qualità delle prestazioni dei servizi sanitari" sono meno noti. Pertanto, è emersa la necessità di dettagliare gli ambiti di attività e individuare le competenze necessarie all'AS nel Paapss, presente nel 54,4% delle SC costituendo il 18,2% della dotazione organica del Dipartimento (dati di ottobre 2023).

CONTENUTI

Sono state mappate le competenze degli AS mediante interviste semi-strutturate ai Direttori SC, che hanno consentito di eseguire la Job Analysis del profilo AS nel Paapss il cui esito è riportato in tabella 1). È stato poi progettato e somministrato un questionario (validato) rivolto agli AS per acquisire il loro punto di vista, confermare quanto emerso dalle interviste e rilevare livelli di competenza percepiti e bisogni formativi.

È emerso che il 50% degli AS è in possesso (o sta conseguendo) un titolo di studio post base e ha

TABELLA 1

	Mappatura delle competenze AS Dipartimento PAAPSS ATS Milano
Compiti E Responsabilità	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione documentazione acquisita 2. Attività di vigilanza e ispezione 3. Accertamento possesso requisiti previsti dalla norma 4. Gestione della fase istruttoria 5. Predisposizione e aggiornamento documenti e atti ufficiali 6. Proposta esito procedimentale 7. Responsabilità trattamento dei dati 8. Collaborazione nella pianificazione delle attività 9. Aggiornamento gestionale dedicato
Strumenti Di Lavoro Utilizzati	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atti ufficiali redatti digitalmente 2. File per registrazione ed elaborazione dati 3. Gestionale ad hoc 4. Documentazione acquisita su cui esperire le valutazioni 5. Visite ispettive
Conoscenze Necessarie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normativa di settore 2. Informatica di base 3. Scienze tecniche mediche applicate 4. Banche dati sanitarie 5. Organizzazione sistema socio sanitario (regionale) 6. Organizzazione aziende sanitarie 7. Statistica di base
Competenze, Abilità E Altre Caratteristiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Competenze Informatiche Di II Livello 2. Competenze In Materia Di Ricerca E Approfondimento Di Argomenti Scientifici 3. Competenze Comunicativo-Relazionali 4. Cooperazione 5. Capacità Organizzative 6. Autonomia Professionale 7. Flessibilità Organizzativa 8. Consapevolezza Decisionale 9. Intelligenza Emotiva 10. Problem Solving 11. Negoziazione

TABELLA 2

Bisogni formativi	Frequenza relativa gruppo NO POST BASE	Frequenza relativa gruppo SI POST BASE	Totale
Abilità comunicative (scritte e verbali) e competenze relazionali	32,14%	21,43%	53,57%
Organizzazione del Sistema Sanitario, Socio-Sanitario e delle Strutture che ne fanno parte	28,57%	21,43%	50,00%
Metodologia della ricerca	14,29%	28,57%	42,86%
Gestione dei conflitti	21,43%	17,86%	39,29%
Informatica	21,43%	17,86%	39,29%
Normativa di settore	17,86%	21,43%	39,29%
Problem-solving e processi decisionali	21,43%	17,86%	39,29%
Statistica di base	10,71%	28,57%	39,29%
Percorsi clinico-assistenziali	25,00%	10,71%	35,71%
Teamworking e flessibilità organizzativa	21,43%	14,29%	35,71%
Sviluppo dell'autonomia professionale	14,29%	17,86%	32,14%
Leadership, capacità organizzative	10,71%	17,86%	28,57%

un'età compresa tra 25 e 34 anni; i dati su esperienza lavorativa nelle SC di assegnazione (range 0-15 anni) hanno confermato che il profilo professionale AS non è storicamente coinvolto nelle funzioni del Paaps di ATS Milano.

Si è ritenuto interessante valutare le risposte fornite in merito a livello di competenza percepito e bisogni formativi nei 2 gruppi di AS per indagare se un percorso formativo post-base possa influire. Le differenze nei 2 gruppi (confermate da test chi quadro e V di Cramer) però non consentono di stabilire se l'esito dei quesiti dipenda dal percorso formativo post-base piuttosto che dall'esperienza lavorativa. Conoscenza della normativa-Autonomia-Abilità comunicative e relazionali-Intelligenza emotiva e gestione dei conflitti-Leadership sono le soft skills ritenute più importanti dai Direttori SC; sovrapponibile il dato emerso dal questionario agli AS fatta eccezione per la leadership per cui quasi il 30% degli operatori la ritiene una competenza da "poco" a "per nulla" rilevante.

Con riferimento al grado di acquisizione percepito

conoscenze informatiche di base, team working, capacità organizzative e flessibilità hanno registrato livelli elevati, mentre la leadership si conferma la competenza col livello più basso.

La tabella 2) riporta i bisogni formativi espressi in cui la necessità di sviluppare abilità comunicative cui seguono l'approfondimento in tema di organizzazione del Servizio Sanitario Regionale e la metodologia della ricerca.

CONCLUSIONI

Lo studio ha registrato una buona adesione 80% (=28) degli AS e 100% dei Direttori SC (=6), ma per un quadro più completo sarebbe utile includere tutte le figure professionali del Dipartimento ed estendere la ricerca anche agli altri Paapss Lombardi, auspicando di progettare un sistema di valutazione delle competenze strutturato, esteso a tutto il personale delle organizzazioni pubbliche, volto alla progettazione di corsi di formazione mirati per garantire livelli di competenza sempre più omogenei.

Esperimenti sociali oltre i confini dell'ospedale: l'UDO C-DOM di Fondazione Poliambulanza Brescia

Croce E.⁴, Mostajo Valdivieso E.C.¹, Bonezzi M.¹, Gomarasca V.², Meloni A.³, Simonati C.⁴, Lonati A.C.⁴, Dominici C.⁵

1 Medico Specializzanda, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Brescia, Brescia; 2 Direttore Sanitario, Fondazione Poliambulanza, Brescia; 3 Direzione Medica di Presidio, Fondazione Poliambulanza, Brescia; 4 Direzione Sanitaria, Fondazione Poliambulanza, Brescia; 5 Assistente Sociale, Fondazione Poliambulanza Brescia

Parole chiave: Cure Domiciliari, bisogni, sociale

INTRODUZIONE

Fondazione Poliambulanza è una struttura ospedaliera di Brescia, privata e accreditata con il Servizio Sanitario di Regione Lombardia, con 621 posti letto che nel 2023 ha registrato 454.144 accessi ambulatoriali e 29.858 ricoveri ospedalieri, dotata di DEA con Pronto Soccorso di II livello, un punto nascita con 2700 nati e 2600 dimissioni che necessitano di interlocuzione con i servizi sociali e sociosanitari territoriali. Nel 2024 la Direzione Strategica ospedaliera ha deciso di accreditare e contrattualizzare con il servizio sanitario regionale l'unità di offerta di cure domiciliari con l'obiettivo di fornire ai soggetti fragili che vengono presi in carico e che devono essere dimessi sul territorio assistenza socio-sanitaria tramite erogazione di prestazioni sociosanitarie e sociali, come previsto dalla vigente normativa regionale lombarda di cui alle D.G.R. 2569 del 31/10/2014 e D.G.R. 6867 del 02/08/2022.

CONTENUTI

Le attività del servizio si esplicano nei distretti di ASST Spedali Civili (Brescia, Brescia Ovest e Brescia Est), ASST Garda (Bassa Bresciana Centrale ed Orientale) e ASST Franciacorta (Bassa Bresciana Occidentale) per il territorio di competenza dell'ATS di Brescia e ASST Mantova (Alto Mantovano) per il territorio dell'ATS Valpadana.

L'attività è garantita 365 giorni all'anno dalle ore 7 alle ore 18. Il sabato, la domenica ed i giorni festivi in presenza dalle ore 7 alle ore 12 e il resto della giornata in pronta disponibilità telefonica. Il servizio è dedicato a pazienti con bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio, i quali devono avere condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza, provenienti dal domicilio o dal setting ospedaliero. Il

servizio è stato attivato a maggio 2024 e ad oggi, in attesa della contrattualizzazione con Regione Lombardia, sono stati presi in carico 2 Pazienti: 1 uomo di 69 senza fissa dimora ed una donna di 94 anni, non autosufficiente ma con un caregiver. Il Paziente senza fissa dimora presentava bisogni sociali, oltre che socio-sanitari, rilevanti ed è stato necessario anche l'intervento dell'Assistente Sociale.

Le attività erogate comprendono prestazioni infermieristiche (rilevazioni parametri, interventi di educazione e prevenzione, gestione medicazioni come lesioni da decubito, PEG, stomie, prelievi, iniezione farmaci, gestione catetere vescicale e ossigenoterapia), fisioterapiche (mobilitazione attiva e passiva, recupero forza e trofismo muscolare, recupero e mantenimento della deambulazione, riabilitazione ortopedica e neurologica, esercizi respiratori), geriatriche-fisiaterapiche, socio-sanitarie (igiene, vestizione della persona), psicologiche.

Le attività vengono erogate in base ad un piano settimanale progettato alla presa in carico e vengono registrate su diario assistenziale, informatizzato, consultabile in ogni momento da operatori e organi di controllo. Per assicurare la continuità e lo sviluppo di rapporti fiduciosi tra Professionisti e Pazienti, i medesimi operatori seguono lo stesso paziente.

CONCLUSIONI

Il servizio di cure domiciliari di Fondazione Poliambulanza è in fase di avvio, in attesa della contrattualizzazione con il sistema sanitario regionale. I bisogni dei Pazienti candidati al servizio non sono solo clinici ma anche e soprattutto sociali. La strategia per una gestione operativa e puntuale passa necessariamente dal fare rete tra ospedale e territorio, professionisti e caregiver per avere al centro della cura il Paziente.

Strategie per la vaccinazione di soggetti fragili in Regione Lombardia: barriere, modelli organizzativi e best-practices di immunizzazione intra-ospedaliera

Vecchio R.^{1,2}, Borriello C.R.^{3,4}, Rizzardini G.³, Sala E.⁵, Broganzoli L.⁶, Cereda D.⁴, Iardino R.⁶, Odone A.^{7,8}

1 Dottorato di Interesse Nazionale in One Health approaches to infectious diseases and life science research, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia; 2 Collegio Ca' della Paglia, Fondazione Ghislieri, Pavia; 3 ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano; 4 Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia, Milano; 5 Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università degli Studi di Pavia, Pavia; 6 Fondazione The Bridge, Milano; 7 Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia, Pavia; 8 Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

INTRODUZIONE

Soggetti con condizioni mediche sottostanti sono a maggior rischio di sviluppare complicanze gravi da malattie prevenibili con vaccino. Mentre la maggior parte dei paesi adotta approcci vaccinali life-course, programmi vaccinali targettizzati su soggetti fragili potrebbero massimizzare la protezione individuale, contribuendo nel contempo a tutelare la salute della popolazione. Fondazione The Bridge, in collaborazione con l'Unità di Prevenzione della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia e l'Università di Pavia, ha coordinato un progetto dal titolo "Vaccinazioni pazienti fragili – un'opportunità di salute" volto a riunire istituzioni sanitarie regionali, principali stakeholder, esperti accademici, società scientifiche e associazioni di pazienti per valutare le barriere all'adesione delle campagne vaccinali tra i soggetti ad alto rischio, proponendo programmi e politiche preventive. Tre seminari scientifici e un focus group con le direzioni sanitarie regionali sono stati organizzati; una campagna di comunicazione è stata allestita su scala regionale. In questo contesto, inoltre, abbiamo progettato e implementato una survey con l'obiettivo di mappare sistematicamente la presenza e le caratteristiche dei programmi regionali di vaccinazione intra-ospedaliera rivolti a soggetti ad alto rischio. Il questionario è stato somministrato a tutte le 115 direzioni sanitarie ospedaliere delle strutture di ricovero e cura accreditate di Regione Lombardia.

Tabella 1: Modelli di vaccinazione intra-ospedaliera

Tipologia di struttura	Offerta nei reparti di degenza N (%)	Offerta in ambulatorio dedicato all'interno del centro ospedaliero N (%)
Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST)	6 (26.1%)	17 (73.9%)
Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)	4 (50%)	4 (50%)
Altre aziende private accreditate	17 (89.5%)	2 (10.5%)
Settore Pubblico	7 (26.9%)	19 (73.1%)
Settore Privato	20 (83.3%)	4 (16.7%)
Totale	27 (54%)	23 (46%)

CONTENUTI

Gli input scientifici e organizzativi emersi dai meeting regionali sono stati sintetizzati in un report conclusivo. Una campagna di comunicazione e sensibilizzazione, rivolta a soggetti fragili e over-65, è stata avviata attraverso la predisposizione di cartellonistica dedicata presso le strutture sanitarie e la diffusione a mezzo social. Nell'ambito della survey, sono stati raccolti dati da 97 strutture, con un tasso di rispondenza dell'85%.

Complessivamente, il 51.5% delle strutture di Regione Lombardia ha dichiarato di somministrare attivamente vaccini a soggetti ad alto rischio, con una prevalenza dell'89,6% nel settore pubblico. Tra le strutture dove vengono attivamente somministrati vaccini nel contesto ospedaliero, il 46% riporta di aver allestito ambulatori dedicati alla vaccinazione, mentre il 54% ha indicato che la somministrazione dei vaccini avviene in reparto nel contesto della degenza (Tabella 1).

CONCLUSIONI

Nuove strategie sono richieste al fine di aumentare le coperture vaccinali tra i pazienti fragili; le campagne di formazione dovrebbero rivolgersi tanto ai cittadini quanto a specialisti ed MMG. Su un piano organizzativo, ad oggi, circa la metà delle strutture ospedaliere di Regione Lombardia dichiara di somministrare vaccini a soggetti fragili. Tuttavia, i modelli di vaccinazione intra-ospedaliera variano ampiamente in base ai programmi vaccinali, al contesto organizzativo e al personale coinvolto. L'individuazione e condivisione di best practices e modelli virtuosi di vaccinazione in ospedale può contribuire ad aumentare le coperture nei soggetti ad alto rischio in Regione Lombardia. Gli indirizzi di programmazione del Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2024 hanno già recepito gli elementi emersi dalla survey, indicando tra le attività previste nell'anno in corso la realizzazione di ambulatori dedicati presso le strutture ospedaliere.

Estemporanea al blocco operatorio per ridurre i tempi chirurgici - esperienza AUSL Bologna

Claudio Lazzari¹, Matteo Ricci², Jonathan Beoni³, Stefano Guicciardi³, Michelangelo Fiorentino^{4,5}

1 Direttore U.O.C Direzione Medica Ospedali Maggiore e Bellaria, Azienda USL Bologna; 2 Medico in Formazione Specialistica Igiene e Medicina Preventiva, Alma Mater Studiorum-Università di Bologna; 3 Dirigente Medico U.O.C Direzione Medica Ospedali Maggiore e Bellaria, Azienda USL Bologna; 4 Direttore U.O.C. Anatomia Patologica Ospedale Maggiore, Azienda USL Bologna; 5 Professore Associato di Anatomia Patologica, Alma Mater Studiorum-Università di Bologna

Parole chiave: tempi di sala operatoria; efficienza sanitaria; esame estemporaneo anatomo-patologico

INTRODUZIONE

L'ottimizzazione di utilizzo delle sale operatorie costituisce una sfida per l'efficientamento del sistema ospedaliero. Ridurre la durata degli interventi apporta benefici per il paziente (quali minor assunzione di farmaci anestetici e minor rischio di infezioni post-intervento), comportando al contempo vantaggi organizzativi ed economici per le strutture sanitarie, con aumento del numero di prestazioni erogate e riduzione dei costi derivanti da interventi più lunghi.

A tal fine nel 2023 l'Azienda USL di Bologna ha avviato un'innovativa esperienza in ambito chirurgico presso l'Ospedale Maggiore, con presenza in sala operatoria di un Anatomopatologo in grado di esaminare in estemporanea il campione istologico direttamente in loco durante l'intervento, evitando il trasporto del tessuto presso il laboratorio di Anatomia Patologica con conseguente attesa del responso per terminare l'intervento.

CONTENUTI

Sono stati confrontati dati relativi ad un primo periodo precedente l'avvio della nuova modalità di esame estemporaneo (ottobre 2022 - febbraio 2023) e ad un secondo (ottobre 2023 - febbraio 2024) successivo.

Sono state esaminate le medesime tipologie di interventi chirurgici, con numerosità sufficiente per un confronto: asportazione di linfonodi regionali, cistectomia radicale, colecistectomia laparoscopica, lobectomia del polmone, nefrectomia parziale -senza ureterectomia-, orchietomia monolaterale e pancreatemia distale. Sono stati considerati in totale 62 interventi chirurgici (32 precedenti e 30 successivi alla riorganizzazione) eseguiti presso l'Ospedale Maggiore di Bologna.

Il tempo medio totale di intervento è passato da 4:04 ore a 3:05 ore. Presi singolarmente, 4 tipi di intervento hanno mostrato una riduzione di tempo medio (aspor-

Tipo di Intervento Chirurgico	Pre Patologo in Blocco Operatorio		Post Patologo in Blocco Operatorio		Differenza Pre-Post Tempo Operatorio (in ore)
	Numero di interventi	Tempo Operatorio Medio (in ore)	Numero di interventi	Tempo Operatorio Medio (in ore)	
Asportazione di linfonodi regionali	N=8	03:50	N=4	02:47	-01:03
Cistectomia radicale	N=7	06:31	N=4	04:52	-01:39
Colecistectomia laparoscopica	N=3	01:41	N=2	01:26	-00:15
Lobectomia del polmone	N=8	03:22	N=10	03:30	+00:08
Nefrectomia parziale (senza ureterectomia)	N=2	02:30	N=4	02:30	invariato
Orchietomia monolaterale	N=2	01:12	N=4	01:33	+00:21
Pancreatemia distale	N=2	07:10	N=2	03:57	-03:13
TOTALE	N=32	04:04	N=30	03:05	-00:59

Tabella 1. Confronto primi risultati pre e post introduzione esame estemporaneo in sala operatoria.

tazione di linfonodi regionali, cistectomia radicale, colecistectomia laparoscopica, pancreatemia distale), un tipo ha mantenuto il tempo invariato (nefrectomia parziale -senza ureterectomia-) e due tipi hanno aumentato il tempo medio di sala operatoria (lobectomia del polmone, orchietomia monolaterale), minimo nel primo caso.

CONCLUSIONI

I dati preliminari evidenziano risultati molto incoraggianti. Il tempo medio, per tutti gli interventi considerati, è diminuito di quasi un'ora, con potenziali benefici in primo luogo al paziente e miglioramento dell'efficienza del blocco operatorio. Di contro, presi singolarmente, non per tutti gli interventi si è confermata tale tendenza, sebbene la numerosità limitata del campione limiti in ogni caso l'assunzione di conclusioni definitive.

I risultati iniziali suggeriscono chiaramente la necessità di proseguire con l'esperienza avviata, al fine di aumentare la casistica di studio e migliorare ulteriormente la performance di sistema.

Riorganizzazione percorso peri-operatorio programmato, Azienda Ospedaliera di Perugia

Claudia Martini¹, Maria Cristina De Lio¹, Luisella Pieri¹, Margherita Rosi², Catia Castraberte³, Arturo Pasqualucci⁴

¹ Dirigente Medico di Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera di Perugia; ² Specializzanda di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Perugia; ³ Incarico di Funzione Organizzativa, Blocchi Operatori, Azienda Ospedaliera di Perugia; ⁴ Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliera di Perugia.

Parole chiave: Percorso chirurgico, riorganizzazione, liste d'attesa

INTRODUZIONE

Vista l'attuale necessità della riorganizzazione del percorso chirurgico, volta a garantire una celere collocazione e avanzamento del paziente all'interno del percorso suddetto, la regione Umbria, con la DGR n.1406 del 28/12/2023, ha adottato il regolamento di sala operatoria. Nel presente lavoro viene descritto il percorso chirurgico dalla presa in carico fino alla dimissione. L'obiettivo è quello di uniformare il percorso del paziente chirurgico.

CONTENUTI

Da inizio Gennaio 2024 si è partiti con la definizione di un nuovo modello organizzativo volto alla riorganizzazione del percorso chirurgico, attraverso la deliberazione di atti aziendali, nel rispetto del cronoprogramma regionale.

La nuova struttura organizzativa con funzioni di controllo e governo del processo prevede:

un Responsabile Unico Aziendale (RUA),

- un gruppo strategico,
- un gruppo di programmazione
- un gruppo operativo.

Il nuovo modello organizzativo prevede inoltre delle modifiche, già inserite nel gestionale Ormaweb,

e si sviluppa come di seguito riportato (Fig.1)

Il processo di riorganizzazione prevede tra l'altro, il passaggio ad una programmazione chirurgica annuale, basata sullo storico e sulla disponibilità del personale infermieristico ed anestesiologicalo, che consente una più certa disponibilità delle sale operatorie. L'impatto del nuovo modello organizzativo viene valutato attraverso la rilevazione dei tempi intra-operatori e l'uso di appositi indicatori in precise tempistiche di monitoraggio (giornalieri, settimanali, mensili, trimestrali), che permetteranno di verificare la corretta gestione delle liste d'attesa e il corretto smaltimento delle liste operatorie. Il sistema informativo Ormaweb è in grado di monitorare:

- 8 indicatori della fase pre-operatoria;
- 15 eventi intraoperatori;
- 18 indicatori della fase intraoperatoria;
- 6 indicatori della fase post-operatoria.

CONCLUSIONI

L'intero processo necessita dell'individuazione di priorità d'azione e si rammenta che le liste adeguatamente gestite e mantenute sono "la conditio sine qua non" per la corretta pianificazione dell'attività chirurgica e per la conseguente congrua attribuzione delle sedute operatorie. La responsabilità del rispetto delle liste d'attesa e della loro corretta tenuta è del Direttore di Struttura Complessa mentre il monitoraggio delle stesse è attribuito al Gruppo di Programmazione. La supervisione spetta al Gruppo Strategico come definito nella Delibera Aziendale n.00097 del 31/01/2024 e nel regolamento di gestione delle attività chirurgiche. Tenendo conto degli indicatori di monitoraggio, qualora non si ravvedano miglioramenti progressivi e soddisfacenti verranno emanate azioni correttive incentivanti l'ottimizzazione del percorso peri-operatorio.

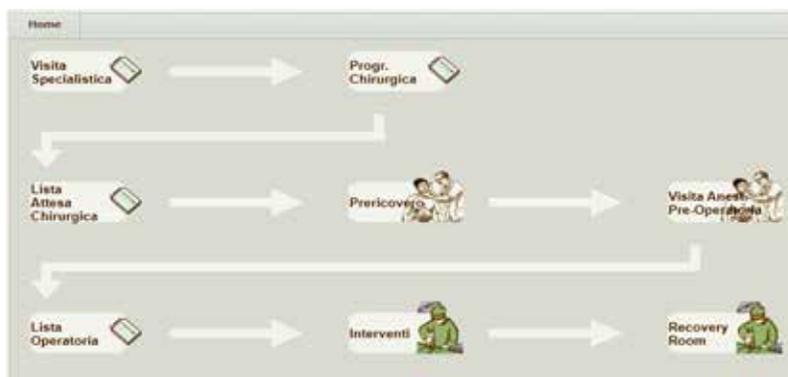


Fig.1-Percorso chirurgico programmato-Ormaweb

Microrganismi Alert in una U.O. dell'A.O. Garibaldi: impatto e strategie di contenimento

De Maria La Rosa S.¹, Ferrante G.², Granvillano G.², Cavallaro V.³, Maugeri A.⁴, Agodi A.⁵, Barchitta M.⁶, D'Emilio A.⁷, Giammanco G.⁸

1 Direttore medico P.O. "Garibaldi Centro" ARNAS Garibaldi Catania, 2 Specializzando in Igiene e medicina preventiva, 3 Dirigente medico Direzione Medica di Presidio ARNAS Garibaldi Catania, 4 Ricercatore RTDB in statistica medica, 5 Professore Ordinario di Igiene Generale e applicata, 6 Professore Associato di Igiene Generale e applicata, 7 Dirigente medico Patologia Clinica ARNAS Garibaldi Catania, 8 Commissario Straordinario ARNAS Garibaldi Catania

INTRODUZIONE

La diffusione di microrganismi multiresistenti (MDRO) negli ambienti sanitari rappresenta una sfida per la gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e per il contrasto all'antimicrobico resistenza (AMR). Il ricovero ospedaliero di pazienti esposti a tali agenti patogeni aumenta il rischio di ICA, con conseguente prolungamento della durata della degenza, un incremento delle complicazioni cliniche e dei costi assistenziali. Dovranno quindi essere messe in atto le misure di prevenzione e controllo delle infezioni più opportune per prevenire e gestire le infezioni da MDRO. Tra di esse, la sorveglianza della colonizzazione o infezione da MDRO rappresenta un'importante strategia preventiva per identificare tempestivamente i portatori di tali microrganismi e mitigarne la diffusione all'interno dell'ambiente ospedaliero.

MATERIALI E METODI

Lo studio ha incluso i pazienti ricoverati nell'Unità Operativa di Medicina Interna in Area Critica (M.I.A.C.) del Presidio Ospedaliero "Garibaldi Centro" dell'ARNAS Garibaldi di Catania dal 01/01/22 al 31/12/23, con referto microbiologico positivo a uno o più microrganismi alert per multiresistenza. Su tutti i pazienti inclusi è stata condotta una analisi retrospettiva delle cartelle cliniche e delle schede epidemiologiche allegate alle notifiche di isolamento. I dati raccolti includono: data del referto, età del paziente, date di ingresso in Pronto Soccorso (P.S.) e di ricovero, durata della degenza, comorbidità preesistenti al ricovero, esito alla dimissione, pregressi ricoveri o interventi chirurgici, provenienza del paziente, screening per colonizzazione da MDRO, procedure invasive, terapia antibiotica, emocolture e tipi di microrganismi isolati.

RISULTATI

Su un totale di 1141 pazienti ricoverati in M.I.A.C. tra il 2022 e il 2023, i pazienti positivi a germi alert erano 216 (18,9%; Tabella 1). Il tempo di attesa medio prima del ricovero è stato di 4,5 giorni e la durata media della degenza è stata di 31 giorni (range 3-99) con una mediana di 25 giorni. Il 97,7% dei pazienti riportava almeno una comorbidità all'accesso

(Figura 1). Nel 88,4% dei pazienti con alert sono stati somministrati antibiotici, per un totale di 461 somministrazioni (Figura 2). Il 27,8% dei pazienti è risultato positivo a seguito di tampone di screening all'accesso in M.I.A.C., l'emocoltura è risultata positiva nel 36,6% dei casi. La Figura 3 mostra i microrganismi più comunemente isolati. L'esito alla dimissione ha visto il 5,1% dei pazienti deceduti.

DISCUSSIONE

I risultati descrivono la complessità clinica dei pazienti ricoverati in M.I.A.C. testimoniata anche dalla prolungata degenza. Inoltre, il tempo medio di stazionamento in P.S. superiore a 4 giorni può comportare un ritardo nella comunicazione di germi alert con possibili ripercussioni medico-legali. L'ampio uso di procedure invasive e di terapie antibiotiche sottolineano la necessità di strategie mirate per la prevenzione e il controllo della diffusione di MDRO. La presenza di comorbidità e la storia di pregressi ricoveri e interventi chirurgici rappresentano alcuni dei fattori di rischio per la positività a MDRO, richiamando l'attenzione sulla necessità di approcci preventivi personalizzati. Questo studio sottolinea l'importanza di un monitoraggio accurato e di strategie di gestione ottimali per i pazienti colonizzati o infetti da MDRO per migliorare gli esiti clinici e limitare la trasmissione di microrganismi resistenti in ambiente ospedaliero.

Tabella 1. Caratteristiche dei pazienti inclusi nello studio

Caratteristiche dei pazienti (n = 216)	Frequenze (%) o Media; Mediana; Range
Genere maschile	120 (55,4%)
Età media, mediana, range (anni)	74,6; 77; 34-99
Pregresso ricovero entro 60 gg	59 (27,3%)
Intervento chirurgico nei 12 mesi precedenti	30 (13,9%)
Provenienza	
Domicilio	129 (59,8%)
Altro ospedale/reparto	64 (29,4%)
R.S.A.	23 (10,8%)
Esposizione a procedure invasive	
Catetere vescicale	163 (75,5%)
Catetere venoso centrale	39 (18,1%)
Midline	27 (12,5%)

Progetto pilota per la sensibilizzazione all'igiene delle mani di operatori, pazienti e visitatori

Castiglia P.^{1,2}, Arghittu A.², Azara L.³, Balzano E.¹, Cabras V.¹, Mameli L.A.⁴, Martis I.¹, Roggio S.¹, Soddu S.¹, Deriu M.G.¹

1 S.C. Direzione medica di Presidio, Igiene, Epidemiologia ed Infezioni Ospedaliere – AOU di Sassari; 2 Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia – Università degli Studi di Sassari; 3 S.C. Farmacia Ospedaliera – AOU di Sassari; 4 Direzione Sanitaria – AOU di Sassari

Parole chiave: Health Literacy, Empowerment, Igiene mani

INTRODUZIONE

Un'adeguata igiene delle mani è una pratica assistenziale fondamentale per la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e per limitare la diffusione dei microrganismi multiresistenti all'interno delle strutture sanitarie. In linea con il Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 – in riferimento al Programma Predefinito PP10: "Misure per il contrasto dell'antimicrobico resistenza", l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari ha implementato un progetto pilota volto alla sensibilizzazione di operatori, pazienti e visitatori verso la pratica dell'igiene delle mani, riconosciuta da i CDC e l'OMS quale elemento centrale nella prevenzione delle ICA. Le linee guida sull'igiene delle mani sono focalizzate primariamente sugli operatori, mentre poca attenzione è dedicata alla relazione tra contaminazione delle mani dei pazienti e visitatori e trasmissione di germi multiresistenti. I pazienti, infatti, rappresentano un fattore di rischio sottovalutato per la trasmissione delle ICA. Per contro numerose evidenze descrivono come programmi che prevedono la partecipazione diretta dei pazienti nelle attività di assistenza e nelle decisioni relative alla propria sicurezza, rappresentano una strategia vincente in termini di aderenza ai farmaci, aumentata percezione del rischio e migliorata relazione.

CONTENUTI.

Il progetto, focalizzato sulla strategia multimodale OMS, si è proposto di migliorare l'adesione all'igiene delle mani da parte dei pazienti attraverso l'informazione e l'educazione al fine di i) diffondere la cultura e la sensibilità sul tema; ii) accrescere la consapevolezza sui benefici che da essa derivano, iii) favorire la partecipazione diretta del paziente alle proprie cure. Sono stati identificati 4 reparti scelti per la differente percezione del rischio in modo proporzionale alle condizioni cliniche oggettivamente manifeste e sog-

gettivamente percepite dai pazienti.

Il progetto è stato articolato in 3 macroaree (MA) di interesse: A) Osservazione diretta sull'operatore sanitario secondo la strategia multimodale OMS, B) Osservazione diretta sul paziente secondo un modello sperimentale di analisi quantitativa adattato in considerazione delle evidenze della letteratura, C) Modello sperimentale di analisi qualitativa con valutazione in-Depth Analysis (i-DA) rivolto al paziente secondo il modello bio-psico-sociale.

Tali MA hanno previsto la pianificazione delle attività in 8 fasi:

- Fase 1. Indagine conoscitiva e predisposizione della modulistica
- Fase 2 e 3. Audit baseline: fase preliminare e fase esecutiva
- Fase 4: Predisposizione di materiale divulgativo
- Fase 5: Evento in occasione della Giornata dell'Igiene delle mani
- Fase 6. Intervento formativo
- Fase 7: Monitoraggio e valutazione del metodo
- Fase 8: Intervento post osservazione

In sinergia con il Programma PP1 "Scuole che promuovono salute", è stato anche coinvolto il terzo settore tramite l'associazionismo (clownterapy) e la Scuola in Ospedale, con la formazione a cascata di docenti e volontari che ha sortito l'implementazione curricolare delle attività di igiene delle mani e la realizzazione di prodotti artistici da parte dei piccoli pazienti in linea con i risultati della i-DA.

CONCLUSIONI.

Considerata l'elevata partecipazione e l'entusiasmo mostrato da tutti i target coinvolti (100%), in particolare dal terzo settore, lo studio ha evidenziato come interventi di formazione e ricerca (i-DA) integrati nell'assistenza sortiscono effetti positivi su Health Literacy, Empowerment e Public Engagement.

Piano di sicurezza dell'acqua nell'AOU di Sassari: dall'analisi preliminare ai primi step di realizzazione

Deiana G.1, Azara A.1-2, Castiglia P.1-2, Manai S.1, Masia M.D.2, Mura A.3, Posadino S.1-2, Serra M.L.1, Dettori M.1-2

1 S.C. Direzione medica di Presidio, Igiene, Epidemiologia ed Infezioni Ospedaliere - AOU di Sassari; 2 Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia - Università degli Studi di Sassari; 3 S.C. Lavori, Manutenzioni, Logistica e Patrimonio - AOU di Sassari

Parole chiave: Piani di Sicurezza dell'Acqua; Water Safety Plan; Ospedale

INTRODUZIONE

Con il recente Decreto Legislativo del 23 febbraio 2023, n. 18, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano, la tutela e salvaguardia della salute degli utenti è affidata ad un sistema integrato di prevenzione e controllo basato sull'analisi di rischio sito-specifica estesa all'intera filiera idro-potabile.

Tale approccio, promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, si basa su un controllo olistico che presuppone la predisposizione e applicazione di Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA).

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari (AOU-SS), in qualità di struttura prioritaria (classe di priorità A e B, allegato 8 del sopraddetto Decreto), ha immediatamente nominato un Team che, nell'ambito del Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza, ha avviato le fasi preliminari per la realizzazione del Piano.

CONTENUTI

Nell'ambito dei lavori previsti, a seguito della formazione del Team multidisciplinare di esperti è stata avviata una prima fase conoscitiva sullo stato dell'arte del sistema di approvvigionamento e distribuzione dell'acqua nelle strutture ospedaliere dell'Azienda. La complessità emersa, riconducibile alla natura a "Poliblocco" dell'Ospedale che vede l'alternarsi di edifici storici e strutture recenti, spesso realizzate "in serie", è riassunta nell'analisi SWOT di seguito riportata (Figura 1).

CONCLUSIONI

Dall'analisi preliminare emergono le prime complessità nella realizzazione del Piano, alcune di esse ascrivibili alla natura dell'acqua potabile distribuita nella città di Sassari, la quale necessita di un articolato sistema di potabilizzazione in rispo-

sta alla scarsa qualità dell'acqua grezza in partenza (bacini idrici superficiali). Per tale ragione, AOU-SS ha adottato dei sistemi di accumulo ben dimensionati, monitorati e dotati di un efficiente sistema di disinfezione (pre e post distribuzione interna). L'assenza di un PSA dell'Ente Gestore (unico in Sardegna) e l'imposizione normativa di predisporre contestualmente anche i PSA delle Strutture Sanitarie vede la necessità di una stretta collaborazione Ospedale-Territorio, tradotta in un'intesa bidirezionale e proattiva tra Azienda e Ente Gestore volta alla salvaguardia della salute di pazienti e operatori. Per la realizzazione delle azioni previste, infine, determinante sarà la formazione delle figure professionali coinvolte nella gestione e elaborazione del documento.

<ul style="list-style-type: none"> ■ Buona conoscenza dello stato dell'arte grazie al lavoro svolto/avviato sulla rete di distribuzione interna ■ Sistemi di trattamento dell'acqua in arrivo attivi ■ Team rappresentato da figure professionali richieste ■ Expertise per controllo/valutazione/intervento presenti ■ Disponibilità di un laboratorio interno 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Complessità della rete di distribuzione interna (13 impianti di disinfezione a biossido e ipoclorito) ■ Vetustà della rete che necessita di frequenti interventi di sostituzione (shunt e tombazione) ■ Scarsa informazione sulla qualità (grande variabilità) dell'acqua in ingresso ■ Sistemi di monitoraggio in continuo da implementare ■ Mancanza di risorse specifiche 		
Strengths	S	W	Weaknesses
Opportunities	O	T	Threats
<ul style="list-style-type: none"> ■ Valutazione degli interventi futuri su analisi del rischio ■ Costituzione di una rete di gestione integrata di attori interni/esterni ■ Generazione e gestione di nuovi dati e storico della qualità ■ Avvio processi di comunicazione e informazione condivisi ■ Rinforzo della consapevolezza del rischio infettivo in Ospedale ■ Dimostrazione dell'impegno verso la sicurezza dei pazienti la qualità delle cure, con conseguente miglioramento della reputazione dell'ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mancanza di esempi di PSA in essere in strutture sanitarie ■ Mancanza PSA Ente Gestore ■ Corso di Formazione ISS attualmente non attivo ■ Difficoltà di comunicazione e intercettazione dei problemi in rete ■ Complessità della rete di distribuzione esterna ■ Concorrenza con altre priorità dell'ospedale per i finanziamenti e le risorse 		

Figura 1. Analisi SWOT.

Disabilità ed equità di cura: modello organizzativo DAMA della provincia di Ravenna, primi risultati

Montevecchi L.¹, Nardini C.², Pedicini A.³, Prati K.⁴, Sisti V.⁵, Mazzoni R.⁶

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Ferrara; 2 Infermiera con funzioni di Case Manager di continuità Ospedale Territorio delle Cronicità Pediatriche e referente progetto DAMA Ravenna-Lugo-Faenza, Dipartimento Salute Donna Infanzia e Adolescenza, Ausl Romagna; 3 Dirigente Medico Dipartimento di Cure Primarie e Medicina di Comunità Ravenna, Ausl Romagna; 4 Direzione Infermieristica e Tecnica Ravenna, Ausl Romagna; 5 Ingegnere Gestionale Direzione Medica di Presidio Ospedaliero di Ravenna, Ausl Romagna; 6 Direttrice del Distretto Socio Sanitario di Ravenna, Ausl Romagna

Parole chiave: disabilità, presa in carico, percorsi di cura ospedale-territorio

INTRODUZIONE

L'attuale offerta di servizi sanitari e assistenziali a favore delle persone con disabilità, non sempre permette di realizzare percorsi di cura per un'efficace presa in carico di questi pazienti. Sulla base dell'esperienza dell'Ospedale San Paolo di Milano e in linea con gli attuali quadri normativi (*Linee Guida ISS 2023: Progetti dedicati alla qualità di vita delle persone con disturbo dello spettro autistico - ASD; Piano Regionale Integrato per l'Assistenza territoriale alle persone con ASD, PRIA: Obiettivi Regione Emilia Romagna 2023-27, DGR 63-23/01/23; PNRR, Missione 5 Inclusione e Coesione*), l'Ausl Romagna ha definito il proprio modello aziendale DAMA (Percorsi di Accoglienza Medica Avanzata) per garantire alle persone con disabilità un equo accesso alle cure, sviluppando un progetto declinato sulle specificità di ogni ambito provinciale.

CONTENUTI

L'obiettivo del progetto è promuovere percorsi di presa in carico clinico - assistenziale in regime programmato e/o in urgenza, a carattere multiprofessionale e multidisciplinare, a favore delle persone affette da gravi disabilità con deficit intellettivo, comunicativo, neuromotorio o autismo. L'ambito

provinciale di Ravenna - che si compone dei Distretti Socio Sanitari di Ravenna, Lugo e Faenza -, coerentemente al progetto aziendale, ha definito il proprio modello organizzativo identificando, all'interno del Team DAMA, un Case manager per la presa in carico del paziente, attivando un call center dedicato e progettando percorsi facilitati in base alla complessità assistenziale (Fig. 1). È stata inoltre effettuata una mappatura delle prestazioni erogabili nei diversi setting di cura, prevedendo spazi dedicati a livello territoriale e ospedaliero e identificando la rete di professionisti multispecialistici opportunamente formati. Nei primi 5 mesi di attività (partenza progetto: novembre 2023) sono stati presi in carico 119 pazienti, per un totale di 170 prestazioni; il 74% di tali interventi risultava essere a bassa complessità assistenziale e sono stati effettuati in prossimità del paziente, favorendo, per gli accessi ambulatoriali, il luogo di cura più vicino all'abitazione del paziente laddove non fosse possibile privilegiare l'intervento a domicilio. Le prestazioni ad alta complessità assistenziale (mono e multidisciplinari), coerentemente al modello organizzativo, sono state centralizzate nel presidio ospedaliero Hub di Ravenna: nel 95% dei casi sono avvenute in sedazione e il 16% ha avuto necessità di ricovero (la maggior parte degli interventi è stata eseguita in regime di Day Hospital e Day Surgery). Infine, è stata rilevante l'attività del Case Manager con 629 prestazioni di counseling e interventi di progettazione del percorso clinico a fronte dei 119 pazienti presi in carico.

CONCLUSIONI

Il progetto evidenzia: la facilità di accesso alle cure, equità nei percorsi di presa in carico attraverso la pianificazione di percorsi di continuità assistenziale e integrazione ospedale-territorio tarati sul reale bisogno della persona disabile. La realizzazione della cartella clinica informatizzata e lo sviluppo di *clinical competence* specifiche attraverso un percorso formativo costituiscono elementi di progettazione a breve termine.

Percorso DAMA, Ambito territoriale di Ravenna

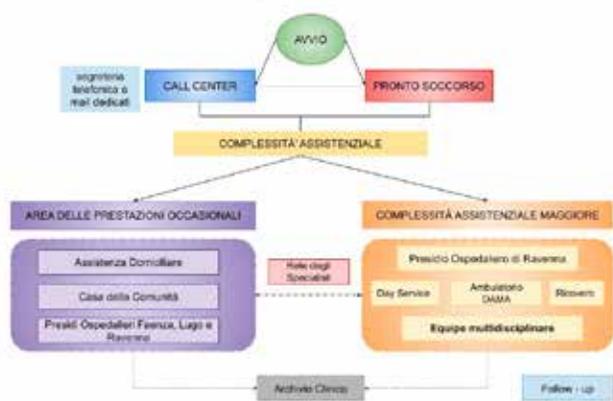


Fig.1. Percorso DAMA, Ambito territoriale di Ravenna (Ausl Romagna).

Studi di prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza: il trend DELL'AOU-PUI di Roma

Carluccio G.¹, Barbato D.², Lo Giudice C.¹, Petrecca C.¹, Covelli A.¹, Giffi M.³, Pocino R.³, Marzuillo C.⁴, Villari P.⁵, De Giusti M.⁵

1 Medico in formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza università di Roma; 2 Dirigente Medico, Ph.D Sapienza Università di Roma; 3 Dirigente Medico, Policlinico Umberto I di Roma; 4 Professore Associato, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; 5 Professore Ordinario, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma.

INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano gli eventi avversi più frequenti e gravi in ambito sanitario. Si associano ad un aumento dei tempi di degenza e dei relativi costi assistenziali, ad un incremento del riscontro di microrganismi multi-drug resistant (MDR) e della mortalità da MDR, comportando consistenti perdite finanziarie, incluse quelle derivanti da contenziosi medico-legali.

METODI

L'obiettivo di questi studi ripetuti è quello di stimare l'onere delle ICA e dell'uso di antimicrobici nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I di Roma (AOUPUI) descrivendo l'andamento della prevalenza delle ICA nel corso degli anni, confrontando i dati relativi a: a) pazienti; b) dispositivi invasivi; c) infezioni; d) antimicrobici prescritti; e) setting assistenziali; f) fattori di rischio per ICA. I dati sono stati raccolti secondo il protocollo di indagine sulla prevalenza puntuale dell'ECDC nello stesso periodo dell'anno in cinque differenti anni (2018,2019,2021,2022,2023). È stata effettuata un'analisi descrittiva per tutte le variabili di interesse. L'analisi univariata è stata utilizzata per valutare le possibili associazioni tra variabili e ICA. Le variabili con un livello di significatività $p < 0.25$ sono state incluse in un modello di regressione logistica multipla.

RISULTATI

Sono stati inclusi un totale di 3833 pazienti dal 2018 al 2023. La prevalenza di pazienti con almeno un'ICA è risultata del 13.3% (106/799) nel 2018, 11.1% (91/818) nel 2019, 17.6% (131/745) nel 2021, 14.3% (104/725) nel 2022 e del 13.6% (102/747) nel 2023, con una overall prevalence di 13.9%. Le infezioni del torrente ematico (BSI) sono risultate le più frequenti [29.7% (186/627)],

a seguire le polmoniti [25,3% (159/627)] e le infezioni delle vie urinarie [19.6% (123/627)]. Su un totale di 2875 antimicrobici prescritti, risulta prevalente l'impiego di penicilline (657/2875; 22.8%), cefalosporine (574/2875; 20.0%) e carbapenemi (298/2875; 10.4%). In merito ai microrganismi responsabili delle ICA, resta sovrapponibile nelle 5 rilevazioni il prevalente riscontro di microrganismi Gram-negativi, in particolare delle Enterobacteriaceae (overall prevalence 35.8% [226/631]).

La preliminare analisi multivariata ha evidenziato, dopo il controllo per i fattori di confondimento, la associazione statisticamente significativa di alcune esposizioni con l'insorgenza di ICA, in particolare: McCabe score Rapidamente fatale (OR=1.51; IC95% = 1.04-2.18); età (OR=1.01; IC95% = 1.01-1.02); ricovero in reparti di terapia intensiva (OR= 2.34; IC95% = 1.70-3.23); esposizione a device invasivi (OR= 4.55; IC95%: 3.29-6.30); durata di degenza (OR=1.02; IC95% 1.01-1.02); esposizione del paziente a terapia antimicrobica a scopo profilattico (OR= 0.45; IC95% 0.34-0.62).

CONCLUSIONI

La metodologia ECDC si è rivelata applicabile all'AOUPUI, dove la prevalenza di ICA è superiore alla media europea. Queste indagini ripetute permettono di valutare l'andamento delle ICA all'interno dell'Azienda e la necessità di attuare corrette misure di prevenzione e controllo del rischio infettivo e di valutarne l'efficacia anche attraverso il monitoraggio periodico. La metodologia ECDC e i relativi strumenti utilizzati in questo studio potrebbero essere esportati in altri contesti sanitari locali e regionali al fine di creare un approccio standardizzato per il monitoraggio del trend delle ICA e potrebbero essere proposti anche a setting territoriali di tipo socio-assistenziale.

Analisi del Trend degli Accessi al Percorso PASS: l'esperienza del presidio ospedaliero di Pontedera

Francesca Di Serafino¹, Simone Lorenzo Romano², Caterina Rizzo¹, Luca Nardi²

¹ Dipartimento di Ricerca Trasazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa

² Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri Pontedera e Volterra, Azienda USL Toscana Nord Ovest

Parole chiave: perEquità di accesso, Percorsi, Bisogni Speciali

INTRODUZIONE

La Delibera 666/2017 della Regione Toscana, sull'equità di accesso ai servizi sanitari delle persone con disabilità, approva le linee di indirizzo e il modello di intervento regionale PASS - Percorsi Assistenziali per Soggetti con bisogni Speciali. Quest'ultimo mira a garantire un accesso universale ai servizi sanitari per le persone con disabilità, assicurando uguali opportunità a tutte le diverse disabilità. Anche presso il presidio ospedaliero F. Lotti di Pontedera dal 2020 è stato implementato un programma di presa in carico multidisciplinare di persone con disabilità per rispondere in modo personalizzato ai bisogni assistenziali diagnostici e di cura espressi dal paziente.

CONTENUTI

Il PASS è dedicato a tutte quelle persone con disabilità di tipo intellettivo, motorio e sensoriale che presentano bisogni speciali che, se non correttamente e precocemente intercettati, causerebbero peggioramenti nelle condizioni di salute e ritardi diagnostici. Per meglio accompagnare i pazienti nel percorso, in fase di richiesta viene stilato l'Algoritmo dei Bisogni Speciali (ABS) in base alle risposte fornite nell'area delle comunicazione/comprendimento/orientamento, della motilità/mobilità e della collaborazione/comportamento. L'ABS prevede un repertorio di "accomodamenti ragionevoli" quali soluzioni personalizzabili che spaziano dalla presenza di personale formato, a tempi di visita dedicati, alla disponibilità di arredi, spazi e ausili con caratteristiche specifiche nonché alla comunicazione adatta. È stata allora condotta un'analisi delle tipologie di prestazioni erogate e dei volumi degli accessi effettuati tramite il percorso PASS da Gennaio 2020 ad Aprile 2024.

L'analisi del trend degli accessi al Percorso PASS

dal 2020 al 2024 evidenzia una costante crescita nel numero di accessi nel corso degli anni. Nel 2020, all'avvio del programma, sono stati registrati 24 accessi. Questo numero è aumentato significativamente nel 2021, con 66 accessi, e ancora nel 2022, con 98 accessi. Nel 2023, la tendenza positiva è proseguita con 105 accessi. Nei primi quattro mesi del 2024, sono stati registrati 40 accessi, confermando la continua partecipazione al Percorso PASS durante questo periodo. Al fine di soddisfare al meglio le esigenze dei pazienti e massimizzare l'efficienza delle cure, spesso sono state fornite più prestazioni sanitarie durante ogni accesso, nel setting più appropriato. In particolare, le prestazioni più richieste sono state esami ematici, ECG (spesso in combinazione), visita oculistica ed eco addome.

CONCLUSIONI

Questo modello si è dimostrato essenziale nel garantire un accesso universale ai servizi sanitari, promuovendo l'uguaglianza di opportunità per tutte le diverse forme di disabilità.

I dati confermano l'importanza di un approccio personalizzato e integrato nella gestione delle disabilità, consentendo un intervento tempestivo e mirato per migliorare la qualità della vita dei pazienti e garantire un'assistenza sanitaria equa e accessibile per tutti.

La tendenza riflette una crescente consapevolezza del programma da parte dei pazienti e dei professionisti sanitari, nonché una crescente domanda di servizi sanitari dedicati alle persone con disabilità. La costante crescita nel numero di accessi indica l'importanza e l'efficacia del Percorso PASS nel soddisfare le esigenze della comunità locale, confermando il suo ruolo cruciale nel garantire un accesso equo e universale ai servizi sanitari per le persone con disabilità.

La stewardship antibiotica a Piacenza: Un approccio multidisciplinare nella lotta alle resistenze

Cella P.¹; Belli E.²; Cattadori E.³; Codeluppi M.⁴; Confalonieri C.⁵; Granelli M.C.⁶; Lo Cascio G.⁷; Silvotti M.G.⁸; Magnacavallo A.⁹

1 Dirigente medico, Innovazione e Ricerca, Processi clinici e Strutture accreditate - Azienda Usl di Piacenza; 2 Coordinatore Qualità e Ricerca, Innovazione e Ricerca, Processi clinici e Strutture accreditate - Azienda Usl di Piacenza; 3 Direttore, Innovazione e Ricerca, Processi clinici e Strutture accreditate - Azienda Usl di Piacenza; 4 Direttore, Malattie Infettive - Azienda Usl di Piacenza; 5 Dirigente farmacista, Farmacia Ospedaliera - Azienda Usl di Piacenza; 6 Direttore, Farmacia Ospedaliera - Azienda Usl di Piacenza; 7 Direttore, Microbiologia - Azienda Usl di Piacenza; 8 Dirigente biologo, Igiene delle Strutture sanitarie - Azienda Usl di Piacenza; 9 Direttore sanitario - Azienda Usl di Piacenza

Parole chiave: Antimicrobial Stewardship; appropriatezza prescrittiva; antibiotici

INTRODUZIONE

Nel tempo il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza (AMR) ha assunto i caratteri di un'emergenza sanitaria globale. Il nuovo "Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025" si propone di controllare il fenomeno basandosi su un approccio multidisciplinare, secondo la visione One Health. Nella terapia delle infezioni è indispensabile una gestione coordinata e integrata, sia per raggiungere risultati clinici ottimali, sia per ridurre tossicità ed eventi avversi correlati, costi sanitari, durata della degenza, selezione di ceppi resistenti. L'Antimicrobial Stewardship ha l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, indirizzando la scelta del farmaco, della dose, del timing di terapia e della via di somministrazione. Avvalendosi del Gruppo operativo per l'uso responsabile degli antibiotici, l'Azienda Usl di Piacenza ha formalizzato interventi volti a promuovere una corretta prescrizione della terapia.

CONTENUTI

La sostituzione del formato cartaceo con il formato digitale di richiesta motivata personalizzata (RMP), per molecole ad elevato impatto ecologico/economico (es. antibiotici classificati "Reserve" dall'OMS), ha reso la scelta dei clinici prescrittori più consapevole. L'informatizzazione digitale garantisce un maggiore controllo lungo tutto il percorso, dalla prescrizione alla somministrazione della terapia, grazie alla possibilità di estrarre i report delle RMP in tempo reale. Nell'ambito del programma di Antimicrobial Stewardship il Gruppo ha anche ideato un progetto di confronto tra specialisti di ambiti differenti, che prevede una consulenza infettivologica per i pazienti ricoverati e in terapia con farmaci soggetti a RMP. A partire dall'elenco delle prescrizioni sottoposte a RMP il medico infettivologo può, proattivamente, richiedere la consulenza e referarla motivandola come Valutazione Antimicrobial Stewardship, oltre a confrontarsi con il medico prescrittore per discutere di eventuali modifiche alla terapia (switch, de-escalation, sospensione). Alla ricezione di una RMP, la Farmacia

Ospedaliera eroga i farmaci necessari a coprire soli 3 giorni di terapia, dispensati in unità posologica attraverso operazioni di spaccettamento e riconfezionamento ad hoc.

CONCLUSIONI

La digitalizzazione della RMP e del percorso di consulenza infettivologica hanno permesso la tracciabilità, nonché la rendicontazione, delle attività di stewardship antibiotica implementate a Piacenza. In seguito a consulenza infettivologica, nel 2023, la Farmacia Ospedaliera ha bloccato 89 terapie antibiotiche, di cui 18 esitate in de-escalation. Grazie alla dispensazione in unità posologica si è passati da un costo virtuale di terapia pari a 62.928,00 € a 15.849,00 € (-74%). Confrontando i dati riguardanti il consumo ospedaliero di antibiotici degli ultimi due anni, si evidenzia una riduzione di prescrizione e, conseguentemente, di spesa nel 2023 rispetto al 2022, per un risparmio stimato di 433.038,80 € (-29%). Analizzando i dati di consumo 2022 vs 2023 espressi in Defined Daily Dose -DDD per 100 gg degenza si osserva una riduzione per: antibiotici in genere (74,34 vs 73,86), fluorochinoloni (5,01 vs 4,24) e carbapenemi (3,72 vs 1,98). Il progetto di Stewardship antibiotica avviato presso il nostro ospedale rappresenta un esempio di gestione multidisciplinare della terapia antimicrobica finalizzato ad aumentare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre la durata e i costi delle terapie, secondo una logica di costo-efficacia.

Tabella 1. AUSL di Piacenza: confronto spesa ospedaliera di antibiotici espressa in euro e variazione percentuale (Δ%)anni 2022-2023

DIPARTIMENTO	SPESA 2022 (€)	SPESA 2023 (€)	Delta (%)
CHIRURGIE	178.932,30	133.498,70	- 25.4
EMERGENZA-URGENZA	378.620,60	280.365,80	- 25.9
MATERO-INFANTILE	23.421,40	23.680,80	0
MEDICINA RIABILITATIVA	141.904,70	69.573,60	- 50.9
MEDICINE	259.707,30	200.058,60	- 23.0
ONCO-EMATOLOGIA	379.321,50	236.228,60	- 37.7
TERAPIE INTENSIVE	131.233,80	116.696,70	- 1.1
TOTALE	1.493.141,60	1.060.102,80	-29

Introduzione di un nuovo modello organizzativo per la gestione del trauma ortopedico in AOU Careggi

Ceccherini V.¹; Lombardi N.²; Rossi E.³; Volpi L.³; Niccolini F.⁴; Bianco E.⁵

1 Medico, UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; 2 Medico, Direttore SODc Direzione Operativa, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; 3 Ingegnere, SODc Direzione Operativa, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; 4 Medico, Direttore UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; 5 Medico, Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

Parole chiave: trauma center, alta specializzazione, modello organizzativo

INTRODUZIONE

Nel 2021 è stato ultimato l'ultimo blocco del padiglione DEAS dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi. Con il trasferimento dell'attività traumatologica ortopedica in questa nuova sede, avvenuto a maggio 2022, è stato realizzato uno dei maggiori Trauma Center a livello nazionale, pensato come hub per casistica in urgenza ad elevata complessità, nel quale gestire i percorsi assistenziali integrati in un'unica realtà, senza soluzione di continuo, per aspetti intensivi e chirurgici di tutti gli ambiti specialistici. Ciò richiede competenze avanzate che possono essere ottenute e mantenute solo ottimizzando ulteriormente i modelli organizzativi in essere.

CONTENUTI

Per l'individuazione del modello organizzativo necessario per poter gestire in modo corretto la casistica traumatologica attesa, sono stati creati gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari con il compito di analizzare la casistica epidemiologica, definire il fabbisogno di risorse strumentali e tecnologiche, nonché di personale per ciascuna categoria professionale coinvolta.

È stato analizzato il flusso di traumi ortopedici (esclusi frattura di femore prossimale e traumi della mano, già oggetto di percorsi dedicati) in ingresso da PS, che ammonta a circa 1300 ricoveri all'anno con una situazione di flusso costante in arrivo senza oscillazioni importanti, né mensili né tra i diversi giorni della settimana, con una media di 3,5 ricoveri al giorno.

Sono state individuate alcune criticità di natura organizzativa, quali la riduzione dell'offerta chirurgica nei giorni prefestivi e festivi e la riduzione della presenza dei medici in degenza traumatologica nel fine settimana, che rallenta le valutazioni pre-chirurgiche e il turn over di reparto.

Le conclusioni dei lavori di gruppo hanno prospettato il superamento dell'attuale modello organizzativo con l'obiettivo di raggiungere alcuni aspetti di miglioramento, primo fra tutti la massima riduzione del tempo di attesa fra ingresso nel PS ed intervento chirurgico. Il nuovo modello ha previsto:

1. Disponibilità di sala operatoria per interventi on-time: attiva dalle 8 alle 20 con personale medico, infermieristico e TSRM dedicato, 7 giorni su 7 per 365 giorni l'anno
2. Sala operatoria per interventi differiti attiva per ulteriori 30 ore nei giorni feriali
3. Sala delle urgenze a disposizione per la casistica non differibile, in condivisione con le altre UO operanti nel comparto operatorio, attivabile H24 secondo le necessità.
4. Separazione totale della casistica traumatologica urgente da quella elettiva
5. Aumento dei ppll dedicati alla traumatologia ortopedica, per consentire la gestione immediata anche dei pazienti che precedentemente venivano dimessi a domicilio in attesa di intervento.
6. Presenza costante di medici, sia ortopedici che internisti, in degenza anche nei giorni festivi diurni

CONCLUSIONI

Oltre il 60% dei pazienti affetti da trauma ortopedico viene operato entro il giorno 4 dal ricovero; con la precedente organizzazione l'attesa media preoperatoria era di oltre 5,5 giorni.

La percentuale di pazienti dimessi a domicilio in attesa di intervento è passata dal 20% del 2021 a meno del 10% nel 2023.

La separazione dei percorsi traumatologici dall'ortopedia elettiva ha determinato lo sviluppo e il mantenimento delle clinical competence attraverso la concentrazione della casistica.

L'aumento di rinunce e abbandoni nelle Scuole di Igiene e Medicina Preventiva. Il rilevante fattore geografico e le possibili soluzioni

Pennisi F.¹, Ricciardi G.E.¹, Minerva M.¹, Blandi L.², Pelissero G.², Odone A.², Signorelli C.^{1,3}

¹ Università Vita-Salute San Raffaele, Milano;

² Università degli Studi di Pavia;

³ Coordinamento Nazionale Direttori Scuole Igiene e Medicina Preventiva

INTRODUZIONE

L'aumento dei contratti ministeriali assegnati alle Scuole di Specializzazione, ben superiore al numero di candidati, ha posto all'attenzione il grave problema di rinunce e abbandoni nelle Scuole ritenute meno attrattive (ma spesso non meno necessarie per il SSN).

La ricerca analizza il fenomeno negli anni 2022 e 2023, con particolare riguardo alle Scuole di Igiene e Medicina Preventiva.

METODI

I dati generali su ammissioni, rinunce e abbandoni sono tratti dall'archivio della Associazione Liberi Specializzandi (ALS) che attinge a dati ministeriali e della Federazione degli Ordini dei Medici-Chirurghi e degli odontoiatri.

I dati su rinunce (posti non assegnati) e abbandoni (al 30 marzo 2024) hanno riguardato tutte le Scuole ed in particolare le 39 di Igiene e Medicina Preventiva accreditate attualmente in Italia.

I dati per aree geografiche sono stati considerati a livello regionale, accorpando le regioni con meno di 3 Scuole.

RISULTATI

La percentuale di borse ministeriali non assegnate e di ritiri nel 2023 è stata rispettivamente di 4.537 (31,1%) e 397 (2,7%), in aumento rispetto al 2022 (15,8% e 5,6%). Per la Scuola di Igiene e Medicina preventiva la percentuale complessiva di rinunce e abbandoni è stata del 52,3% nel 2023 rispetto al 17,6% nel 2022, distribuita in modo non omogeneo. Oltre a 5 Scuole di Igiene senza rinunce e abbandoni, i dati mostrano un evidente gradiente geografico, con percentuali maggiori nell'area del Nord e Centro Italia (mettere figura se si può).

CONCLUSIONI

La soluzione più logica sarebbe di assegnare, a livello nazionale, un numero di contratti pari - o leggermente inferiori - al numero di candidati, al fine di favorire una distribuzione omogenea degli specializzandi.

Se questa soluzione trovasse ostacoli di natura politica, le Scuole meno attrattive potrebbero far conoscere, con messaggi sui canali "social", le loro caratteristiche, gli sbocchi professionali e gli aspetti meno noti ai neo-laureati.



Utilizzo di Dalbavancina nell'ottimizzazione dei tempi di degenza presso l'IRCCS Policlinico San Donato: Analisi retrospettiva preliminare di costi ed efficacia

Carpinelli L.¹, Ales M. E.^{1,2}, Mastrangelo M.^{1,2}, Carbone M.^{1,3}, Meloni A.^{1,3}, Ferraris L.¹, Odone A.³, Signorelli C.⁴, Shishova M.⁵, Caravella G.⁵, Cuppone M.T.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 UO Farmacia, IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese

Parole chiave: antibiotici, ICA, farmacoconomia

INTRODUZIONE

Dalbavancina è un lipoglicopeptide con effetto battericida. Grazie alle sue proprietà farmacocinetiche ed alla sua lunga emivita consente di trattare le infezioni causate da batteri Gram positivi con poche, anche una, somministrazione endovenosa. In caso di somministrazioni multiple è necessario che siano calendarizzate a 7-14 giorni di distanza l'una dall'altra, consentendo quindi lo sviluppo di percorsi di dimissioni precoci con l'avvio di una presa in carico ambulatoriale per la gestione dell'infezione. I percorsi ambulatoriali di somministrazione di antibiotici long-acting come Dalbavancina costituiscono una nuova strategia di gestione delle infezioni permettendo di:

- abbattere i tempi di degenza dei pazienti che sviluppano infezioni durante il ricovero,
- prevenire i rischi di salute correlati alle degenze prolungate
- prevenire ricoveri inappropriati giustificati dalla sola somministrazione endovenosa di antibiotici
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse dedicate alle degenze ospedaliere riducendo costi e tempi di attesa

Le infezioni del sito chirurgico, in particolare nel caso di interventi di chirurgia maggiore di cardiocirurgia o di chirurgia protesica ortopedica sono complicanze diffuse che prolungano notevolmente la degenza dei pazienti e che possono portare ad esiti infausti, risultando in ultima analisi in un costo sociale ed economico considerevolissimo. Con l'obiettivo di elaborare un percorso di presa in carico ambulatoriale per i pazienti dell'IRCCS Policlinico San Donato che sviluppano infezioni del sito chirurgico, è stato condotto uno studio retrospettivo sui percorsi di dimissione precoci avviati presso la

Struttura nel 2023 effettuando una stima dei costi di trattamento e delle giornate di degenza risparmiate.

METODI

Nel corso del 2023 presso l'IRCCS Policlinico San Donato sono stati avviati 9 percorsi di somministrazione di antibiotico long-acting in regime di ricovero prima della dimissione o direttamente ambulatoriale. Nell'analisi sono stati inclusi 7 pazienti maggiorenni che hanno ricevuto una o più somministrazioni di 1500mg di dalbavancina prima della dimissione e 2 pazienti per cui non si è reso necessario un nuovo ricovero grazie al trattamento antibiotico ambulatoriale. Sono stati calcolati i costi diretti del farmaco innovativo e paragonati ai costi di farmaco utilizzato nel trattamento standard in regime di ricovero (daptomicina 700mg/die). La stima del numero di giornate di degenza risparmiate utilizzando l'antibiotico long-acting è stata effettuata calcolando la dimissione prevista utilizzando il trattamento standard a partire dalla prima somministrazione di antibiotico e confrontandola con la data di dimissione effettiva.

RISULTATI

L'analisi differenziale di costi e giornate di degenza risparmiate per singolo paziente sono riportate in Tabella 1. Per il calcolo del risparmio totale è stato calcolato un costo alberghiero medio di 500€ per giornata di degenza. Attivando percorsi di presa in carico ambulatoriale con l'avvio di trattamento antibiotico long-acting sono state risparmiate in totale 247 giornate di degenza.

CONCLUSIONI

L'avvio di percorsi di presa in carico ambulatoriale per la somministrazione di antibiotici long-acting permette un notevole risparmio in termini di giornate di degenza a fronte di un aumento dei costi diretti di trattamento farmacologico, inoltre possono ridurre inoltre l'impatto delle complicanze correlate alle degenze ospedaliere prolungate. Attualmente il farmaco è indicato nel trattamento di infezioni della cute e del tessuto sottocutaneo, nel trattamento delle infezioni del sito chirurgico. Presso l'IRCCS Policlinico San Donato, Dalbavancina è stata utilizzata off-label. Sono necessari ulteriori studi di costo-efficacia per l'implementazione di percorsi di trattamento ambulatoriale con antibiotici long-acting delle infezioni del sito.

Tabella 1

Paziente	Infezione	Giornate risparmiate	Delta costi farmaco	Risparmio totale
1.	Osteomielite sternale - MRSE	14	- 1.886,44 €	5.113,56 €
2.	Mediastinite - MRSE	12	- 788,22 €	5.211,78 €
3.	Infezione Protesi Vascolare (Aorta Ascendente)	30	- 9.511,98 €	5.488,02 €
4.	Osteomielite sternale - Staphylococcus hominis	35	- 1.235,44 €	16.264,56 €
5.	Infezione PTG - MRSE	32	- 1.328,44 €	14.671,56 €
6.	Infezione PTG - MRSE+ P. aeruginosa	14	- 726,22 €	6.273,78 €
7.	Osteomielite sternale - Corynebacterium striatum	42	- 1.018,44 €	19.981,56 €
8.	Fistola sternale - MRSE	36	- 1.204,44 €	16.795,56 €
9.	Klebsiella pneumoniae	32	- 5.358,44 €	10.641,56 €

Qualità e sicurezza dei servizi assistenziali. Dolore toracico in Pronto Soccorso e in Osservazione Breve Intensiva: affidabilità dell'Heart Score

Zaino A.¹; Matarazzo L.²; Cedrone A.³; Pomes M.⁴; Baldo E.⁵; Bernardinangeli C.¹; Benedetti P.⁶; Nasi G.⁷

1 Medico in formazione specialistica, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma; 2 Responsabile S.S.O. Pronto Soccorso, Ospedale Cristo Re Roma; 3 Coordinatore Infermieristico S.S.O. Pronto Soccorso, Ospedale Cristo Re Roma; 4 Responsabile Servizio di Cardiologia, Ospedale Cristo Re Roma; 5 Dirigente medico Servizio di Cardiologia, Ospedale Cristo Re Roma; 6 Risk Manager, Ospedale Cristo Re Roma; 7 Direttore Sanitario, Ospedale Cristo Re Roma

Parole chiave: Strumento predittivo, MACE, SCA

INTRODUZIONE

La gestione del dolore toracico è una delle più grandi sfide dei dipartimenti d'emergenza in tutto il mondo. La causa prevalente rispetto ad altre patologie con prognosi severa (dissezione aortica, embolia polmonare, pneumotorace spontaneo, rottura di esofago) è risultata la sindrome coronarica acuta (SCA al 45%), con prevalenza media tra il 10% e il 20%. Solo il 17% di questi pazienti presenta criteri diagnostici di SCA, per cui in più del 2% la diagnosi di SCA viene mancata con dimissioni erronee o con ricoveri impropri da cui ospedalizzazioni lunghe e dispendiose.

Lo studio osservazionale prospettico, di coorte, condotto per circa 2 mesi presso il Pronto Soccorso (PS) dell'Ospedale Cristo Re di Roma sui pazienti che vi afferiscono con riferito dolore toracico ha l'obiettivo di valutare l'utilità e l'affidabilità prognostica dell'HEART score nel predire l'eventuale insorgenza di MACE (eventi cardiologici avversi maggiori: morte, bypass, STEMI/NSTEMI, MINOCA) nei successivi 30 giorni dalla dimissione dal PS o dall'OBI. I principali MACE sono essenzialmente endpoint compositi per valutare la sicurezza e l'efficacia dei processi di trattamento dei pazienti affetti da SCA. La previsione tempestiva dei MACE migliora gli effetti dei trattamenti delle SCA.

CONTENUTI

L'HEART score è uno strumento prognostico sviluppato specificatamente in PS col fine di identificare in maniera accurata mediante ECG, troponina, anamnesi e età, il rischio di MACE. Assegnando 0,1 o 2 punti, su una scala da 0 a 10: da 0-3 la probabilità di subire un evento cardiaco è dell'1,6%, da 4-6 è del 13%, da 7 o superiore la probabilità di sviluppare un MI, angioplastica, bypass o morte entro 6 settimane dalla presentazione è del 50%. L'analisi ha coinvolto 56 persone (21 femmine = 37,5 % e 35 maschi 62,5%), di cui l'età media è 60 anni con una deviazione standard di \pm 16 anni. All'ingresso di ogni paziente sono stati valutati:

Criteri Inclusione:

- Età \geq 18 anni
- Accesso in PS e/o OBI per dolore toracico, inteso come atraumatico tra naso e ombelico.

Criteri Esclusione

- Diagnosi di SCA STEMI in PS
- Dolore toracico post-traumatico
- Paziente gravida
- Età <18.

I risultati dello studio nel suddividere i pazienti in classi di rischio rispetto alla probabilità di sviluppare un MACE hanno rilevato che i pazienti con HEART score pari a:

- 0-3 sono stati 13 (23,21%), di cui nessuno ha presentato MACE a 30 giorni;
- 4-6 sono stati 34 (60,71%), di cui 8 hanno presentato MACE a 30 giorni, di cui 1 ha subito un bypass, 1 ha avuto un MINOCA e 6 una coronarografia positiva per lesioni significative di SCA;
- \geq 7 sono stati 9 (16,07%), di cui 4 hanno presentato MACE a 30 giorni, di cui 1 ha subito un bypass e 3 una coronarografia positiva per lesioni significative di SCA. Alla dimissione dal PS o dall'OBI: 31 pazienti (55,36%) dimessi a domicilio, 25 (44,64%) ricoverati in un reparto ospedaliero.

CONCLUSIONI

Dallo studio è emerso che l'HEART score è utile e affidabile nei pazienti con dolore toracico in PS-OBI:

1. nel predire la probabilità di insorgenza di MACE a 30 giorni nelle varie categorie di rischio;
2. per escludere la probabilità di sviluppo di MACE nei pazienti a basso rischio nei casi di dolore toracico che si presentano in PS-OBI;
3. nel predire con una discreta specificità l'insorgenza di MACE nei pazienti a più alto rischio;
4. permette così una dimissione più sicura dal PS-OBI;
5. riduce le ospedalizzazioni per pazienti che non ne necessitano.



Eccellenza operativa degli ospedali e benessere di pazienti e collaboratori: la ricetta Sodexo

Sono numerose e complesse le sollecitazioni quotidiane per chi deve gestire efficienza e performance negli ospedali: dagli impatti del cambiamento demografico della popolazione e dell'utenza, passando per il progressivo incremento dell'età media e dell'aspettativa di vita combinati con l'eterogeneità della popolazione e delle abitudini che comportano richieste e bisogni medici in evoluzione rispetto al passato, fino ai fenomeni inflattivi delle materie prime di prodotti e servizi necessari in ospedale.

L'appropriatezza dei servizi e la selezione accurata dei partner è pertanto una parte importante del percorso di efficacia ed efficienza delle strutture ospedaliere che deve sempre tenere in debita considerazione l'attenzione e gli impatti sulle persone - dipendenti, uten-



ti, degenti e loro famiglie. Sodexo ha messo a punto nei decenni di attività di erogazione di servizi food e non food (ristorazione per il personale medico e per i degenti e servizi di Soft e Hard FM per la struttura) una ricetta basata su 4 ingredienti cardine: persone, qualità, sicurezza, sostenibilità.

Ogni paziente trattato è un essere umano, una persona con gusti, bisogni e preferenze, valori e opinioni.

Sodexo offre soluzioni complementari all'assistenza clinica: nutrizione del paziente, caffetterie e ristoranti, pulizie professionali, controllo delle infezioni ambientali e molto altro ancora, con indicatori di qualità.

L'azienda migliora i propri servizi ascoltando i pazienti e collaborando con i clienti e considera l'impatto sociale e la sostenibilità in tutti i servizi che garantisce ogni giorno. La combinazione di tutto questo, supportata dall'expertise di specialisti interni e partner scientifici consentono ai clienti di crescere e affrontare i cambiamenti che la quotidianità ci propone.

Per maggiori informazioni:

sanita.it@sodexo.com

<https://it.sodexo.com>

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



ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

Buon Natale e felice 2025

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

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