

ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

4 Ottobre - Dicembre 2025

L'OSPEDALE

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

Discorso Inaugurale del:
**50° Congresso Nazionale
ANMDO**

Trasporto degenti. Il ruolo
strategico
dell'Intelligenza Artificiale

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

ORIZZONTI





EXPOSANITA'
HEALTH • CARE • INNOVATION

GRUPPOVENTO.IT

PLANNING SOLUTIONS

22 | 23 | 24 aprile 2026
Bologna • Quartiere Fieristico

Progetto e direzione

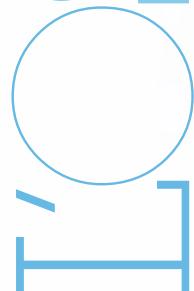
BOS
BolognaFiere | Senaf

In collaborazione con

**Bologna
Fiere**
gruppo
tecniche nuove

CONTATTACI





L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 78 - Numero 4 - ottobre dicembre 2025

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità
EDICOM s.r.l.

Sede legale: via Zavanasco, 2
20084 Lachiarella (MI)

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

Direttore responsabile: G. Serranò
Direttore editoriale: G. Finzi
Segretario scientifico: I.I. Mura
Comitato di direzione: P. Anello, L. Aprea, R. Arione,
A. Battista, M. Chittaro, F. Ciraolo, R. Cunsolo, M.T.
Cuppone, C. Di Falco, G. Finzi, K. Kob, R. Lanzetta,
C. Martini, G. Matarazzo, A. Molè, I.I. Mura, G. Nasi,
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 € 103,00
Paesi Extra Europei € 1,29
c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO
Fotolito e stampa:
Centro Poligrafico Milano,
Casarile (MI)

*Autorizzazione del tribunale di Milano n°264
del 04/05/2001.*

*La pubblicità non supera il 45% del numero delle pagine
di ciascun fascicolo della rivista.*

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

*Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del codice di deontologia relativo
al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività
giornalistica, si rende nota l'esistenza di una banca-dati
personalni di uso redazionale presso la sede di Via Alfonso
Corti, 28 - Milano. Gli interessati potranno rivolgersi al
responsabile del trattamento dei dati sig. na 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

Discorso Inaugurale del: 50° Congresso Nazionale ANMDO

Torino, 7 ottobre 2025 – Aula “Achille Mario Dogliotti”

Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale



Autorità,
Colleghi e colleghi,
Gentili ospiti,

è con profonda emozione che sono qui con voi per iniziare i lavori del **50° Congresso Nazionale ANMDO**. Qui a Torino che fu la culla della nostra Associazione. Infatti, Il **21 marzo 1947**, presso il Notaio Emilio Turbil, venne rogato l'**atto costitutivo dell'ANMDO** – **Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere**, con registrazione ufficiale il **4 aprile 1947**.

Sotto la guida magistrale del Prof Pietro (Pino) Foltz, Presidente dal 1947 al 1967, l'ANMDO seppe **delineare il nuovo ruolo della Direzione Medica Ospedaliera**, elevandone il prestigio culturale e valorizzandone funzioni che vennero poi riconosciute anche nella legislazione nazionale.

In origine il Direttore Sanitario era percepito quasi esclusivamente come figura amministrativa e igienico-sanitaria all'interno dell'ospedale; oggi, grazie anche al lavoro pionieristico svolto in quegli anni, esso è divenuto una **figura chiave di management e governance del sistema sanitario**.

Nei primi decenni del dopoguerra, attraverso la nostra rivista *L'Ospedale* fondata da Foltz nel 1948, furono posti i primi mattoni di una nuova cultura organizzativa.

Già in quegli scritti si insisteva sulla necessità di superare l'isolamento campanilistico dei singoli ospedali a favore di una **“armonica cooperazione”** su scala nazionale, valorizzando la *tecnica ospedaliera* – intesa come insieme di competenze gestionali, progettuali e cliniche – elevata a dignità e autonomia nei suoi aspetti costruttivi.

Il *malato*, sottolineava Foltz, doveva essere visto come **“la zona di convergenza di tutte le forze operanti in mutua collaborazione”**, la cui cura è **“la risultante dell'azione comune di un complesso di attività diverse”**, tutte ugualmente importanti. Erano concetti straordinariamente avanzati per

l'epoca: centralità del paziente, lavoro multidisciplinare di squadra, professionalizzazione della gestione sanitaria.

Questi principi ispiratori hanno guidato l'azione dell'ANMDO negli anni della grande riforma ospedaliera (la legge 132/1968, detta Mariotti, e poi l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978) e continuano a farlo ancora oggi.

Molto è cambiato da allora: la Dirigenza Sanitaria ha acquisito competenze nuove ed eterogenee, affiancando alle sue radici igienistico-organizzative saperi di economia, gestione aziendale, diritto sanitario, informatica, comunicazione.

La “matrice” della professione del Direttore Sanitario, un tempo limitata all’igiene e organizzazione, si è arricchita di riferimenti a discipline manageriali per meglio gestire le complessità e i cambiamenti del sistema.

In altre parole, il *Medico di Direzione* è passato in pochi decenni da **funzionario tecnico-igienista a vero leader strategico della sanità**, chiamato a co-niugare competenze cliniche, gestionali e di governance. Oggi possiamo affermare che la Direzione Sanitaria è **una leva strategica essenziale per il governo del sistema salute**, collante tra la visione politico-manageriale e la pratica clinica quotidiana. Non è un caso che questo nostro Congresso si tenga a **Torino**, la città dove tutto ebbe inizio. Dopo oltre settant'anni dal primo convegno nazionale dei medici ospedalieri, torniamo nella “**culla ufficiale**” dell'ANMDO per riaffermare le nostre radici e rinnovare l'impegno verso i principi fondativi dell'Associazione.

Cinquant'anni di congressi non sono soltanto una ricorrenza celebrativa: sono il segno concreto di una **continuità di pensiero, di impegno e di responsabilità** che ha accompagnato l'evoluzione della nostra Associazione, del nostro Servizio Sanitario Nazionale e delle strutture sanitarie del nostro Paese.

Ecco allora il valore simbolico di questo Congresso

la nostra Associazione torna nel luogo della sua origine, forte di una storia lunga e feconda, e pronta a proiettarsi verso il futuro. È un ritorno alle radici per guardare avanti con maggiore consapevolezza.

In questa città nacque anche la nostra rivista *L'Ospedale*, strumento fondamentale di diffusione culturale e aggiornamento, che tuttora – a distanza di 78 anni – continua la sua opera di formazione continua.

Il titolo scelto per questo Congresso – “*Quali intelligenze per governare l'evoluzione degli ospedali dei prossimi 50 anni*” – non è uno slogan, ma una sfida. Perché il futuro dell'ospedale non sarà governato da un'unica visione, ma dalla capacità di **connettere competenze, esperienze e valori**, proprio come i nostri padri fondatori ci insegnavano.

In questi giorni discuteremo di temi cruciali: il rilancio della **figura del Direttore Sanitario e del Direttore Medico di Presidio**, garanti della qualità e della sicurezza delle cure

le nuove sfide della **robotica, della telemedicina e dell'intelligenza artificiale**;

il ruolo dell'ospedale nelle **emergenze e catastrofi**; la gestione delle **infezioni correlate all'assistenza** e la lotta all'antibiotico-resistenza;

L'ospedale che vaccina, presidio di prevenzione e responsabilità collettiva;

Collegando idealmente le parole di Foltz alla nostra agenda attuale, possiamo dire che oggi, come allora, la missione resta immutata: l'ospedale deve essere luogo di **cura, speranza e progresso civile**, sostenuto da una comunità di professionisti e da una governance lungimirante.

Con queste parole vi auguro buon lavoro, certo che da Torino nascerà un messaggio forte, chiaro e condiviso: **un ospedale che evolve, ma che resta fedele ai valori che hanno guidato i fondatori della nostra Associazione**.

Grazie a tutti.

Trasporto degenti. Il ruolo strategico dell'Intelligenza Artificiale

Riassunto

Il congresso ANMDO 2025 ha lanciato la discussione sulle "intelligenze" come leve per la gestione e lo sviluppo dell'organizzazione ospedaliera: coerentemente col tema proposto, questo articolo espone i principi ispiratori e l'impatto operativo prodotti dalla sperimentazione di Markas e IRCCS San Gerardo dei Tintori nell'ambito della logistica nosocomiale. Nello specifico, la collaborazione ha mirato allo sviluppo ed al conseguente test sul campo di un innovativo modello tecnico-operativo che potesse efficacemente applicarsi al complesso tema della movimentazione dei pazienti in ospedale. I risultati ottenuti in fase sperimentale sono il frutto di un rigoroso lavoro di integrazione tra gli applicativi Markas, già in consolidato utilizzo presso IRCCS San Gerardo dei Tintori, a soluzioni di Intelligenza Artificiale che ne hanno ottimizzato le prestazioni, aprendo la porta a futuri promettenti scenari di utilizzo. L'analisi della performance e degli impatti sui processi gestionali si è basata per la parte concettuale e metodologica sul know-how aziendale del provider e per gli aspetti tecnici sulla competenza professionale di IRCCS. I dati di customer satisfaction provengono invece da una rilevazione sulle percezioni e sul grado di soddisfazione degli operatori rispetto alla qualità dei servizi erogati.

Premessa

Conciliare le tradizionali esigenze del trasporto degenti col ventaglio di opportunità offerte dall'evoluzione tecnologica contemporanea rappresenta ormai una necessità imprescindibile più che una semplice opzione strategica (1). Tale considerazione concerne tanto le realtà sanitarie quanto i provider di multiservizi, che essendo chiamati a mantenere elevati standard di competitività ed efficienza, non possono non monitorare con massima attenzione un panorama in costante trasformazione. In questa prospettiva di innovazione tecnologica applicata alla realtà ospedaliera, il progetto attuato dalla ditta Markas S.r.l. presso l'Ospedale San Gerardo di Monza ha restituito risultati significativi, evidenziando il notevole impatto che l'Intelligenza Artificiale, opportunamente addestrata e integrata ai processi, è in grado di esercitare nel campo del logistics & care (2).

L'IRCCS SAN GERARDO DI MONZA E MARKAS S.R.L.

Operativa nel settore dal 2010 con una manodopera in costante crescita e una presenza capillare sul territorio nazionale, Markas è dal 2016 affidataria del servizio di trasporto degenti e materiale biologico per conto del IRCCS San Gerardo dei Tintori. Fin dal suo insediamento, la società bolzanina ha intrapreso un percorso di sviluppo ed implementazione dei servizi orientato all'innovazione ed al miglioramento continuo delle prestazioni (3).

La transizione digitale è stata la prima fondamentale evoluzione introdotta da Markas nell'ambito del trasporto degenti e materiale biologico a Monza. Si è infatti passati dal precedente sistema di chiamata telefonica - e conseguente assegnazione manuale di ogni trasporto - ad un sistema informatizzato, collegato ad una rete di dispositivi (smartphone) capaci di garantire sia la tracciabilità delle richieste di trasporto che il monitoraggio della loro esecuzione, dall'asse-

Dott. Cosimo Iacca¹, Dott. Andrea Tezzele²

¹ Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali, IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza e DEC del Servizio.

² Hygiene, Safety, Quality & Environment Director Markas

gnazione dell'attività all'operatore fino al conferimento del paziente alla propria destinazione.

Nonostante l'elevato livello di automazione, l'introduzione di un sistema informatizzato ha comunque richiesto la presenza, presso la centrale operativa, di personale specializzato, in grado di assegnare urgenze e priorità, nel rispetto di una serie di parametri predefiniti. Di conseguenza, le prestazioni complessive del sistema hanno dovuto considerare un margine di errore fisiologico, riconducibile al fattore umano. Un'analisi interna condotta da Markas successiva alla messa a regime del sistema e supportata dai riscontri di diversi interlocutori ospedalieri, ha evidenziato alcune aree di potenziale miglioramento, principalmente legate alla tempestività degli interventi, alla razionalizzazione dei costi, all'ottimizzazione delle prestazioni, nonché al monitoraggio in tempo reale dei servizi erogati.

I risultati emersi dall'audit interno hanno messo in luce la necessità di un ulteriore potenziamento del sistema, orientando Markas verso la decisione di integrare il pregresso con soluzioni di Intelligenza Artificiale e dando così origine al progetto SMARTLOGISTICS. Come sede per l'introduzione è stato individuato l'Ospedale San Gerardo di Monza, presidio storicamente legato a Markas e caratterizzato da un'elevata complessità e rilevanza clinico-assistenziale.

Per meglio contestualizzare l'ambito di applicazione, si riportano di seguito alcuni dati relativi al volume di attività del sito:

- POSTI LETTO ATTIVI > 800
- RICOVERI ANNUALI > 30.000
- ACCESSI ANNUALI AL P.S. > 103.000
- PRESTAZIONI AMBULATORIALI > 3.000.000

Le cifre riportate testimoniano la rilevanza dell'IRCCS San Gerardo nel contesto socio-sanitario ed assistenziale lombardo, caratterizzato da un'elevata complessità e dinamicità (4).

Focalizzando l'attenzione sul trasporto degenti, i volumi di attività del San Gerardo di Monza risultano



altrettanto significativi:

gennaio 2024-giugno 2025

TRASPORTI	> 223.000
INTERNI	189.000 trasporti degenti
	44.000 a blocchi operatori
	31.000 a pronto soccorso
	96.000 a diagnostica/ambulatorio
	34.000 trasporti campioni biologici

SMARTLOGISTICS E IMPLEMENTAZIONE DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE: CONSIDERAZIONI OPERATIVE

La sfida che Markas e l'Ospedale San Gerardo di Monza hanno condiviso è stata quella di verificare se un gestionale potenziato dall'Intelligenza Artificiale possa interagire efficacemente con un sistema ospedaliero di elevata complessità e, al tempo stesso, se i profili critici identificati nella fase preliminare – definiti sulla base dell'esperienza maturata da Markas nel settore – possano essere mitigati o addirittura risolti attraverso l'applicazione di tali tecnologie. In estrema sintesi, il feed-back del personale sanitario coinvolto nella sperimentazione i dati raccolti in corso di analisi, hanno evidenziato che l'integrazione dell'Intelligenza Artificiale in un sistema operativo (attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7) offre questi vantaggi tangibili:

- una solida continuità operativa;
- un alleggerimento delle attività accessorie e delle relative responsabilità per gli operatori sanitari;
- un rafforzamento degli standard di sicurezza e tracciabilità dei processi;



Tabella 1

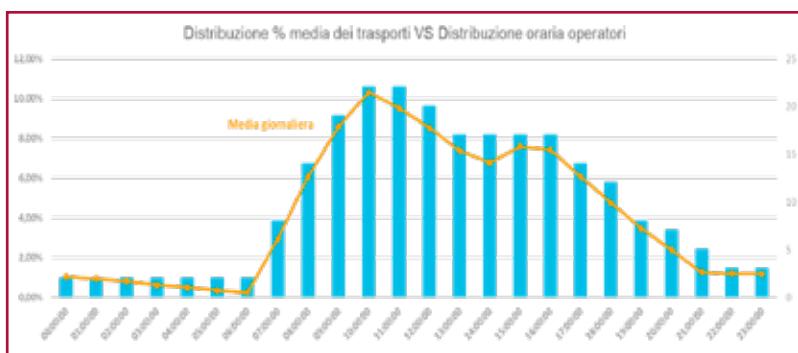


Tabella 2

- un sensibile incremento dell'accuratezza nella previsione dei tempi di esecuzione.

L'obiettivo perseguito dal progetto è stato quello di automatizzare, per quanto possibile e opportuno, le urgenze organizzative con conseguente risparmio di tempo e risorse da destinare in modo prioritario ai pazienti. In altre parole, si è mirato ad una sistematizzazione dei flussi operativi capace di riportare l'attenzione sulla persona, valorizzando la cura individuale nei suoi bisogni specifici e contingenti.

Inoltre, grazie all'integrazione con il sistema informatico ospedaliero, l'implementazione di SMARTLOGISTICS ha consentito la generazione automatica degli ordini di trasporto associati alle singole prestazioni sanitarie prenotate. I conseguenti principali risultati sono stati:

- riduzione dei passaggi burocratici;
- attenuazione, fino all'eliminazione dei rischi legati ad errori o dimenticanze umane;
- sincronizzazione tra agenda clinica e workflow logistico;
- ottimizzazione dei percorsi e delle assegnazioni tramite calcolo algoritmico, con migliore impiego delle risorse logistiche;

■ riduzione degli spostamenti a vuoto e conseguente incremento dell'efficienza complessiva del servizio, a garanzia di maggiore puntualità e qualità operativa. Proprio nel campo dell'organizzazione del lavoro l'Intelligenza Artificiale ha espresso larga parte del proprio potenziale dimostrandosi altamente funzionale ad una distribuzione più efficiente dei compiti, tenendo conto delle fasce critiche e dei picchi individuati dal sistema attraverso l'analisi costante dei flussi.

La centrale operativa digitale di SMARTLOGISTICS è infatti in grado di selezionare in tempo reale l'operatore più idoneo ad eseguire la prestazione di trasporto prenotata. Inoltre, il coordinamento gestito dall'Intelligenza Artificiale – supervisionato da personale appositamente formato – consente una distribuzione dinamica dei carichi di lavoro, garantendo la disponibilità ottimale di manodopera nelle fasce orarie di massima richiesta, come illustrato negli schemi di tabella 1 e tabella 2

SMARTLOGISTICS E INTELLIGENZA ARTIFICIALE: REPORTISTICA, DEMING E RISULTATI

Sul piano della reportistica e dell'analisi dei dati, l'applicazione dell'Intelligenza Artificiale ha generato numerosi benefici, in particolare nella prospettiva di una diagnosi operativa coerente con la logica del ciclo di Deming (PDCA) (5). Il sistema prevede innanzitutto un'archiviazione completa ed in tempo reale dei dati di trasporto. Attraverso l'applicazione del ciclo di Deming a ciascuna transazione (Plan>Do>Check>Act), SMARTLOGISTICS analizza i nodi critici delle prestazioni erogate, evidenziandone i punti di caduta o inefficienza sui quali l'organizzazione può successivamente intervenire per ottimizzare gli aspetti tecnici, metodologici ed operativi, nell'ottica di un miglioramento continuo.

Nel complesso, il quadro di iniziative e di prassi operative ricostruito nel corso dell'analisi può essere sintetizzato attraverso alcuni riscontri quantitativi significativi, derivanti dall'integrazione dei dati di sistema con i riscontri raccolti dal personale ospedaliero. In sintesi, l'intervento dell'Intelligenza Artificiale nei processi gestionali e logistici ha prodotto i seguenti risultati:

- un sostanziale azzeramento dei trasporti errati*;
- una percentuale di trasporti in orario verso i blocchi operatori pari al 97%*;

- una percentuale di trasporti in orario verso tutti i reparti pari al 85%*;
- un margine di ritardo massimo quantificabile in 2 minuti di scostamento dall'orario previsto¹

I benefici derivanti dall'upgrade del sistema hanno interessato tutti gli attori coinvolti nel processo. In primo luogo, i pazienti hanno potuto usufruire di trasporti più rapidi, sicuri e rispettosi della dignità personale, accompagnati da un'assistenzialità più attenta e personalizzata. In secondo luogo, grazie alla nuova impronta basata sull'Intelligenza Artificiale, gli operatori sanitari hanno potuto disporre di una visione più chiara e semplificata dei processi, oltre a beneficiare del risparmio di tempo precedentemente evidenziato. Infine, l'integrazione di SMARTLOGISTICS ha consentito sia alla Fondazione che a Markas di ottenere un assetto organizzativo più ordinato e sistematico, con una sensibile riduzione dei colli di bottiglia e delle criticità operative ad essi associate. L'indagine di gradimento somministrata ai professionisti sanitari ha evidenziato un livello di soddisfazione pari all'80% in relazione all'intuitività e alla semplicità di utilizzo del nuovo sistema. Un analogo indice di approvazione è stato riscontrato anche per quanto riguarda i miglioramenti percepiti e il giudizio complessivo sulla sperimentazione condotta.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

In conclusione, si ritiene che l'applicazione dell'Intelligenza Artificiale nella gestione ospedaliera rappresenti già oggi - e ancora di più in prospettiva - un fattore strategico di efficientamento su larga scala. Considerata la relativa novità di tali strumenti, risulta al momento complesso delinearne i limiti di sviluppo, soprattutto a fronte dei margini di crescita che questo strumento promette. Parallelamente ai risultati conseguiti sul campo, è stata dedicata particolare attenzione agli scenari evolutivi, con un focus specifico sul potenziale predittivo integrato a SMARTLOGISTICS. Si tratta di un nuovo approccio alla prassi assistenziale e logistica capace - nelle previsioni - di ridurre significativamente, se non azzerare, fenomeni critici quali la congestione degli ordini e la carenza di manodopera, tuttora tra le principali sfide operative del settore.

Tale prospettiva apre un solco di ricerca e sperimenta-



tazione volto ad ampliare la gestione ospedaliera integrata, coinvolgendo in modo sinergico sistemi informativi attivi e passivi nell'insieme delle attività che scandiscono la routine complessa dell'ospedale contemporaneo, contribuendo così a definire la configurazione dell'ospedale del futuro.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Cfr. Trunkey D., *Current Therapy of Trauma*, 1st ed. Hamilton: B.C. Decker Inc., 1986; Elli S., Gariboldi R., Tundo P., Mascheroni V., Bambi S., Lucchini A., *Il trasporto intraospedaliero del paziente critico: creazione di una check-list di pianificazione*, "Scenario – Il nursing nella sopravvivenza", n. 3, vol. XXX (2013), pp. 22-25.
2. Cfr. Maka T., Kasemset C., Phongthiya T., *Intra-Hospital Patient Transportation System planning using Bi-Level Decision Models*, "LogForum – Scientific Journal of Logistics", n. 18, vol. II (2022), pp. 237-246; Vinicius Ton M., da Silva N.C.O., Ruiz A., Scarpin Cassius Jr. J.E.P., Belanger V., *Real-Time Management of Intra-Hospital Patient Transport Request: An Empirical Study*, "Cirrelt" (2023) > <https://www.cirrelt.ca/documents/travail/cirrelt-2023-10.pdf> (consultato il 16-10-2025, ore 15.35).
3. Markas vanta uno staff di operatori logistici formato, nonché metodologie operative standardizzate, frutto di un'esperienza pluriennale nel campo del trasporto degenti e materiale biologico-sanitario. Gli addetti al servizio sono attualmente ca. 800, supervisionati da un pool di 20 coordinatori distribuiti a livello nazionale.
4. I dati sono forniti da IRCCS San Gerardo dei Tintori.
5. Cfr. Deming W.E., *Quality, Productivity, and Competitive Position*, Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press, 1982.

1 Fonte dati: base storica di Markas



Il Risk Management uno strumento per migliorare la sicurezza delle cure

Dott.Paolo Bordonaro, Dott.ssa Carmen Conte, Dott. Andrea Conti, Dott.ssa Grazia Celestri, Dott. Salvatore Madonia, Dott.ssa Stefania Di Mauro-ASP SR

Parole chiave:-frequency sentinel events healthcare

Introduzione

Le prestazioni di diagnosi, cura diventano vantaggiose per l'individuo, quando l'organizzazione sanitaria riesce a massimizzare i benefici attesi e minimizzarne i rischi. La gestione del rischio clinico in sanità rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle cure e garantire la sicurezza dei pazienti attraverso l'apprendimento dall'errore. Solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovendo la crescita di una cultura attenta alla salute, vicina al paziente e agli operatori. La Legge 24 ha istituito l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità presso l'AGENAS, per l'implementazione di programmi nazionali per la sicurezza delle cure (DM 29 settembre 2017).

Contenuti

Il Risk Management in sanità si basa sul fondamento "imparare dall'errore o dal "quasi errore (near miss)". Pertanto, la logica sottesa a qualsiasi intervento di formazione deve basarsi su questo. Se l'errore può epistemologicamente considerarsi come una componente ineliminabile dell'agire umano, esso non è altro che fonte di conoscenza e miglioramento utile ad evitare il ripetersi delle circostanze e della sua incidenza. Da un'analisi degli eventi sentinella verificatisi c/o l'ASP di Siracusa caricati attraverso il flusso SIMES negli ultimi 2 anni è emerso quanto riportato nei grafici:



Dai dati riportati per l'anno 2023 l'evento sentinella "Morte o grave danno da caduta di paziente" è risultato il più frequente. Pertanto, il Resp.le Risk Management di concerto con il Resp.le UOS Qualità hanno analizzato il fenomeno raccolto nel corso degli Audit, effettuati con il personale coinvolto, i dati, le criticità e i fattori favorenti ed individuato le azioni di miglioramento. L'intervento strutturato prevedeva un intervento su 4 livelli:

- ridotto il rischio alla base;
- Incrementato la numerosità delle barriere protettive o di controllo;
- ridotto i punti di debolezza di ciascuna barriera;
- monitorato ed analizzato (finalizzati ad un processo migliorativo) il danno.

Conclusioni

È stata individuata quale misura utile ad arginare il fenomeno l'aggiornamento e l'implementazione della procedura aziendale "Prevenzione caduta paziente" attraverso l'inserimento di apposite schede di valutazione del rischio da compilare durante il percorso di cura del paziente. Tale strumento è stato efficace ad innalzare la soglia di attenzione del personale sanitario preposto all'assistenza oltre essere di supporto all'attività assistenziale stessa consentendo una riduzione della frequenza dell'evento. La gestione del rischio clinico in sanità ha quindi l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, operatori sanitari e migliorare i risultati e, indirettamente, ridurre i costi, contenendo gli eventi avversi prevenibili e conseguentemente il ricorso a contenziosi.



Long COVID: Modello di servizio ambulatoriale multidisciplinare per la presa in carico dei soggetti anziani

Ludovico Biardi¹, Oriana Dunia Toscano², Alessia Rinaldi², Anna Rita Bonfigli³, Francesco Spannella⁴, Letizia Ferrara⁵

¹ Direzione Medica di Presidio Ospedaliero IRCCS INRCA - POR Marche

² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche - Ancona

³ Ricerca, Innovazione e Trasferimento Tecnologico - Clinical Trial Office - IRCCS INRCA - Ancona

⁴ Clinica Medica e Geriatrica - IRCCS INRCA - Ancona

⁵ Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento - Staff Direzione Sanitaria IRCCS INRCA

PAROLE CHIAVE

Modelli organizzativi, Long COVID, Buone Pratiche

INTRODUZIONE

Nel 2022 l'IRCCS INRCA di Ancona ha attivato un Day Service ambulatoriale per la gestione multidisciplinare del Long COVID negli anziani, concretizzando lo sforzo scientifico e organizzativo frutto della collaborazione tra Direzione Scientifica, Direzione Sanitaria, Specialisti Clinici, Clinical Trial Office (CTO) e l'UO Qualità e Sicurezza del Paziente.

CONTENUTI

Partecipando al progetto CCM Long COVID coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e in attuazione del D.Lgs 73/2021, l'INRCA ha attivato un servizio ambulatoriale per garantire ai pazienti anziani precedentemente ricoverati per COVID-19, un follow-up multidisciplinare, nell'ambito di un protocollo di ricerca scientifica.

Secondo un modello organizzativo Day Service e in un setting assistenziale innovativo, una Smart House all'interno del POR di Ancona, sono state erogate visite specialistiche, test funzionali, scale di valutazione, esami ematochimici e strumentali da parte di un team multiprofessionale (medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti) coordinato da un geriatra Case Manager.

L'integrazione tra clinica e ricerca scientifica è stata promossa dalla progettazione ed implementazione di un'evoluzione del modulo ambulatoriale della Cartella Clinica Elettronica (CCE) già in uso nell'Istituto per tutti i processi assistenziali, permettendo un'efficiente gestione da parte di tutti gli specialisti coinvolti e la raccolta di dati strutturati confluenti nel Datawarehouse (DWH) aziendale, secondo le variabili contenute nello specifico Case Report Form (CRF) del protocollo di studio.

CONCLUSIONI

Nell'ambito del relativo progetto CCM, l'ambulatorio di Follow-Up INRCA è stato inserito, sul sito dell'ISS, nell'elenco dei centri di assistenza Long COVID presenti sul territorio nazionale e professionisti e ricercatori dell'Istituto hanno contribuito alla redazione del documento di "Buone pratiche cliniche per la gestione e presa in carico delle persone con Long COVID", pubblicato sul sito del Ministero della Salute.

Oltre ad aver offerto una risposta clinico-assistenziale a molti pazienti anziani, la strutturazione di questo ambulatorio, frutto di un notevole sforzo clinico, organizzativo e progettuale, pone le basi per un nuovo modello di gestione clinico-assistenziale multidisciplinare spendibile, oltre che per il Long COVID, anche per la gestione di molte altre patologie croniche che richiedono un approccio assistenziale e di presa in carico multidimensionale. Inoltre, la completa informatizzazione del processo assistenziale, ha favorito una più efficiente collaborazione tra i vari specialisti, un'efficace gestione dei dati raccolti anche ai fini di ricerca e, complessivamente, una migliore risposta alle necessità degli utenti.

IRCCS INRCA: Case Report Form (CRF)



Ambulatorio Long-COVID INRCA

79 pazienti osservati (precedentemente ricoverati)
Età media: 83,3 anni
Più di 1000 prestazioni assistenziali erogate
Più di 400 valutazioni specialistiche (10 differenti discipline)
Più di 200 esami strumentali
Riconciliazione della terapia farmacologica domiciliare per il 77,6% dei pazienti
Non ulteriori accertamenti per l'8,6% dei pazienti



ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
della Medicina Ospedaliera

49° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO
ANCONA, 21-22-23 MAGGIO 2024

ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
della Medicina Ospedaliera

«Indagine ANMDO per la definizione del fabbisogno formativo ECM 2024 degli iscritti»

Leigheb Fabrizio¹, Vitale Arianna², Azzan Elide³

¹Segretario Scientifico, ²Vicepresidente, ³Presidente - ANMDO Sezione Piemonte e Valle d'Aosta

Parole chiave: Formazione-ECM, Indagine/Survey, Questionario-online

Introduzione

FNOMCeO ha comunicato che per il triennio 2023-2025 è necessario garantire l'obbligo formativo medico pari a 150 crediti formativi*. Inoltre, a decorrere dal medesimo triennio ECM, chi non è in regola con almeno il 70% dell'obbligo formativo previsto dal programma di Formazione Continua in Medicina, non sarà protetto dalla copertura assicurativa in caso di contenzioso^{§,▲}. L'ANMDO intende garantire che a tutti gli iscritti all'Associazione venga offerta un'adeguata formazione ECM su tematiche professionali pertinenti e rilevanti rispetto al ruolo e alle funzioni di direzione ospedaliera; perciò, su iniziativa della Sezione ANMDO Piemonte e Valle d'Aosta, ha inteso raccogliere alcune informazioni rilevanti fornite direttamente dai suoi associati e potenzialmente utili ai Direttivi delle Sezioni regionali, interregionali o di provincia autonoma dell'ANMDO per meglio definire l'offerta formativa dei corsi da accreditare ECM presso AgeNaS per l'anno 2024.

Contenuti

Per raccogliere il fabbisogno informativo predefinito è stato predisposto un sintetico questionario strutturato con 8 domande a risposta obbligatoria multipla e una risposta aperta facoltativa sui consigli personali per il miglioramento dell'offerta formativa 2024. Il link al questionario da somministrarsi in modalità online e con garanzia di risposta anonima, preceduto da una nota informativa su scopo e contenuti dello stesso (obiettivi formativi AgeNaS), è stato inviato a gennaio 2023 dalla Segreteria Nazionale ai Presidenti delle Sezioni

ANMDO, i quali hanno contribuito attivamente alla promozione/comunicazione dell'adesione alla rispondenza da parte degli iscritti ordinari e specializzandi. I risultati sono stati analizzati sia a livello di risposte totali sia stratificate a livello degli associati delle 18 singole Sezioni. La rispondenza complessiva dell'indagine a livello nazionale è stata del 15,1% (176 rispondenti/ 1169 iscritti), con variabilità di rappresentatività del campione tra le Sezioni ANMDO (per semplicità, di seguito si mostrano i grafici descrittivi dei soli risultati totali).

The figure consists of eight horizontal bar charts arranged in two rows of four. Each chart has a title at the top and a y-axis with categories. The first chart (Quesito 1) shows the percentage of respondents from different regions. The second (Quesito 2) shows responses to a question about time spent in hospital. The third (Quesito 3) shows responses to a question about time spent in hospital. The fourth (Quesito 4) shows responses to a question about participation in courses. The fifth (Quesito 5) shows responses to a question about the number of hours offered by the hospital. The sixth (Quesito 6) shows responses to a question about participation in courses. The seventh (Quesito 7) shows responses to a question about specific topics offered by the hospital. The eighth (Quesito 8) shows responses to a question about specific topics offered by the hospital.

Conclusioni

I risultati della survey sono stati inviati a febbraio 2024 ai Presidenti delle rispettive Sezioni ANMDO. L'indagine per la definizione del fabbisogno formativo ECM 2024 degli iscritti rappresenta un punto di partenza tematico finalizzato a supportare i Direttivi delle singole Sezioni ANMDO, i quali, sulla base delle risposte pervenute direttamente da parte dei propri iscritti, potranno effettuare in autonomia le considerazioni di competenza per meglio definire le tematiche, le modalità erogative ed i contenuti specifici dei corsi, al fine di indirizzare i programmi formativi ECM dell'anno in corso, a completamento del triennio 2023-2025.

Bibliografia

*FNOMCeO, Comunicazione n. 132. Delibere obbligo formativo triennio 23-25 e recupero crediti triennio 20-22. §Legge di conversione del DL 152/2021 "disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)", Gazzetta Ufficiale 31/12/2021.

▲Emendamento all'Articolo 10 della Legge n. 24 del 2017 (c.d. "Legge Gelli-Bianco") di riforma della responsabilità medica.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Pianificazione ad Alta Specializzazione



49° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO



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

ANCONA, 21-22-23 MAGGIO 2024

PREVENZIONE DEL RISCHIO CADUTE IN OSPEDALE: APPROCCIO INTEGRATO MEDIANTE SUPPORTO DOCUMENTALE

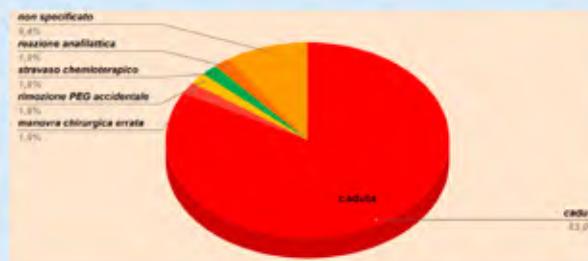
Maria G. Laura Marsala, Maria Rita Amato, Maria Antonietta Aspanò, Filomena Randazzo

U.O.S. Qualità e Rischio Clinico- ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli, Palermo

PAROLE CHIAVE: CADUTE, EVENTI AVVERSI, RISK MANAGEMENT

INTRODUZIONE: Negli anni 2022-2023 le segnalazioni di Incident Reporting pervenute alla UOS Qualità e Rischio Clinico dell'ARNAS Civico mostrano una netta prevalenza delle cadute, cui si aggiunge il verificarsi dell'Evento Sentinella num 9 nel corso del 2023.

Tali dati hanno portato ad un momento di analisi e di implementazione delle attività di Risk Management, che risponde alla necessità, fortemente raccomandata anche dal Ministero della Salute, di prevenire le cadute dei pazienti in ospedale, mediante la revisione e redazione di procedure aziendali.



CONTENUTI: si è proceduto a revisionare la “Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute in Ospedale”, allo scopo di descrivere in maniera dettagliata la scheda di valutazione del rischio cadute, le modalità assistenziali differenziate in base al rischio, la scheda di segnalazione della caduta; le modalità con cui applicare gli strumenti descritti; le azioni da fare nel caso in cui si verifichi una caduta; le responsabilità delle diverse azioni sia nella prevenzione che nella gestione delle cadute, tenendo conto anche della peculiarità dell'Area di Emergenza, di identificazione e gestione del rischio cadute, rispetto alle aree di degenza.

Altro documento redatto è relativo alla “Identificazione e trattamento del Delirium”, definito come uno stato di confusione mentale, a insorgenza acuta, con decorso fluttuante, di breve durata, dovuto a cause organiche, caratterizzato dalla contemporanea presenza di disturbi dell'attenzione e della coscienza, del pensiero e della memoria, con alterazioni del comportamento psicomotorio, delle emozioni e del ritmo sonnoveglia, per cui l'ospedalizzazione rappresenta un fattore di rischio, determinando un aumento del rischio di cadute.

Sono state adottate altresì delle “Linee guida per la contenzione dei pazienti”, con l'obiettivo di aiutare gli operatori a muoversi all'interno di questo difficile ambito e ridurre il ricorso alla contenzione fisica, riservandola ai soli casi di necessità, aumentando l'utilizzo e la ricerca di soluzioni alternative, privilegiando sempre la gradualità d'intervento e regolamentando l'intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico

CONCLUSIONI

Il supporto documentale e le procedure standardizzate sono sicuramente un buon punto di partenza per prevenirne l'accadimento di eventi avversi. I documenti aziendali descritti affrontano da diversi punti di vista il rischio cadute in ospedale e hanno lo scopo di fornire agli operatori sanitari degli strumenti di risk management miranti sia alla prevenzione degli eventi avversi che al miglioramento della qualità delle cure.



Il transitional care nel percorso di continuità dell'assistenza ospedale territorio: Progetto sperimentale

Autori: Scaloni G, Antognini P, Baldassarri A, Bartolini M, Carulli L, Contigiani F, Corsi D, Mosca N, Tesel L.

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

Parole Chiave: Dimissione protetta, Transitional care

Introduzione

La continuità delle cure, intesa come continuità tra i diversi livelli di assistenza è uno dei principali obiettivi del Sistema Sanitario Nazionale e rappresenta uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio Sanitario.(Salute, s.d.) L'applicazione del concetto di transitional care, all'interno del percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio, puo' giocare un ruolo di primaria importanza, in quanto rappresenta l'insieme delle azioni volte a garantire il coordinamento e la continuità delle cure ricevute dal paziente durante e dopo il trasferimento ad altri livelli assistenziali.(Parry, 2008) In particolare, la funzione di transitional care infermieristica in supporto allo staff di direzione ospedaliera, attraverso una programmazione strutturata ed anticipata della dimissione, puo' facilitare sia il processo di ammissione che di dimissione stessa e diminuire il rischio di riammissioni ospedaliere dei pazienti.(Kangovi, 2014)

Contenuto



Materiali e metodi:

1. **Accertamento** (entro le 48 dal ricovero) con indice di Brass e il sistema Triage di corridoio - TRI.CO;
2. **Pianificazione:** l'ipotesi di transizione di cura formulata anticipatamente rispetto agli attuali standard (almeno prima dei 3 giorni che precedono la dimissione);
3. **Attuazione:** pianificazione e attuazione di interventi di supporto ed educativi al paziente e ai familiari relativamente ad aree assistenziali problematiche;
4. **Valutazione:** attraverso follow-up telefonico strutturato da attuarsi entro i primi 2 giorni dalla dimissione, per monitorare l'efficacia del transitional care.



Avvio del progetto (Febbraio 2023) nei setting di area medica 1716 degenti valutati con BRASS E TRI-CO

BRASS:

3 categorie predittive:

- ✓ dimissione a domicilio (713)
- ✓ istituzionalizzazione (619),
- ✓ pianificazione assistenza domiciliare, (384).

TRICO:

U.O.	Alta	Media	Bassa
A	14%	56%	30%
B	9%	29%	62%
C	7%	30%	63%
D	8%	20%	74%
E	2 %	18%	80%

Come evidenziato dalla letteratura, i setting di area medica presentano un target assistiti che comprende anche l'alta intensità di cura (range 14% - 8%).

TRICO e BRASS

Istituzionalizzazione (BRASS)

Intensità di cura	Geratria	Medicina A	Medicina B	Neurologia
ALTA	83%	70%	73%	65%
MEDIA	81%	62%	56%	62%

In media oltre il 70% dei pazienti che rientrano nella alta intensità di cura e il 65% dei pazienti che rientrano nella media intensità di cura hanno indicazione all'istituzionalizzazione

Conclusioni

Valutazione finale (48-72 ore prima della dimissione)

Indicazione di domiciliazione: per 713 degenti, confermato il percorso di dimissione a domicilio per 668 degenti (96%). Indicazione di pianificazione domiciliare: per 384 degenti, confermata per 284 degenti con attivazione dell'assistenza domiciliare integrata (74%)

Indicazione di istituzionalizzazione: per 615 degenti, effettivamente attivata solo per 294 persone (48%), il 22% è andato incontro a exitus, il 24% è rientrato a domicilio.



Digitalizzazione ed efficientamento del processo “Autorizzazione all'esercizio delle Strutture Sanitarie”



Matteo Michielon¹, Valerio Valeriano², Stefano Antonella³,

¹Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva presso ULSS6, ²Dirigente Medico SISP Dipartimento di Prevenzione ULSS6, ³Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva

Parole chiave: digitalizzazione, autorizzazione esercizio, efficientamento

Introduzione

Nell'era digitale in cui ci troviamo immersi, la trasformazione digitale dei processi sanitari si configura come un imperativo imprescindibile per garantire efficienza, trasparenza e sicurezza nel sistema sanitario. In questo contesto, la digitalizzazione del processo di autorizzazione all'esercizio di strutture sanitarie assume un ruolo fondamentale, soprattutto alla luce delle disposizioni stabilite dalla Legge Regionale 22 del 2002. Questa regola l'esercizio delle professioni sanitarie e l'organizzazione dei servizi sanitari nella Regione Veneto ed ha introdotto nuovi criteri e requisiti per l'autorizzazione all'apertura e al funzionamento delle strutture sanitarie. Questi requisiti sono finalizzati a garantire elevati standard di qualità e sicurezza nell'offerta dei servizi sanitari alla popolazione.

Nel contesto dell'ULSS6 del Veneto, ci siamo impegnati a implementare una strategia di digitalizzazione del processo di autorizzazione, con l'obiettivo di semplificare le procedure, ridurre i tempi di attesa e migliorare la gestione dei dati e delle informazioni.

Attraverso questo poster, ci proponiamo di fornire una panoramica approfondita delle potenzialità offerte dalla digitalizzazione nel settore sanitario, evidenziando i benefici derivanti dall'adozione di strumenti tecnologici innovativi nel processo di autorizzazione delle strutture sanitarie, nonché le implicazioni pratiche per gli operatori del settore e per i cittadini destinatari dei servizi sanitari.

Modalità Operative

Con le competenze informatiche e la disponibilità della Suite Google si è creato un Google Sheet (equivalente google di Excel) programmando le liste di verifica digitalizzate con delle automatizzazioni nell'utilizzo. La transizione da liste di verifica cartacee, che richiedevano dai 25 ai 50 fogli per pratica, all'utilizzo di tablet presso le sedi da autorizzare ha rappresentato una svolta significativa nel processo di autorizzazione delle strutture sanitarie. Grazie all'adozione di questa soluzione digitale, si è assistito a un notevole risparmio di carta e di tempo operativo.

L'introduzione dei tablet ha consentito agli operatori di compilare le liste di controllo in modo più efficiente e accurato, eliminando la necessità di gestire documenti cartacei ingombranti e riducendo il rischio di errori di trascrizione. Inoltre, l'utilizzo di automazioni dedicate ha semplificato ulteriormente il processo, consentendo la generazione automatica di lettere con le prescrizioni mancanti. Questa funzionalità ha rappresentato un notevole risparmio di tempo per gli operatori, consentendo loro di concentrarsi su altre attività critiche e migliorando complessivamente l'efficienza del processo di autorizzazione.

I Risultati e le Conclusioni

Nonostante il periodo di implementazione sia ancora nei suoi primi mesi nel 2024 e non disponiamo ancora di dati concreti, ci auguriamo di ottenere risultati significativi dalla digitalizzazione del processo di autorizzazione alle strutture sanitarie nell'ULSS6.

L'adozione dei tablet e delle automazioni dedicate ha aperto la strada a una nuova era di efficienza e trasparenza nel processo di autorizzazione, offrendo una soluzione moderna e agile per gestire le complesse liste di controllo e le prescrizioni necessarie. Siamo fiduciosi che questi miglioramenti porteranno a una significativa riduzione dei tempi di attesa nella redazione delle lettere di prescrizione e degli errori di compilazione, contribuendo a un processo più fluido e soddisfacente per tutte le parti coinvolte.

Guardando al futuro, intendiamo continuare a monitorare da vicino l'efficacia della digitalizzazione e a raccogliere dati per valutare il suo impatto sui nostri obiettivi di miglioramento. Siamo ottimisti riguardo ai risultati positivi che ci attendono e ci impegniamo a continuare ad affinare e ottimizzare il nostro approccio per garantire un servizio sanitario sempre migliore e più efficiente per la comunità che serviamo.



MESVA
Dipartimento di Medicina Clinica,
Sanità Pubblica, Scienze della Vita
e dell'Ambiente



Gestione dell'emergenza informatica in sanità nell'era digitale

Moretti A.¹, Amicosante R.¹, Iagnemma A.¹, Galassi F.¹, Proia A.S.¹, Mammarella L.², Caroli F.³, Lepore A.R.⁴, Micolucci G.⁵

¹ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento MeSVA, Università degli Studi dell'Aquila

² Direttore UOSD Flussi Informativi, ASL 1 Avezzano – Sulmona – L’Aquila

³ Infermiere UOSD Flussi Informativi, ASL 1 Avezzano – Sulmona – L’Aquila

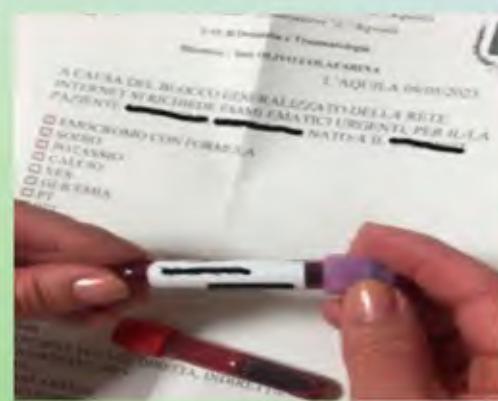
⁴ Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. San Salvatore, ASL 1 Avezzano – Sulmona – L’Aquila

⁵ Direttore UOC Direzione Sanitaria P.O. San Salvatore, ASL 1 Avezzano – Sulmona – L’Aquila

Parole chiave: hacker, informatica, ricoveri

INTRODUZIONE

Al giorno d’oggi molti processi si avvalgono di software che raccolgono grandi quantità di dati sensibili in database online. L’attacco informatico, verificatosi il 3/05/2023 ai danni della ASL 1 Abruzzo, ha evidenziato i punti critici della gestione informatica per la prosecuzione dei normali processi di cura. I processi operativi sono stati prontamente reindirizzati verso il trattamento dei dati in forma cartacea, in piena collaborazione tra Direzione Ospedaliera e i responsabili delle UU OO.



CONTENUTI

La Direzione Ospedaliera ha attuato azioni rapide ed efficaci per incanalare i processi aziendali e sostituire i contenuti informatizzati su sistemi cartacei, senza discostarsi troppo dai processi abituali.

In primo luogo si è garantito il supporto per servizi altamente informatizzati, come il Laboratorio Analisi, dove il lavoro quotidiano è stato notevolmente aggravato, anche per la necessità di provvedere alla consegna a mano delle richieste e dei referti.

Si è provveduto alla realizzazione di modulistica e registri di UO per Ammissione – Dimissione – Trasferimento dei pazienti e per le richieste di esami di laboratorio, di diagnostica per immagini, di copie di documentazione clinica, modulistica per la prenotazione al CUP o l’utilizzo di moduli per l’emergenza con numero progressivo (Pronto Soccorso).

È stata supportata l’organizzazione dello svolgimento manuale delle operazioni di protocollo attraverso l’attivazione di specifici registri con numero di protocollo emergenziale e la distribuzione di nuovi hardware e Router con SIM per il ripristino progressivo delle funzionalità informatiche.

All’avvenuto ripristino delle normali funzionalità, con il supporto della UOSD Flussi Informativi, è stato effettuato l’inserimento postumo dei dati di ricovero ADT (circa 1700 ricoveri) che ha portato ad avere un numero nosologico non coincidente con l’ordine cronologico dei ricoveri. Le SDO del periodo di maggio sono state compilate oltre le tempistiche normalmente concordate.

--	--

CONCLUSIONI

Il progressivo supporto informatico ha notevolmente semplificato il lavoro degli operatori ma può subire malfunzionamenti a cui è necessario essere preparati. In situazioni d’interruzione della rete, procedure di gestione dei processi informatizzati con l’utilizzo di materiale cartaceo ad hoc di pronta accessibilità potrebbe portare a una gestione tempestiva ed efficace, per la prosecuzione delle attività programmate e per le urgenze.



49° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO
ANMDO
LA SANITÀ E L'OSPEDALE DI OGGI...
IN ATTESA DEL FUTURO
ANCONA, 31-02-23 MAGGIO 2024

Customer Satisfaction – l'uso del questionario di gradimento come strumento di miglioramento

Dott. Stefano Manzi¹, Dott. Emanuela Corsano², Dott.ssa Gabriella Creti³.

¹ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva Uniba,

² Dirigente Medico in Direzione Medica Presidio Ospedaliero Casarano ASL Lecce,

³ Direttore Medico in Direzione Medica Presidio Ospedaliero Casarano ASL Lecce.

Introduzione:

Nel quadro delle iniziative di miglioramento dei servizi e delle performance, il Presidio Ospedaliero "F. Ferrari" di Casarano dell' ASL di Lecce è stato scelto per avviare una prima esperienza di rilevazione delle opinioni dei cittadini sulla qualità dei servizi prestati, al fine di riorganizzare i servizi e renderli maggiormente corrispondenti alle giuste aspettative dei cittadini.

Tale studio si pone l'obiettivo di valutare il livello di gradimento dell'utenza relativo alle seguenti aree indagate: qualità tecnico-professionale, capacità relazionale, capacità organizzativa e comfort alberghieri all'interno della struttura ospedaliera.

Materiali e Metodi:

La rilevazione ha riguardato tutte le unità operative e gli ambulatori del Presidio Ospedaliero. Alla fine del periodo di rilevazione maggio-settembre 2023 sono stati compilati n. 977 questionari.

I questionari somministrati prevedevano items differenti per utenza degente o utenza ambulatoriale. Gli items indicativi del livello complessivo di soddisfazione sono stati a loro volta distinti in: relazione con il personale sia medico che infermieristico, valutazione chiarezza e completezza delle informazioni ricevute e organizzazione dei servizi.

I questionari compilati sono stati inseriti in un database on-line costruito con applicativo Google Form con assegnazione di due scale che prevedevano il seguente punteggio: da 1 (molto insoddisfatto) a 5 (molto soddisfatto) per le valutazioni dell'utenza ambulatoriale; punteggi da 1 (pessimo) a 5 (ottimo) per la valutazione sulla qualità dei servizi offerti. Infine, si è provveduto così ad analizzare i dati ottenuti mediante software Excel. .

Risultati:

Da una prima analisi dei dati ottenuti, il 96,2 % degli utenti ricoverati e/o afferenti ai reparti di degenza del P.O. di Casarano ha valutato i servizi complessivamente all'altezza delle aspettative. Il 58,2 % degli utenti ha valutato i servizi offerti migliori delle aspettative.

Nella valutazione dell'assistenza medica, il maggior numero di giudizi "ottimo" è stato ottenuto nell'item posto sulla gentilezza e cortesia, con una percentuale del 50,6 %. Segue l'indicatore "informazioni sul decorso della malattia e sulle cure" col 47,6 %.

Nella valutazione dell'assistenza infermieristica, il maggior numero di giudizi "ottimo" è stato nuovamente ottenuto nell'item posto sulla gentilezza e cortesia, con una percentuale del 55,3 %, seguito dall'item relativo all' "accuratezza nelle esecuzioni delle prestazioni" pari al 51,8 %.

Complessivamente, l'assistenza medica all'interno dei reparti del P.O. di Casarano è stata valutata dall'utenza con un punteggio medio di 4,21 su 5; mentre l'assistenza infermieristica ha ottenuto una media 4,37 su 5.

Per quanto riguarda la soddisfazione degli utenti sulla qualità del servizio ricevuto presso gli ambulatori del Presidio Ospedaliero si conferma l'ottimo risultato con un punteggio medio di 4,54 su 5.

Si attestano, tuttavia, su percentuali più basse le valutazioni espresse in merito ai servizi alberghieri, con criticità negli items relativi alla qualità, quantità e varietà dei pasti, che hanno registrato un punteggio di 3,27 su 5 e nell'item relativo alla "comodità dei letti" con un punteggio di 3,57 su 5.

Conclusioni:

Dall'analisi effettuata è emerso che la qualità percepita dagli utenti afferenti al Presidio Ospedaliero di Casarano è medio-alta, con una notevole percentuale di utenza che valuta i servizi offerti offerto dal presidio oltre le aspettative.

I dati meritevoli di approfondimento per migliorare ancor di più la customer satisfaction sono quelli relativi ai servizi di organizzazione alberghiera per i quali è necessario avviare dei piani di miglioramento al fine di ottimizzare i servizi offerti e all'utenza e al personale ospedaliero.

Sarebbe utile e necessario inoltre, ripetere tale rilevazione nel tempo in modo da poter confrontare i risultati delle diverse rilevazioni effettuate e per poter valutare l'efficacia delle azioni correttive intraprese.

49° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO
ANCONA, 21-23 MAGGIO 2024

ANALISI PRELIMINARE DEI DATI SULLA RICERCA DI CLOSTRIDIUM DIFFICILE PRESSO UN OSPEDALE VERONESE.

Marcello Simonini¹, Katta Bassani², Marco Luciano³, Stefano Tardivo⁴
¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Verona; ²Direzione Medica Ospedaliera - Ospedale "Mater Salute" Legnago; ³Direttore Medico di Pronto Soccorso - Ospedale "Mater Salute" Legnago; ⁴Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Verona

INTRODUZIONE

Clostridiodes difficile (CD) è un bacillo anaerobio, gram-positivo, sporigeno, tossigeno, a trasmissione oro-fecale, in grado di colonizzare il trato intestinale dell'uomo e responsabile di quadri clinici estremamente diversificati dalla diarrhoea fino alla colite pseudomembranosa e al megacolon tossico. In accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, l'infezione da CD è una delle più importanti infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) nei Paesi industrializzati.

CONTENUTI

Presso l'Ospedale di Legnago è attivo un sistema di sorveglianza: in caso di sintomatologia specifica riconducibile a sospetta infezione da CD, la U.O.S. di Microbiologia procede in prima istanza al test immuno-assorbente enzimatico (ELISA) per la ricerca dell'antigeno comune (glutammato deidrogenasi – GDH) metodica sensibile e di rapida esecuzione. In caso di positività si procede alla ricerca delle tossine (tossina A e della tossina B) causa dei quadri clinici descritti. Nel 2023 presso la U.O di Microbiologia dell'Ospedale di Legnago sono stati svolti 376 esami per la ricerca del GDH in pazienti con sospetto di patologia associata a CD. La popolazione studiata [v. grafico 1] era per lo più rappresentata da femmine (56,0%) e l'età media del campione era 70,3±20,8 anni. I campioni [v. grafico 2] erano prevalentemente negativi (80,9%) e solo una quota del 17,2% presentava positività al GDH. La quota non idonea all'esecuzione dell'esame rappresentava 1,8% dei campioni. I risultati positivi della ricerca di GDH conducevano all'analisi delle tossine che per il 96,4% erano negativi [v. grafico 3].

grafico 1

CATEGORIA	PCT (%)
FEMMINA	56,0%
MASCHI	44,0%

grafico 2

CATEGORIA	PCT (%)
NEGATIVO	80,9%
POSITIVO	17,2%
NON IDONEO	1,8%

grafico 3

CATEGORIA	PCT (%)
NEGATIVO	91,4%
POSITIVO	8,6%

I casi di positività alle tossine [v. grafico 4] riguardavano nel 50% dei campioni pazienti ricoverati presso la Geriatria, nel 40% presso la Medicina e per il 10% in Gastroenterologia; l'età media era di 77 anni equamente distribuiti tra maschi e femmine. I reparti con la maggior richiesta di ricerca GDH erano invece Geriatria (28,1%), Medicina (23%) e Pronto Soccorso (14,8%); l'area chirurgica incideva per un 11,5% del totale [v. grafico 5].

grafico 4

CATEGORIA	PCT (%)
Verde	50%
Rosso	40%
Giallo	10%

grafico 5

CATEGORIA	PCT (%)
Verde	28,1%
Rosso	23%
Giallo	14,8%
Blu	11,5%

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati ha mostrato come solo il 3,6% dei campioni GDH positivi abbia presentato anche una positività alle tossine e che questi casi siano per il 50% concentrati nel periodo invernale (gennaio-febbraio e dicembre). Analizzando l'incidenza delle ricerche di GDH si nota come sia il periodo estivo a registrare i valori maggiori in termini percentuali [v. grafico 6].

grafico 6

CATEGORIA	PCT (%)
Verde	50%
Rosso	10%
Giallo	10%
Blu	10%
Nero	10%



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



RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA E DELLE ATTIVITÀ DOPO UN GRAVE INCENDIO IN OSPEDALE

Maurizio Formoso, Pietro Guida, Marica Milazzo, Michelangelo Iurlaro, Vitangelo Dattoli

Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli", Direzione Sanitaria, Acquaviva delle Fonti (Bari)

Background. Un evento accidentale, come un improvviso incendio all'interno di una struttura ospedaliera, rappresenta una situazione di pericolo per i pazienti, visitatori e lavoratori, un'emergenza da affrontare immediatamente per mettere in sicurezza persone e luoghi. Inoltre, come evento imprevedibile che impatta sulla disponibilità di spazi e risorse nel breve-medio periodo, un incendio rappresenta una criticità organizzativa per la Direzione Medica che dovrà valutare le priorità assistenziali attraverso l'analisi immediata del contesto emergenziale per identificare ed affrontare le situazioni di maggiore gravità oltre che ridefinire quanto necessario alla ripresa delle attività ordinarie delle fasi successive.

Obiettivo. Descrivere la ripresa delle attività dopo un grave incendio che ha comportato una contrazione dei Posti Letto disponibili ed una sospensione temporanea dell'attività elettiva.

Contenuti. L'Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti (Bari) è una struttura privata con 573 posti letto accreditati dalla Regione Puglia e 24 sale operatorie. L'immobile, di tipo monoblocco, si sviluppa su sei piani. Le aree di degenzia si estendono sulle quattro ali ubicate nei piani dal 1° al 4° con circa 160 posti letto per piano (4 per 10) ed altrettanti per ala considerando la distribuzione verticale degli spazi. Nella Figura 1 la foto laterale dell'Ospedale Miulli, frontale rispetto al Pronto Soccorso.

Alle ore 10 circa di martedì 11 luglio 2023, un improvviso incendio è divampato presso i locali situati al piano -2 dell'Ospedale, sotto il Pronto Soccorso. È stata interessata la parte sud-est della struttura: la risalita dei fumi di combustione, dapprima attraverso i cavedi e successivamente attraverso i canali fognari, ha danneggiato l'impiantistica idraulica, fognaria e aerulica.

I sistemi antincendio presenti e le procedure di sicurezza messe in atto dal personale secondo i protocolli aziendali, hanno consentito di ridurre al minimo i rischi e disagi per tutti i presenti in ospedale (pazienti, visitatori e personale) circoscrivendo il pericolo. Dal momento dell'allarme, l'ala interessata dai fumi è stata evacuata con trasferimento dei pazienti negli altri reparti di piano, utilizzando anche gli spazi rimasti eccezionalmente non occupati dopo l'emergenza Covid-19. In Figura 2 alcune immagini esterne della struttura, dai momenti iniziali l'incendio alle fasi conclusive dopo l'intervento dei Vigili del Fuoco.

Figura 1. Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti (Bari)



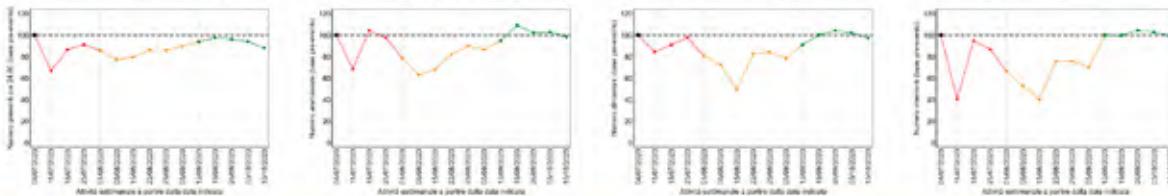
Figura 2. Immagini dell'ala dell'Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" interessata dall'incendio occorso alle ore 10 circa di martedì 11 luglio 2023.



L'incendio si è verificato nel pieno delle attività chirurgiche di sala operatoria, assistenziali di ricovero e ambulatoriali di visite programmate, senza danni alle persone presenti nella struttura, sia pazienti che visitatori e lavoratori. L'attività chirurgica in corso al momento dell'evento è stata regolarmente completata. I ricoveri elettivi sono stati sospesi fino al lunedì successivo così come l'attività chirurgica non urgente. Rispetto al giorno precedente, sono stati dimessi il doppio dei pazienti (182 vs 88) ovvero quelli in condizioni stabili e i chirurgici differibili. Il Pronto Soccorso ha gestito transitoriamente in OBI i pazienti da ammettere con carattere di urgenza e non trasferibili. Il numero di presenti in ospedale alle ore 24.00 era di 428 pazienti il giorno 10 luglio, 304 nel giorno dell'evento, 264 nel successivo e 355 ad una settimana esatta. Le attività sono riprese gradualmente con riapertura dei ricoveri elettivi e dell'attività chirurgica non urgente dal lunedì successivo 17 luglio. Nonostante un'intera ala della struttura fosse non utilizzabile (120 posti letto), la redistribuzione degli spazi ha consentito di attutire la perdita a soli 50 posti.

La Figura 3 riporta alcuni indicatori medi settimanali, rapportati su base percentuale alla settimana precedente l'evento, per l'attività relativa a pazienti ricoverati in regime ordinario. Dopo la contrazione della settimana dell'evento, nonostante l'ala inutilizzabile per i quattro piani interessati dall'evento, l'attività è immediatamente risalita consentendo il ricovero dei pazienti elettivi in lista di attesa prima del periodo estivo. Alla ripresa regolare delle attività, a settembre, il numero dei presenti in ospedale, le ammissioni, le dimissioni ed il numero di interventi chirurgici sono tornati ad un livello quantitativo standard della struttura.

Figura 3. Indicatori dell'attività ospedaliera, su base percentuale per i pazienti in regime di ricovero ordinario, dalla settimana precedente l'evento fino al terzo mese successivo.





L'opportunità per le aziende sanitarie di organizzare una medicina di genere appropriata e sicura

Rinaldi Alessia¹, Toscano Oriana Dunia¹, Biardi Ludovico², Mazzanti Roberta³, Marzocchi Cristiana⁴, Ferrara Letizia⁵

¹ Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche - Ancona

² Dirigente Medico UOC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero IRCCS INRCA - POR Ancona

³ Medico Legale IRCCS INRCA - POR Ancona

⁴ Funzione Organizzativa, UOC Direzione Professioni Sanitarie IRCCS INRCA – POR Ancona

⁵ Resp. UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento.

Staff Direzione Sanitaria d'Istituto

PAROLE CHIAVE Medicina di Genere, Bollini Rosa, Qualità e sicurezza delle cure

INTRODUZIONE Gli ospedali Bollini Rosa sono gli ospedali che hanno ricevuto da Fondazione Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, costituito a Milano nel 2005) un riconoscimento per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie, realizzando percorsi ottimizzati per il genere femminile. I Bollini Rosa vengono assegnati agli ospedali che sono in possesso di specifici requisiti, relativi all'offerta di servizi in ottica di genere.

CONTENUTI L'IRCCS INRCA è stato insignito di due Bollini Rosa. I criteri di valutazione per l'assegnazione dei Bollini Rosa si suddividono in 4 sezioni: SEZIONE A-aree specialistiche e comuni ai due generi; SEZIONE B-tipologia e appropriatezza dei percorsi diagnostici terapeutici; SEZIONE C -valutazione di prestazioni assistenziali rivolte all'utenza in generale a supporto dei percorsi diagnostico terapeutici erogati (telemedicina, volontariato, mediazione culturale); SEZIONE D - valutazione dei servizi e del livello di preparazione dell'ospedale per la gestione della violenza fisica e verbale sulle donne e sugli operatori. L'assegnazione avviene attraverso due fasi: FASE 1 - compilazione di un questionario di candidatura sulla base della tipologia di ospedale (Specialista-Generalista). In base alle risposte fornite al questionario viene elaborato un punteggio totale finale e assegnati i Bollini Rosa come di seguito: 0-50 punti → 0 Bollini rosa; 51-65 punti → 1 Bollino Rosa; 66-85 punti → 2 Bollini Rosa; 86-100 punti → 3 Bollini Rosa. FASE 2 - Revisione e validazione del risultato ottenuto dagli ospedali da parte dell'Advisory Board. Diverse aree specialistiche, tra cui cardiologia, dermatologia, diabetologia, dietologia, neurologia, pneumologia e urologia con i loro percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e servizi ambulatoriali hanno permesso all'INRCA di ottenere tale riconoscimento. Inoltre, è stato redatto uno specifico protocollo antiviolenza che prevede la collaborazione con consultori, associazioni e centri antiviolenza e un percorso assistenziale dedicato in pronto soccorso. Infine, altri servizi come la telemedicina e il percorso Long-Covid hanno dato il loro contributo.



CONCLUSIONI L'impegno di INRCA nella Medicina di Genere si è rivolto sia alla popolazione sia alla formazione del personale sanitario. È stata infatti organizzata, presso i Presidi Ospedalieri INRCA Marche, una Open Week Bollini Rosa durante la quale sono stati erogati servizi ambulatoriali, conferenze e incontri con la popolazione in collaborazione con le associazioni dei pazienti, per attivare un percorso strutturato di educazione/progettazione sanitaria. Inoltre, con l'obiettivo di migliorare la qualità e l'equità dell'assistenza sanitaria attraverso una prospettiva inclusiva e informata sul genere è stato inserito nel Piano Formativo Aziendale un corso ECM dal titolo "Equità in Salute: Approfondimenti sulla Medicina di Genere all'INRCA". Tutte queste azioni collegate ai Bollini Rosa si inseriscono nel percorso di continuo miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure e del paziente in conformità con l'obiettivo strategico 4 "Patient and family engagement" contenuto all'interno del "Global Patient Safety Action Plan 2021-2030".





Protocollo di screening e decolonizzazione di MRSA e MSSA nella chirurgia mammaria ricostruttiva oncologica



Stefano Antonella^{*1}, Zanon Stefania^{*2}, Michielon Matteo^{*3}, Ottolitri Ketti⁴, Cappelletto Alessandra^{*1}, Saieva Anna Maria^{*5}

^{*1}Istituto Oncologico Veneto IRCCS, Padova, ^{*2}Medico di Direzione Medica, ^{*3}Infermiera Epidemiologa, Risk Manager, ^{*4}Direttore Sanitario

^{*5}Università degli Studi di Padova, ^{*3}Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva

Parole chiave: infezioni sito chirurgico, protesica mammaria, Staphylococcus Aureus

Introduzione

Le infezioni del sito chirurgico (SSI) causate da *Staphylococcus Aureus* meticillino-sensibile (MSSA) o meticillino-resistente (MRSA) sono un problema rilevante nelle strutture sanitarie dove si effettuano interventi di chirurgia protesica, come l'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS. L'incidenza in letteratura è tra l'1% e il 43%, variabilità data dai molteplici fattori di rischio che contribuiscono ad una maggiore insorgenza di SSI soprattutto tra i pazienti oncologici immunocompromessi. Altri fattori di rischio sono invece legati ai: doccia preoperatoria, antisepsi della cute, profilassi antibiotica, sterilizzazione degli strumenti chirurgici, uso di materiale protesico, etc. È stato dimostrato che gran parte delle SSI ha origine dalla flora batterica endogena e il trasporto nasale di *S. Aureus* è un fattore di rischio ben definito per l'insorgenza di SSI. Infatti già dal 2016 l'OMS nelle "Linee Guida Globali per la prevenzione delle SSI" raccomanda di «Eseguire la bonifica della colonizzazione da *S. Aureus* in tutti i pazienti che devono eseguire un intervento di chirurgia cardiotoracica o ortopedica (forte/moderata). Per tutti gli altri interventi, ogni ospedale può valutare l'opportunità, in termini organizzativi e di rapporto costo-beneficio, di eseguire la bonifica (condizionata/moderata)». Considerato il rischio elevato di SSI del paziente oncologico che si sottopone ad interventi di chirurgia protesica, l'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS ha impostato un protocollo di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico basato su screening e decolonizzazione.

Il Protocollo di Screening e Decolonizzazione

Nel secondo semestre 2020 l'incidenza di infezioni del sito chirurgico è stata dell'11% nei pazienti sottoposti ad intervento di ricostruzione mammaria in esiti di patologia oncologica (17/146). Sulla base di questi dati a partire dal secondo semestre del 2021 è stato introdotto il protocollo di screening con tampone nasale per la ricerca di MRSA e MSSA in tutti i pazienti candidati ad intervento di ricostruzione mammaria con protesi o espansore. I prelievi sono stati effettuati in pre-ricovero e i positivi sono stati sottoposti a decolonizzazione con Mupirocina 2% unguento nasale (un'applicazione in ciascuna narice tre volte al giorno) associata a doccia con Clorexidina 4% in soluzione saponosa (una volta al giorno per 5 giorni prima dell'intervento).

I Risultati e le Conclusioni

Negli ultimi due anni di applicazione del protocollo (2022 e 2023) sono stati effettuati 564 screening in pazienti poi sottoposti a interventi di ricostruzione mammaria con protesi o espansore. Il 20% dei pazienti valutati (111/564) è risultato positivo alla ricerca di *S. Aureus*.

La percentuale di ricoveri per infezione della protesi/espansore è passata dall'11% nel 2020 (pre-protocollo) al 4% nel 2022 e a meno dell'1% nel 2023 dopo l'introduzione del protocollo di screening e decolonizzazione.

L'infezione del sito chirurgico dopo intervento di chirurgia protesica costituisce un serio problema clinico soprattutto nei pazienti immunocompromessi, pertanto l'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS ha valutato positivamente in termini di costo-beneficio l'introduzione dello screening e la decolonizzazione di *S. Aureus* in tutti i pazienti che devono eseguire un intervento di chirurgia ricostruttiva mammaria in esiti di patologia oncologica, riducendo il numero di ricoveri per infezione della protesi, migliorando la qualità della vita del paziente oncologico e riducendo i costi per la struttura sanitaria.

"REMAINDER" GRAFICO PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL BUNDLE PER LA PREVENZIONE DELLE CAUTI IN AST MACERATAMosca N.¹, Antonini P.², - Baldassari A.³, - Corsi D.⁴, Liberati S.⁵, - Scaloni G.⁶, - Tesei L.⁷, - Zuccari L.⁸¹Direttore U.O.C. Integrazione Ospedale-Territorio AST MC; ²Dirigente UOC SPS Inf-Ostetricia AST MC; ³Inf IFO DMPOLI AST MC; ⁴Dirigente Sanitario AST MC; ⁵Inf IFO Cardiologia AST MC; ⁶Dirigente IIF DMPOU AST MC.**PAROLE CHIAVE:** Remainder, cateterismo vescicale, bundle**INTRODUZIONE**

Dalla letteratura internazionale emerge che il 15-25% dei pazienti ospedalizzati durante la degenza sia sottoposto a cateterismo vescicale. Secondo il National Healthcare Safety Network del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), le UTI associate al cateterismo (CAUTI) sono tra le maggiori cause di infezione associate a necessità di assistenza sanitaria in tutto il mondo. In AST Macerata, è attivo un sistema di monitoraggio degli "alert" attraverso un sistema di "Sorveglianza di Laboratorio" che ha mostrato un incremento della positività dei campioni urinari per germi seminella associati a cateterismo vescicale.

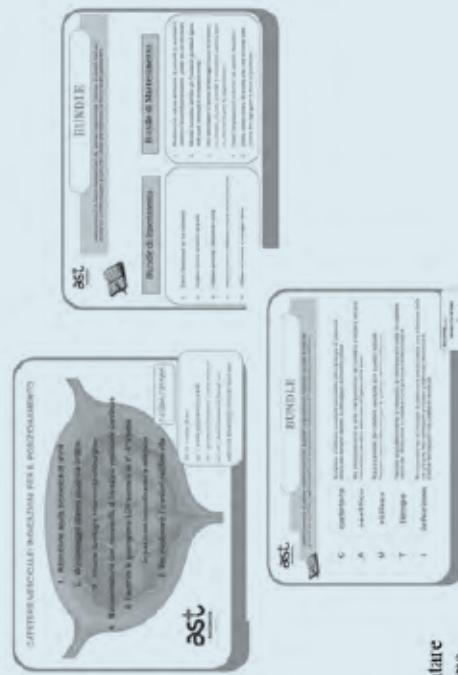
CONTENUTI

Da tale analisi è emersa l'esigenza di rivedere il Protocollo Aziendale di "Gestione del cateterismo vescicale a permanenza negli adulti e prevenzione delle CAUTI" che è stato redatto nel dicembre 2013 e per il quale è prevista una formazione sul campo per almeno il 50% degli operatori. Nell'ambito della ricerca della documentazione più aggiornata, il gruppo di lavoro ha favorvolmente incontrato e deciso di adottare la tecnica dell'utilizzo di un "Remainder" per l'implementazione di tre bundle per la prevenzione delle CAUTI, per il posizionamento e la gestione del catetere vescicale a permanenza.

Il gruppo di lavoro ha così deciso di utilizzare una "mappa mentale" con associazione di immagini colorate ed informazioni sintetiche, sviluppando una sorta di "calendario da tavolo" composto da tre facciate.

CONCLUSIONI

All'avanguardia l'utilizzo dello strumento descritto e la formazione sul campo, l'AST Macerata intende implementare i Bundle per la prevenzione delle CAUTI. La verifica dell'adesione alle buone pratiche ivi descritte pone come obiettivo la riduzione della cateterizzazione inappropriata. L'adeguato posizionamento e gestione fino ad arrivare all'obiettivo finale di ridurre le infezioni/colonizzazioni urinarie e conseguentemente i costi migliorando l'appropriatezza d'uso dei dispositivi.





ANALISI DEI DATI DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE DI GENOVA: CONFRONTO TRA GLI ANNI 2022-2023

Erika Zumerle¹, Bocchio Alessandra^{1,2}, Dario Olobardi², Paola Spatera¹, Carolina Damasio², Maria Masi², Marinella Fulgheri², Gaddo Flego³

¹Dipartimento di Scienze della Salute (DiSSal), Università di Genova

²Direzione Sanitaria Ospedale Evangelico Internazionale, Genova

³Direttore Sanitario Ospedale Evangelico Internazionale

Parole chiave: Pronto Soccorso (PS), Accessi, Tempi di Attesa

Introduzione

Il sovrappiombamento nei reparti di Pronto Soccorso (PS) è un problema diffuso a livello nazionale. Questo comporta lunghe attese, abbassamento della qualità delle cure e aumento degli abbandoni.

Questo studio ha l'obiettivo di analizzare i dati di accesso al PS dell'Ospedale Evangelico Internazionale, confrontando gli anni 2022 e 2023, indagando i cambiamenti e le principali criticità.

Contenuti

È stato eseguito uno studio retrospettivo sugli accessi al PS negli anni 2022-2023. Sono stati suddivisi gli accessi utilizzando il sistema a 5 colori (rosso-emergenza, arancione-urgenza, azzurro-urgenza differibile, verde-urgenza minore e bianco-non urgenza).

Sono stati analizzati i tempi di avvenuta presa in carico dall'ingresso in PS, la percentuale di quelli avvenuti entro i range di riferimento (rispettivamente entro i 10, 15, 60, 120 e 240 minuti in base al codice-colore) e si è calcolata la variazione dei tempi medi di attesa per codice nei due anni.

Si sono confrontati gli accessi diretti al PS con quelli tramite 118 e i diversi esiti con focus sugli abbandoni divisi per nazionalità.

Nell'anno 2022 si sono registrati 21.971 accessi in PS, nel 2023 22.380.

L'incremento dei numeri dal 2022 al 2023 si è visto nei codici di maggiore gravità, con l'aumento del 42,9% dei codici arancioni,

32,6% dei rossi e 11,1 % degli azzurri, mentre c'è stata una diminuzione del 9,6% dei verdi e 30,7% dei bianchi.

Gli accessi divisi per codice colore hanno visto una diminuzione dei pazienti presi in carico entro i range ministeriali, tranne per i pazienti entrati con codice rosso dove si è passati dal 53% nel 2022 al 55% nel 2023.

Codice colore	tempi range (min)	% in range 2022	% in range 2023
1 - ROSSO (EMERGENZA)	≤10	53	55
2 - ARANCIONE (URGENZA)	≤15	39	30
3 - AZZURRO (URGENZA DIFFERIBILE)	≤60	69	54
4 - VERDE (URGENZA MINORE)	≤120	77	68
5 - BIANCO (NON URGENZA)	≤240	85	80

Tabella 1 Percentuale tempi in range 2022-2023

La percentuale dei pazienti presi in carico entro il range ministeriale, divisi per codice colore, è mostrata in tabella1.

La media dei tempi di attesa è aumentata del 3% per i codici rossi, 36% per i codici arancioni, 47% per i codici azzurri, 28% per i verdi e 24% per i bianchi, come mostrato in figura 1.

Nel 2022 gli accessi tramite 118 sono stati il 33%, mentre l'autopresentazione il 65,9%; nel 2023 rispettivamente il 32,1% e il 67,1%.

Nel 2022 i pazienti non italiani che hanno abbandonato il PS sono stati il 13,3%, contro il 5,9% degli italiani. Nel 2023 l'11,9% degli stranieri e il 5,7% degli italiani.

Media Tempi di Attesa

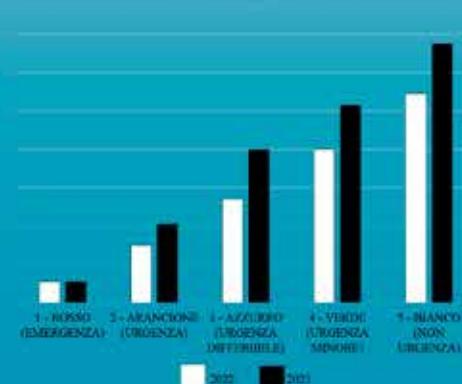


Figura 1 Media Tempi di Attesa 2022-2023

Conclusioni

La realtà dell'Ospedale Evangelico Internazionale rispecchia la situazione nazionale dei PS. L'aumento degli accessi ha interessato principalmente i pazienti a maggiore gravità, con codice di accesso rosso e arancione, portando ad un aumento dei tempi medi di presa in carico dei pazienti, che non ha tuttavia causato un aumento degli abbandoni.

Questo studio analizza la casistica degli anni precedenti in PS e dà da base per il monitoraggio delle strategie di miglioramento in implementazione nel 2024 riguardanti il sovrappiombamento.



Il percorso del paziente traumatologico dal PS alla Dimissione: una opportunità di ottimizzazione

Fabio Ingravalle¹, Ciriaco Alfonso Consolante², Stefania Trivelli³,
Francesco Mariani⁴, Vincenzo La Regina⁵



Introduzione

Il servizio di Ortopedia e Traumatologia è un servizio strategico all'interno della rete, tuttavia la pandemia, il blocco del turn-over del personale e il sovrappiombamento dei Pronto Soccorsi mettono a dura prova il delicato equilibrio tra la programmazione dell'Ortopedia e le necessità urgenti della Traumatologia.

Di fatto il trattamento precoce delle fratture, è centrale per migliorare l'outcome dei nostri pazienti. Per tale motivo è stata effettuata un'analisi di contesto relativa ai percorsi e al tempo medio, valutando le opportunità di ottimizzazione.

Metodologia

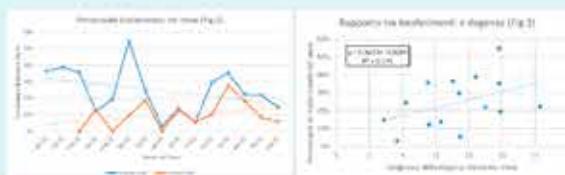
Presso l'Ospedale di Frascati (ASL Roma 6) da Gennaio 2022 a Marzo 2023 sono stati registrati i dati relativi agli accessi di Pronto Soccorso, di permanenza in reparto e di operatività della sala operatoria, al fine di effettuare le analisi di contesto relative al percorso del paziente in ospedale.

Sono stati registrati i dati relativi al tempo di degenza media per mese, i giorni di degenza comprensivi, il tasso di occupazione e il fabbisogno di posti letto. Sono stati inoltre registrati il numero di pazienti operati nel mese e il tasso medio di utilizzo delle sedute operatorie.

Risultati

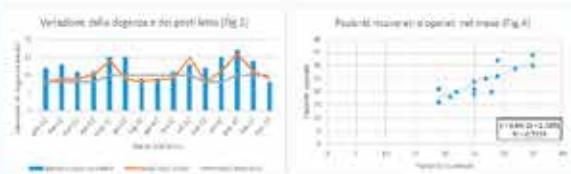
Dalle osservazioni condotte hanno avuto accesso presso il PS di Frascati 519 pazienti, che hanno effettuato almeno una consulenza ortopedica e un successivo ricovero/trasferimento per intervento di traumatologia. Di questi il 42,9% (223) erano fratture di femore in persone over65.

Il 75% (390) dei pazienti è stato ricoverato presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia di Frascati, il restante 25% è stato trasferito sulla rete ospedaliera. Similmente, il 90% (200) delle fratture di femore in over65 è stato ricoverato, mentre il restante 10% trasferito. Si può osservare nella figura 1 il tasso di trasferimento dei pazienti con patologia specifica segue l'andamento generale, tuttavia dalle linee di tendenza si osserva che mentre i trasferimenti si riducono, aumentano (solo in proporzione) i trasferimenti per la frattura di femore in over65.

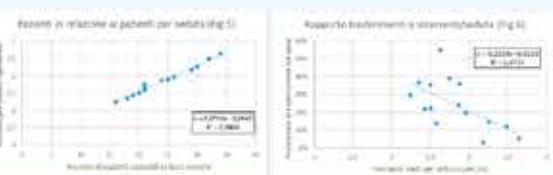


È stata osservata una relazione debole ($R^2=0,176$), ma significativa, tra la riduzione della degenza media e la riduzione percentuale di trasferimenti presso altri ospedali della rete. Tale indipendentemente da numero di pazienti presentati nel mese di osservazione.

Al tempo stesso si è osservato che il sistema ospedale, quando posto sotto stress, per aumento dei flussi dei pazienti, rispondeva con un aumento del numero di pazienti operati nel mese ($R^2=0,716$). Si è osservato, inoltre, che un aumento dei pazienti candidati all'intervento si associa positivamente all'utilizzo più efficiente delle sedute operatorie dedicate alla Traumatologia.



Dall'analisi delle sedute operatorie su base mensile, si è osservato che un aumento dei pazienti candidati all'intervento si associa positivamente all'utilizzo più efficiente delle sedute operatorie dedicate alla Traumatologia (Figura 5).



Tale utilizzo più efficiente della seduta, si è associato ad una riduzione della necessità di fare ricorso ai trasferimenti, come mostrato in Figure 5 e 6. Inoltre come effetto si è registrato anche una riduzione della degenza media, seppur non significativa.

Conclusioni

La valutazione dei percorsi e gli audit clinici proattivi hanno permesso di individuare mese per mese le opportunità di miglioramento ed implementazione del percorso traumatologico, aumentando il numero medio di interventi per mese e riducendo la percentuale di trasferimenti in un contesto di riduzione delle risorse. Tuttavia, tali dati sono preliminari e necessitano di altre osservazioni per verificare i miglioramenti dell'utilizzo delle sedute e la riduzione del tempo medio di degenza.

Affiliazioni ASL Roma 6:
 *Dirigente Medico Direzione Sanitaria Polo II; **Dirigente Sanitaria II Direzione Sanitaria Polo III-III; ***Coordinatore Infermieristico Servizio Bedmanagement Polo II;
 ****Dirigente Medico Servizio Bedmanagement Polo II; *****Dirigente Sanitario Acciaidale ASL Roma 6

Interventi di ristrutturazione e adeguamento del DEA degli OO.RR. Anzio-Nettuno ex-DGR671/2020/DL.34



Ciriaco Alfonso Consolante¹, Fabio Ingravalle², Eugenio di Palma³,
Barbara Grilli⁴, Vincenzo La Regina⁵



Introduzione

L'Ospedale di Anzio Polo H4 della Asl Roma 6 è uno dei 5 ospedali della rete aziendale della Asl Roma 6, il cui bacino di utenza comprende di più di 200.000 abitanti. Il DEA ha una media annuale di 30.000 accessi.

I fondi del DGR 671/2020/DL.34 hanno creato l'opportunità della ristrutturazione dei locali. Trattandosi di un ospedale terminale nella rete regionale dei PPSS, non è stato possibile programmare la chiusura. La Direzione Strategica ha messo pertanto in atto una complessa attività organizzativa per minimizzare i disagi per la cittadinanza.

Attività organizzative

La Direzione ha coinvolto tutti gli stakeholder presenti tra operatori sanitari e associazioni locali per la quale è stata avviata anche una campagna di comunicazione tramite agenzie di stampa e social network, condivisa dalle amministrazioni comunali di Anzio e Nettuno.

Presso la Casa della Salute è stato istituito un ambulatorio quotidiano per codici minori. Si è aumentata la capacità receptiva dell'ospedale tramite la creazione di un'area Boarding (10 letti tecnici) ed Holding (12 posti letto). Si è implementato un percorso di accoglienza con un progetto condiviso con Croce Rossa Italiana.

Sono state dislocate due ambulanze supplementari per facilitare trasferimenti ed esecuzione di diagnostica presso altri ospedali limitrofi. Si sono tenute successive riunioni presso l'ospedale di Anzio, condotte dalla Direzione Strategica o dalla DMPO.

Aspetti Operativi e Sanitari nel Corso dei Lavori

I Lavori iniziati il 20/03/2023, sono caratterizzati da 3 Fasi secondo un preciso cronoprogramma ed hanno comportato la riduzione del 45% circa della superficie del P.S. nelle prime due fasi; nella terza fase è stata ristrutturata la sala rossa. Ogni fase è caratterizzata dalla compartimentazione della zona di cantiere rispetto alla zona di assistenza garantendo percorsi separati. In entrambe le prime due fasi è stato necessario ricreare l'area di triage in altri locali mentre per l'attesa sono state installate 4 tensiostrutture.



Risultati

Il numero quotidiano di accessi si è ridotto progressivamente dal 20 marzo, nonostante l'aumento della popolazione a partire dalle festività di Pasqua. L'area di boarding contigua al DEA è stata attivata in sole 2 occasioni, a seguito della riduzione dei tempi di degenza ed al maggior turnover; non è stato raggiunto in nessun caso il livello di criticità nello stazionamento dei pazienti.

La rete di bed management ha soprattutto ricollocato in tempi rapidi i pazienti Covid 19 che necessitavano di isolamento presso gli altri ospedali aziendali, in particolare presso il P.O. di Velletri è stata tenuta attivo un reparto Covid per eventuali esigenze aziendali.



Conclusioni

La ristrutturazione di un reparto come il DEA caratterizzato da un continuo accesso di utenti ha molti elementi di criticità che possono essere contenuti tramite una puntuale programmazione di azioni e condivisione, sostenuti dalla Direzione Strategica e dal coinvolgimento anche emotivo degli operatori.

La corretta attività di informazione con successivi rilanci è un elemento decisivo per ridurre gli accessi; la attivazione di ambulatorio per codici minori in collaborazione tra medici Asl e MMG ha permesso di limitare gli accessi impropri contribuendo a compensare la riduzione degli spazi disponibili in P.S.



ANALISI RISCHIO SANITARIO LEGATO ALL'USO DI ACQUA POTABILE IN OSPEDALE AD 1 ANNO DAL D.LGS.18/2023



MOSTAJO VALDIVIESO E.C.¹, GOMARASCA W.², MELONI A.³, SIMONATI C.⁴, CROCE E.⁴, LONATI A.C.⁴, MARELLI A.⁵, GROSSI L.⁵

¹ Medico Specializzanda, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Brescia, Brescia, Italia

² Direttore Sanitario, Fondazione Poliambulanza, Brescia, Italia

³ Direttore Medico di Presidio, Fondazione Poliambulanza, Brescia, Italia

⁴ Direzione Sanitaria, Fondazione Poliambulanza, Brescia, Italia

⁵ Ufficio Tecnico, Fondazione Poliambulanza, Brescia, Italia



INTRODUZIONE

Fondazione Poliambulanza è una struttura ospedaliera di Brescia, privata accreditata con il Sistema Sanitario di Regione Lombardia con 621 posti letto, 454.144 accessi ambulatoriali e 29.858 ricoveri ospedalieri, dotata di DEA con Pronto Soccorso di II livello e circa 2700 parti ogni anno.

La struttura è rifornita di acqua potabile grazie alla rete di distribuzione urbana derivante dall'acquedotto comunale della città di Brescia. La distribuzione dell'acqua potabile si estende su 5 km di tubature interne alla struttura, destinando l'acqua sia al consumo umano sia ad uso tecnologico (torri di raffreddamento). All'interno dell'ospedale le attività di prevenzione, riduzione del rischio e monitoraggio del sistema della rete idrica potabile, secondo i criteri del D.Lgs. 18/2023 (Attuazione della direttiva UE 2020/2184 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 dicembre 2020, concernente "La qualità delle acque destinate al consumo umano") sono verificate e formalizzate attraverso 2 procedure aziendali, PA-DS-10 per Poliambulanza sede e PA-DS-12 per i presidi esterni e formazione continua del Personale. Obiettivi delle azioni preventive e di gestione del rischio sono la gestione della qualità dell'acqua ed il monitoraggio della presenza di Legionella, per la sicurezza di Pazienti ed Operatori.

CONTENUTI

Il monitoraggio comprende un numero di siti rappresentativo dell'impianto idrico di Poliambulanza e dei presidi esterni: 2 poliambulatori, 7 punti prelievi, 2 Consultori ed 1 sede di Cure Domiciliari. Per rispettare le normative in vigore, è stato elaborato un piano che prevede campionamenti annuali e controlli trimestrali anche nel rispetto delle indicazioni JCI (Joint Commission International). La frequenza dei controlli è determinata da una valutazione dei rischi, garantendo conformità e prontezza nell'affrontare eventuali problematiche. Poliambulanza rivede regolarmente, almeno con cadenza annuale, la valutazione dei rischi, esaminandola ed adattandola ogni volta che ci sono cambiamenti negli impianti, nei tipi di pazienti assistiti, nella situazione epidemiologica della struttura o se vengono rilevati patogeni durante il monitoraggio. La valutazione dei pericoli e dei rischi per la salute si fonda sulla matrice proposta nelle linee guida dell'OMS che assegna valori numerici alla "probabilità" e "gravità delle conseguenze" (in funzione dell'impatto biologico, chimico, fisico, radiologico), in modo da individuare eventuali rischi che potrebbero compromettere la sicurezza dell'acqua. Nel corso dell'anno 2023 e nel I trimestre 2024 sono stati eseguiti i seguenti campionamenti da una Azienda incaricata esterna, diversa da quella che esegue la sanificazione in continuo dell'impianto.

Controlli 2023 e 1°trimestre 2024- Fondazione Poliambulanza						
Punti	Ricerca Legionella	Ricerca Pseudomonas	Controllo Microbiologico	Controllo Chimico	Conta batterica 30° c (cfu/ml)	Totale controlli
104	244	81	39	17	22	403

Controlli 2023 e 1° Trimestre 2024- Presidi esterni					
Punti	MICROBIOLOGICO	PSEUDOMONAS	LEGIONELLA	CHIMICO	Totale controlli
10	38	38	38	38	152

In Poliambulanza sede sono state riscontrate 9 non conformità per presenza di Legionella e 5 per Pseudomonas. Nei Presidi esterni 19 per Legionella e 3 per Pseudomonas. La positività alla Legionella era inferiore al nuovo valore critico di 1000 UFC/l introdotto dal D.Lgs. 18/2023. In tutti i casi sono state eseguite puntuale sanificazioni che hanno portato ad azzerare le cariche presenti.

CONCLUSIONI

L'attuazione delle procedure aziendali, in ottemperanza anche alla nuova vigente normativa di cui al D.Lgs.18/2023, permette di mantenere monitorato il sistema di distribuzione dell'acqua potabile all'interno di Fondazione Poliambulanza e delle strutture esterne e di mettere in atto immediate misure correttive in caso di riscontro di non conformità.

PAROLE CHIAVE:

Piano Sicurezza dell'Acqua, valutazione e gestione del rischio, Legionella

NUOVO IMPIANTO DI STERILIZZAZIONE DEI RIFIUTI SANITARI: L'ESPERIENZA DI POLIAMBULANZA BRESCIA



CROCE E.¹, MOSTAJO VALDIVIESO E.C.¹, GOMARASCA V.², MELONI A.³, SIMONATI C.⁴, LONATI A.C.⁴, TOSONI S.⁵

¹ Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Brescia

² Direttore Sanitario, Fondazione Poliambulanza, Brescia

³ Direzione Medica di Presidio, Fondazione Poliambulanza, Brescia

⁴ Direzione Sanitaria, Fondazione Poliambulanza, Brescia

⁵ Servizio Qualità e Certificazioni, Fondazione Poliambulanza, Brescia



INTRODUZIONE

Fondazione Poliambulanza è una struttura ospedaliera di Brescia privata accreditata con il Sistema Sanitario Regionale con 621 posti letto, 454.144 accessi ambulatoriali/anno e 29.858 ricoveri ospedalieri, dotata di DEA con Pronto Soccorso di II livello e circa 2700 nati, nel 2023.

In virtù del recente aggiornamento normativo di cui alla Legge 120 dell'11/09/2020, è stata aggiornata la politica generale aziendale sulla gestione dei rifiuti ed è in fase di introduzione ed avvio il nuovo impianto di sterilizzazione dei rifiuti sanitari a rischio biologico.

Con l'introduzione della nuova metodica, è stata revisionata anche l'intera raccolta e differenziazione dei rifiuti per permettere una puntuale razionalizzazione del servizio ed una riduzione dei tempi e dei costi dello smaltimento, nel rispetto della vigente normativa di cui al D.P.R. 254/2003, al D.Lgs. 152/2006, al D.Lgs. 116/2020 attuazione della Direttiva UE 2018/851 ed al DM 47/2021, affidando il servizio ad una azienda terza con esperienza nel settore rifiuti ospedalieri.

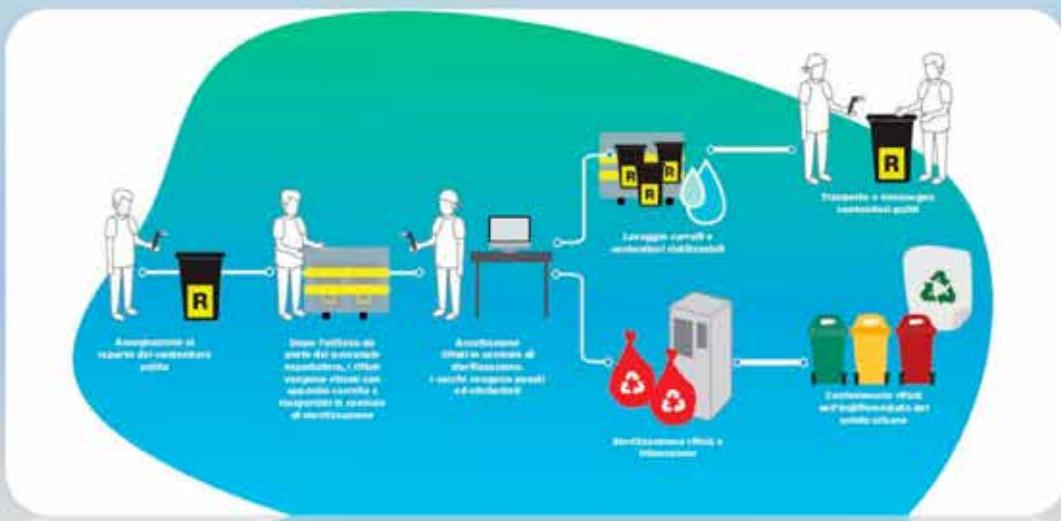
In Poliambulanza i rifiuti sono classificati come speciali (non pericolosi, pericolosi non a rischio infettivo, pericolosi a rischio infettivo e rifiuti speciali che richiedono particolari modalità di smaltimento) e rifiuti urbani (non pericolosi e pericolosi).

CONTENUTI

A fronte degli aggiornamenti normativi, è stato eseguito un censimento dei rifiuti prodotti in Poliambulanza dal quale è risultato come i rifiuti siano effettivamente classificati. Le aree di produzione sono sostanzialmente afferenti a due ambiti: sanitaria e tecnica.

Non sono stati avanzati problemi particolari nella gestione interna che riguarda la sede principale dell'ospedale ed i presidi esterni: 2 poliambulatori, 7 punti prelievi, 2 consultori ed 1 sede di Cure Domiciliari. La raccolta dei rifiuti è avvenuta, nel corso del 2023, con regolarità e analogamente è stata svolta una regolare attività di sorveglianza che ha consentito di evidenziare una corretta differenziazione dei rifiuti prodotti nelle diverse aree dell'ospedale in tempi diversi. Non risultano eventi critici rilevanti avvenuti durante la raccolta, la differenziazione e la classificazione dei rifiuti. Le tempistiche di smaltimento sono state regolamentate con le società affidatarie dei servizi di trasporto in relazione alla normativa vigente e vengono rispettate. Nell'ultimo anno solare sono stati raccolti e smaltiti 508526 Kg di rifiuti, in calo rispetto al biennio precedente caratterizzato dalla presenza del COVID-19.

La scelta di introdurre la sterilizzazione dei rifiuti intesa come utilizzo di apposita autoclave e successiva triturazione ha comportato la formazione puntuale del personale ospedaliero, la sostituzione dei contenitori ROT con contenitori plurisuo lavabili e la creazione di un software dedicato per il controllo, anche da remoto, del nuovo sistema con validezza della tracciabilità. Inoltre test biologici in continuo sono previsti per un ulteriore controllo di qualità.



CONCLUSIONI

La scelta di sterilizzare e triturare i rifiuti sanitari, in virtù dell'applicazione di una norma recente che ha modificato la legislazione in materia ambientale, ha implicazioni gestionali ed operative su tutta la struttura sanitaria sia in termini di quantità che in termini di qualità, ma permette un maggior controllo del materiale conferito ed un abbattimento dei costi oltre che ad una più puntuale formazione del personale.

PAROLE CHIAVE

Rifiuti Sanitari, sterilizzazione, triturazione.



AZIENDA OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA PISANA

La sorveglianza microbiologica dei broncoscopi nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

E. Esposito¹, S. Bracaloni¹, F. Chiavelli¹, A. Ribechini², G. Gemignani³, C. Rizzo¹, B. Casini¹

^{1,2}Dipartimento di Ricerca Traslatoriale N.T.M.C., Università di Pisa, Pisa, ²SOD Endoscopia Toracica, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa, ³UO Organizzazione Servizi Ospedalieri, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa



Parole chiave: broncoscopi, ricondizionamento, sorveglianza

Introduzione

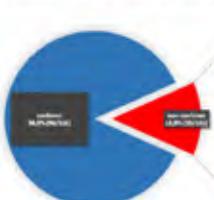
Nel 2019 l'Emergency Care Research Institute ha posto l'attenzione sulle procedure di ricondizionamento degli endoscopi digestivi inserendo queste ultime, se inadeguate, nella lista dei maggiori 10 rischi di salute correlati alla tecnologia sanitaria. La corretta esecuzione di queste procedure risulta importante anche per i broncoscopi poiché, questi strumenti, sono stati associati alla trasmissione di microrganismi multi-farmaco resistenti (MDRs) e di micobatteri tubercolari (MTC) e non (NTM). Attraverso la sorveglianza microbiologica dei broncoscopi è possibile attuare una verifica dell'efficacia del processo di ricondizionamento e identificare quelli potenzialmente contaminati, per escluderli dall'utilizzo clinico. Lo scopo del nostro lavoro è stato quello di verificare e migliorare la qualità della procedura di ricondizionamento dei broncoscopi, attraverso la sorveglianza regolare degli strumenti in dotazione alla Struttura Organizzativa Dipartimentale (SOD) di Endoscopia Toracica della nostra Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP) nonché, mediante l'introduzione di una nuova metodica molecolare, con l'identificazione precoce di MTC/NTM sui campioni prelevati da strumenti utilizzati su pazienti colonizzati/infetti.

Contenuti

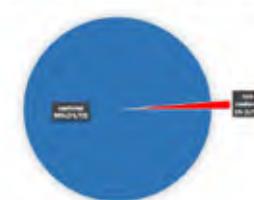
A partire dal Febbraio 2021, nella SOD di Endoscopia Toracica dell'AOUP la sorveglianza microbiologica è stata eseguita in maniera strutturata e periodica, secondo quanto indicato nel Position Paper Multisocietario (doi: 10.1016/j.dld.2021.06.016). Sono stati sottoposti a sorveglianza anche i broncoscopi utilizzati su pazienti colonizzati/infetti da MTC/NTM. Su questi ultimi è stato applicato il metodo culturale e il metodo rapido PMA (Propidium MonoAzide)-Realtime PCR sulla regione genica ITS1. Nel 2021, 16 su 111 broncoscopi (14%) sono risultati non conformi, in particolare per la presenza di *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*. Nel 2022 solo 1 broncoscopio su 72 (1%) è risultato non conforme per la presenza di *Aspergillus* spp. mentre nel 2023, 9 broncoscopi su 72 (12,5 %) sono risultati non conformi, in particolare per la presenza di *S. maltophilia*, *Shigella* spp., *A. baumannii*. I 19 broncoscopi usati su pazienti colonizzati/infetti da MTC/NTM sono risultati tutti negativi, sia al metodo culturale che a quello molecolare, confermando l'applicabilità di quest'ultimo per ridurre i tempi di refertazione del risultato.



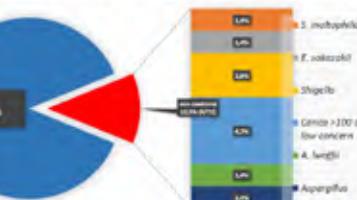
Percentuali di non conformità rilevate nel 2021



Percentuali di non conformità rilevate nel 2022



Percentuali di non conformità rilevate nel 2023



Conclusioni

L'introduzione della sorveglianza e la verifica della procedura di ricondizionamento hanno diminuito il riscontro di non conformità dei broncoscopi. L'incremento riscontrato nel 2023 è attribuibile ad un temporaneo cambio del personale dedicato alle procedure di ricondizionamento, non opportunamente formato, che è stato successivamente inserito nei corsi di formazione dedicati.



Ambulatorio vaccinale per pazienti con malattie croniche e fragilità presso il Presidio Ospedaliero Maggiore AUSL Bologna

Beoni J¹, Guicciardi S¹, Lazzari C¹, Mazzoli S⁴, Po² G, Rallo F¹, Resi D³, Ricci M⁴, Stillo M³

¹ U.O. Direzione medica Ospedali Maggiore e Bellaria – Azienda USL di Bologna

² U.O. Direzione medica Ospedali Spoke – Azienda USL di Bologna

³ Dipartimento di Sanità Pubblica – Azienda USL di Bologna

⁴ Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Parole chiave

Pazienti fragili, vaccinazioni intraospedaliere, integrazione ospedale-territorio

Introduzione

Diversi studi internazionali sull'esitazione vaccinale mostrano come i punti di riferimento per i pazienti siano il medico di medicina generale (MMG) e lo specialista che li seguono, in particolare pazienti cronici/fragili. La collaborazione dei medici ospedalieri con specialisti in igiene e medicina preventiva, aventi competenze specifiche nell'ambito vaccinale, conoscenza delle linee guida e delle raccomandazioni specifiche, può rappresentare un valore aggiunto per un approccio integrato alla presa in carico del paziente, promuovendo la vaccinazione come parte integrante del percorso di cura. Anche in ottemperanza al nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale deve essere abbandonato l'approccio passivo, abbracciando un modello di sanità d'iniziativa incentrato sul paziente e sui suoi bisogni espressi e non.

In questa ottica, oltre al potenziamento dei servizi territoriali, è necessario supportare la prevenzione vaccinale anche in ambito ospedaliero con il coinvolgimento delle reti specialistiche che hanno in carico i pazienti fragili e promuovendo le raccomandazioni vaccinali contenute nei PDTA di varie patologie croniche (es. diabete, sclerosi multipla, insufficienza renale cronica, ecc.).

Contenuti

Alla luce dell'esperienza positiva durante la campagna vaccinale 2023-2024 antinfluenzale e anti SARS-CoV2 presso l'Ospedale Maggiore dell'Azienda USL di Bologna è stato avviato un progetto pilota in collaborazione tra Direzione Medica, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica.

- Coinvolgimento di UU.OO. di Medicina Interna, Geriatria, Medicina d'Urgenza, Cardiologia, Dialisi, Reumatologia e Endocrinologia
- Apertura di un **ambulatorio gestito da medici della igienisti Sanità Pubblica** con trasferimento di parte dell'attività territoriale
- Attivazione della possibilità di **richiesta di consulenza vaccinale per pazienti ricoverati nei reparti** identificati e per pazienti in carico agli ambulatori specialistici
- **Accesso settimanale del medico igienista nei reparti coinvolti** per valutare proattivamente lo stato vaccinale e i bisogni del paziente assieme ai clinici di riferimento

Conclusioni

La presentazione del progetto è stata accolta positivamente dalle UU.OO. coinvolte, poiché consente di intercettare pazienti anziani (età media ricoverati circa 78 anni), comorbidi, con problematiche sociali.

Grazie a questa integrazione ospedale-territorio si ha ottimizzazione dei tempi di erogazione di servizi sanitari attraverso una presa in carico multiprofessionale. Inoltre L'erogazione di più prestazioni in un unico accesso del paziente riduce gli spostamenti, le assenze da lavoro e le riorganizzazioni delle attività di vita quotidiana.



Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano
di Torino



MODELLI ORGANIZZATIVO-ASSISTENZIALI INNOVATIVI PER IL POTENZIAMENTO DEL TRANSITIONAL CARE MANAGEMENT

M.C. Azzolina¹, C. Carcieri¹, S. Scalpello¹, S. Passi², A. Bosio¹, G. Fazzina¹, A. Bo³, M.G. Dall'Acqua⁵, A. Gasco¹

¹) SC Farmacia Ospedaliera - AO Ordine Mauriziano, Torino
²) SC Direzione Sanitaria - AO Ordine Mauriziano, Torino
³) SS Controllo di Gestione - AO Ordine Mauriziano, Torino
⁴) Direttore Sanitario - AO Ordine Mauriziano, Torino
⁵) Direttore Generale - AO Ordine Mauriziano, Torino

INTRODUZIONE

La Balanced Scorecard (BSC), framework di gestione strategica per valutare e migliorare le performance ospedaliere, rappresenta per le Direzioni Sanitarie (DS) uno strumento prezioso di Transitional Care Management (TCM).

Il TCM è cruciale per assicurare coordinamento e continuità di cura ai pazienti e viene potenziato attraverso interventi eterogeni volti a monitorare le dimissioni, promuovere la centralità del paziente e contenere il rischio clinico.

In linea con PNRR e domiciliazione delle cure, le Strutture devono sviluppare una rete Ospedale-Territorio (H-T) efficace nel veicolare i pazienti attraverso i livelli di assistenza per intercettare tempestivamente eventi avversi/subaderenze e prevenire criticità correlate alle terapie potenziando attività, quali la Ricognizione e Riconciliazione Terapeutica (RRT), come richiesto da Ministero della Salute.

ACENAS sottolinea che l'implementazione delle RRT gestita da farmacisti è una delle migliori strategie ai fini del miglioramento della sicurezza del paziente.

In questa ottica, la DS dell'AO Ordine Mauriziano ha strutturato e potenziato un modello di TCM olistico, innovativo e dinamico, in grado di rispondere alla crescente domanda di salute emergente dai pazienti in transizione di cura, individuando la SC Farmacia Ospedaliera come punto strategico di monitoraggio, sviluppo di servizi e misurazione della performance.

CONTENUTI

Dal 2019 le attività sono state potenziate progressivamente e analizzate periodicamente attraverso le 4 Prospettive del modello BSC di Norton&Kaplan, per le quali si riportano i risultati attuali riferiti all'anno 2023.

- 23.454 pazienti assistiti (+34% vs 2019)
- 63 (+3% vs 2022) report di RRT/Follow-Up Terapeutico, di cui il 18% in Telefarmacia, tracciati a supporto dell'attività specialistica
- 7 Topic di monitoraggio intensivo (Interazioni farmacologiche, Reazioni avverse, Adesione, Discrepanze Non Intenzionali, Educazione terapeutica, Criticità H-T)
- 16.181 Schede RRT consegnate a pazienti/MMC (70% degli assistiti)

- Sperimentazione modello di dispensazione/autoregolazione di dispositivi medici
- Sviluppo di percorsi di home delivery del farmaco dei pazienti fragili e monitoraggio da remoto dell'aderenza
- Ecosostenibilità ottimizzata attraverso approccio propositivo ai flussi di lavoro



- Valori farmaci dispennati = 4Mr. € (+ 4,3% vs 2022)
- Ottimizzazione dei Flussi National File F
- Valore risparmio per SSR = 347.000 €
- Valutazione strutturata (analisi HTA/Capitolati tecnici) per innovazioni tecnologiche

- Potenziamento attività oggetto di Raccomandazioni Ministeriali
- Potenziamento del Risk Management (monitoraggi in fase di dimissione + autorizzazione logistica)
- Potenziamento della RRT (giornate urbane dedicate + aumento disponibilità di tempo attraverso l'autorizzazione logistica)
- Potenziamento della Qualità del servizio (diversezza delle attività + riconoscimento professionale + tracciabilità delle comunicazioni + riduzione time consuming)

CONCLUSIONI

Il modello di TCM attuato presso l'A.O. Ordine Mauriziano ha rappresentato un'opportunità di Governance delle transizioni di cura grazie all'applicazione di strumenti di pianificazione ed ottimizzazione della misurazione di processi ed outcome (qualità sicurezza dei pazienti, qualità dell'assistenza e corretta allocazione delle risorse) in un'area cruciale in forte fase di sviluppo e strutturazione.

49° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO - ANCONA, 21-22-23 MAGGIO 2024

Dott.ssa Chiara Carcieri: ccarcieri@mauriziano.it



MESVA
Dipartimento di Medicina Clinica,
Sanità Pubblica, Scienze della Vita
e dell'Ambiente



Formazione all'emergenza o emergenza formazione?

I bisogni formativi degli
Specializzandi in Igiene.

Iagnemma A.¹; Zotti N.²; Mimmo R.³; Sanna A.⁴
Granvillano G.⁵; Di Serafino F.²; Guicciardi S.⁶; Micolucci
G.⁷; Lepore A.R.⁸; Tusoni E.⁹; Fabiani L.¹⁰

¹ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva. Università degli studi dell'Aquila

² Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva. Università degli Studi di Pisa

³ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva. Università degli Studi di Torino

⁴ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva. Università degli Studi di Siena

⁵ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva. Università degli Studi di Città di Castello

⁶ Dirigente Medico Direzione Medica Ospedali Maggiore e Bellaria, ASL Bologna, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuroscienze, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

⁷ Direttore UOC Direzione Sanitaria PO. San Salvatore, ASL I Avellino-Salerno L'Aquila

⁸ Dirigente Medico Direzione Sanitaria PO. San Salvatore, ASL I Avellino-Salerno L'Aquila

⁹ Dottoranda in Medicina clinica e Sanità pubblica. Università degli Studi dell'Aquila

¹⁰ Professoressa Ordinaria di Igiene. Università degli Studi dell'Aquila

Parole chiave: Emergenza – Management – Formazione

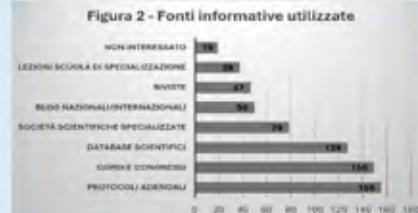
INTRODUZIONE

La Direzione Sanitaria assolve una funzione strategica essenziale nella gestione delle emergenze, che siano esse di origine ambientale o antropica, come industriali o informatiche. L'instaurarsi di situazioni di emergenza può, infatti, mettere in crisi il sistema di gestione, richiedendo interventi tempestivi ed efficaci, spesso di estrema complessità, che possono comportare modifiche strutturali temporanee ma prolungate, come ad esempio in risposta ad uno stato pandemico. La predisposizione di piani di risposta e di prevenzione richiede il possesso di conoscenze e competenze specifiche da parte dei futuri Professionisti del management sanitario. L'obiettivo del presente studio è, dunque, quello di valutare le conoscenze e i bisogni formativi degli Specializzandi italiani in Igiene e Medicina Preventiva nell'ambito della gestione delle emergenze.

CONTENUTI

All'interno del Gruppo di lavoro in Prevenzione e Gestione delle Emergenze della Società Italiana di Igiene, è stata promossa e realizzata una survey che ha coinvolto 289 medici provenienti da 41 scuole di specializzazione presenti sul territorio nazionale. Nell'ambito della survey sono stati valutati il grado di conoscenza degli argomenti dell'Emergenza in Sanità Pubblica, l'interesse per questo ambito e le fonti informative utilizzate dagli intervistati. Dei 289 partecipanti, poco più della metà (n=156) ha dichiarato di conoscere la differenza tra emergenza sanitaria o di salute pubblica e meno di un quarto (n=69) ha indicato di sapere come si struttura e si applica un Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF). (fig. 1).

Appena l'11% degli intervistati (n=32) ha dichiarato di conoscere e saper applicare la tabella di Maurer e solo il 12% (n=35) saprebbe gestire un magazzino per le emergenze. Infine, solo il 13% degli intervistati ha indicato di sapere come si articola un Incident Command System (ICS) o Hospital Incident Command System (H-ICS). In generale, il 72% dei partecipanti ha mostrato un basso grado di conoscenza delle tematiche. Tra le fonti informative utilizzate, oltre la metà degli intervistati ha indicato i protocolli aziendali (n=156), i corsi e congressi (n=150); seguono i database (n=128) e le società scientifiche (n=79). La formazione curricolare impartita all'interno delle scuole di specializzazione è risultata all'ultimo posto della lista, indicata come riferimento informativo da una sparuta minoranza (13%). (fig. 2)



In tema di emergenza, il 72% degli intervistati (n=195) ha dichiarato di attingere comunemente a più di una fonte informativa. Ogni intervistato utilizzerebbe, in media, tra le 2 e le 3 fonti informative per documentarsi sull'argomento. Solo una piccola parte degli intervistati ha dichiarato di non essere interessato all'emergenza in sanità pubblica (n=19).

CONCLUSIONI

A fronte di un grande interesse dichiarato per l'argomento, gli specializzandi italiani in Igiene e Medicina Preventiva hanno mostrato una scarsa conoscenza dei processi di gestione dell'emergenza. Sarebbe auspicabile che le scuole di specializzazione promuovessero, al loro interno e in maniera omogenea sul territorio, dei percorsi strutturati di formazione specifica sui temi legati alla prevenzione e gestione dell'emergenza, per creare generazioni di futuri dirigenti ospedalieri e territoriali consapevoli e preparati ad affrontare le future crisi che eventualmente potranno presentarsi.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA



Progetto PNRR: "Percorso assistenziale post-ospedaliero e di prevenzione dei ricoveri ripetuti per gli anziani fragili". L'esperienza degli Ospedali di Acireale e Giarre dell'Asp di Catania

R. Cunsolo^A, A. Cantarella^{▲▲}, R. Magro^{○○}, C. Barbagallo^{*}, V. Racchia^{*}, F. Denaro[§], G. Squillaci[×], O. Meli^{××}, M. Marino[†], S. Girianni[†], G. Di Mauro[○], R. Raciti[†], D. Castronovo^{*}, S. Piazza * *, S. Scala[○], Team PNRR^{▲▲}, A. Rapisarda[○]

Direttore Medico e RUP del Progetto PNRR, PO S. Maria e S. Venera Acireale - ^ADirettore Medico UOC Direzione Medica, PO S. Maria e S. Venera Acireale - [○]Assistente Sociale, PO S. Maria e S. Venera Acireale - ^{○○}Responsabile Attività infermieristiche, PO S. Maria e S. Venera Acireale - ^{▲▲}Collaboratore Amministrativo, PO S. Maria e S. Venera Acireale - ^{}Medico in formazione presso Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, UNIME - [†]Direttore UOC Coordinamento e Controllo ADI Cure Palliative RSA e Lungodegenere Ospedaliero - [×]Coordinatore UOC Coordinamento e Controllo ADI Cure Palliative RSA e Lungodegenere Ospedaliero - [§]Direttore Distretto sanitario Acireale + UVM Distrettuale Acireale - [○]Coordinatore UVM Distrettuale Giarre - [×]Responsabile UVM Distrettuale Giarre - [†]Direttore Distretto sanitario Giarre - [○]Direttore UOC Coordinamento Staff Direzione Generale - ^{**}Responsabile U.O.S. Processi di Internazionalizzazione di Area Sanitaria - [○]Direttore Dipartimento Ospedalità pubblica e privata - ^{▲▲}Team PNRR (Medici: D. Blandini, C. Di Giusto, M. Spinella; Psicologa: C. Giordano; Ass. le sociali: P. Fedito; OSS: D. Cattin, M.F. Di Marco; Informatori: G. Pichera, A. Giulotto; Ass. le amministrative: G. Pontillo) - [○]Direttore Sanitario Aziendale

Commissario Straordinario, Azienda Sanitaria Provinciale di Catania: dott. Giuseppe Laganga Senzio

INTRODUZIONE

- La gestione dell'anziano fragile (>65 anni) come **sfida sanitaria ed economica** per il SSN
- **Obiettivo del Progetto**= migliorare i percorsi di continuità assistenziale per gli anziani fragili ospedalizzati, mediante:
 - ✓ La riduzione dei tempi di degenza ospedaliera
 - ✓ Il miglioramento della permanenza al domicilio
 - ✓ La prevenzione degli accessi ripetuti in Pronto Soccorso



Ospedale di Acireale



Ospedale di Giarre

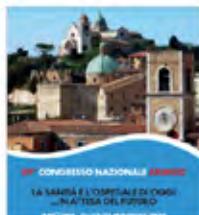
CONCLUSIONI

- Messa in atto del principio di "deospedalizzazione"
- Rilevante opportunità di **sinergia e collaborazione** tra l'**Ospedale** (Medici ed UVM ospedaliera) e il **Territorio** (Distretti sanitari, UVM territoriali, MMG, Specialisti)
- Possibilità di introdurre nel SSR **nuove forme di setting assistenziali**, dedicati ai pazienti fragili
- Occasione per valutare l'impatto sia sul miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'**outcome clinico** e sia sulla spesa sanitaria

CONTENUTI

- **TARGET:** n.270 pazienti da reclutare (nel periodo marzo 2024-giugno 2025) tra i ricoverati nei PP.OO. di **Acireale** e **Giarre** e residenti nei Comuni dei relativi Distretti sanitari
- **Valutazione multidimensionale:** eseguita, a cura della UVM ospedaliera, in corso di ricovero con redazione di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)
- **Monitoraggio domiciliare:** avviato dopo la dimissione (anche con telemedicina), con sorveglianza dello stato di salute del pz e della sua compliance alla terapia domiciliare e al PAI
- **Intercettazione precoce** dei cambiamenti nei bisogni del pz e del suo caregiver, in collaborazione con le altre figure coinvolte nell'assistenza (primo su tutti il medico di MMG)
- **Adozione di un Protocollo operativo:** aspetti gestionali condivisi tra Ospedale e Territorio





Presentazione progetto «TEIA»

Telemedicina in Oftalmologia

Mastromatteo A. M¹, Tanga L¹, Oddone F¹, Varano M¹ and Stirpe M¹

¹-Fondazione GB Bietti, -ONLUS -IRCCS, Rome, Italy



Parole Chiave: Telemedicina, Oftalmologia, Glaucoma

Contatti: lucia.tanga@fondazionebietti.it

Introduzione

«Teia: Titanide della Luce»

Il glaucoma è una malattia cronico-degenerativa a carattere evolutivo caratterizzata da alterazioni del nervo ottico e si manifesta con la riduzione progressiva e irreversibile del campo visivo.



In Italia i casi accertati sono circa 550.000 e la loro incidenza aumenta con l'età interessando più del 10% dei soggetti al di sopra dei 70 anni.

Con l'aumentare della gravità della malattia aumentano i costi diretti associati con il trattamento (personale sanitario, indagini diagnostiche, ospedalizzazione), ai quali si aggiungono i costi indiretti (giorni di assenza dal lavoro, invalidità visiva) e i costi intangibili che incidono sulla qualità di vita di pazienti.

La diagnosi precoce, il trattamento appropriato, il controllo della progressione, rappresentano, quindi, il modo migliore per preservare la funzione visiva e la qualità della vita dei pazienti garantendo un risparmio economico e sociale per il sistema sanitario

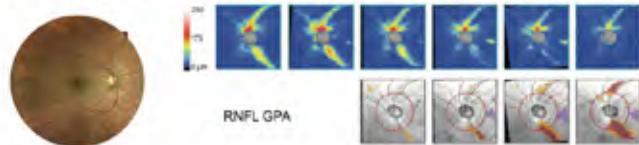
Contenuti

Scopo del progetto pilota è quello di sperimentare un modello assistenziale che assicuri la continuità delle cure al paziente affetto dalla malattia cronica glaucomatosa verificandone la fattibilità, l'appropriatezza ed i risultati gestionali raggiunti.

Il progetto propone la creazione di un **Glaucoma Point of Care (GPC)** gestito dalla struttura ospedaliera di II livello e dotato di tutta la strumentazione necessaria, collegata in rete attraverso l'utilizzo della piattaforma applicativa «Novamed, Innovation Group» condivisa con il centro ospedaliero Fondazione G.B. Bietti per la corretta gestione e follow-up del paziente glaucomatoso.

Il glaucoma Point of Care è dotato di tutte le apparecchiature idonee (campimetro, OCT e fundus camera, tonometro ad applanazione di Goldmann) a valutare la stabilità della malattia glaucomatosa.

I pazienti con diagnosi di glaucoma o di ipertensione oculare in cui l'oculista ha già individuato il piano diagnostico terapeutico individualizzato sono sottoposti alle misurazioni necessarie al fine di valutare la stabilità del quadro anche in un'altra sede ovvero nel GPC.



Tali misurazioni verranno condotte da un assistente in oftalmologia presso il GPC della IRCCS Fondazione G.B. Bietti sul territorio

I risultati delle analisi saranno valutate dall'oculista specialista in glaucoma che provvede alla telerefertazione e alla televisita necessarie per il corretto follow-up del paziente.

Conclusioni

Il modello organizzativo promuove la continuità assistenziale e terapeutica utilizzando nel modo più congruo le risorse, realizza un filtro indispensabile nell'approccio al centro specializzato, migliorare l'efficacia dei servizi erogati e ottimizzare l'utilizzo delle risorse, migliorando l'efficacia clinica

Risultati attesi

- ✓ migliorare la continuità assistenziale, riducendo gli ingressi ospedalieri
- ✓ educare e stimolare i pazienti al fine di mantenere contatti regolari con il proprio medico
- ✓ razionalizzare i processi sociosanitari con un possibile impatto sul contenimento della spesa



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

LISTE E TEMPI D'ATTESA NEI SERVIZI SANITARI: UN'ANALISI BIBLIOMETRICA DA UN DATABASE INTERNAZIONALE

E. Capogna¹, C. Scarfagna¹, V. Tricomi¹, V. De Vita¹, G. Fevola¹, G. Gabrielli¹, G. Damiani¹, W. Ricciardi¹, M.R. Gualano².

1 Sezione di Igiene, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore - Campus di Roma, Roma, Italia

2 UniCamillo-Saint Camillus International University of Health Sciences, Rome, Italy

PAROLE
CHIAVE

**liste d'attesa
servizi sanitari
qualità dell'assistenza**

INTRODUZIONE

Nel contesto dei sistemi sanitari moderni, la gestione efficace delle liste d'attesa è fondamentale per garantire la soddisfazione del paziente e migliorare la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria, andando a toccare una serie di diritti che i cittadini considerano fondamentali e irrinunciabili, come il diritto alla salute, l'equità nell'accesso alle prestazioni e l'appropriatezza delle cure. Tuttavia, come esacerbato anche dalla pandemia da Covid-19, si tratta di una gestione che presenta diverse criticità, richiedendo grande attenzione da parte di tutti i professionisti coinvolti. Secondo una recente indagine svolta da EngageMinds Hub, 9 italiani su 10 ritengono che questa problematica sia la principale causa della loro insoddisfazione rispetto ai servizi sanitari.

CONTENUTI

Lo scopo di questa analisi bibliometrica è analizzare la produzione scientifica relativa alle liste d'attesa nei servizi sanitari, esaminando i trend nel tempo, le fonti di pubblicazione, gli autori più prolifici e le aree geografiche più attive, in modo da comprendere come sia cambiata l'attenzione che la comunità scientifica ha dedicato a tale questione.

Al fine di condurre l'analisi è stato utilizzato il database bibliometrico di Scopus e le seguenti parole chiave: waiting list, waiting time, patient queue, queue management, patient satisfaction, patient experience e patient care quality.

Sono stati inclusi tutti gli articoli pubblicati dal 1975 al 2023, senza restrizione di lingua. I domini di interesse analizzati sono: numero di pubblicazioni per anno, fonte rivista, autore, affiliazione, Paese, tipologia di pubblicazione, finanziamenti ricevuti e area di interesse.

Secondo la metodologia descritta sono risultati dalla ricerca 9.518 articoli. La nostra analisi ha mostrato un trend in continuo aumento del numero di pubblicazioni per anno, con un picco per l'anno 2023 che ne conta il maggior numero (N=873). Le riviste appartenenti a grandi gruppi editoriali, come BMC Health Service Research, BMJ Open e PLOS ONE risultano le fonti di pubblicazione più prolifiche negli anni considerati. Gli Stati Uniti si sono confermati come leader nella produzione scientifica, seguiti dal Regno Unito e dall'Australia, mentre l'Italia si posiziona al decimo posto. Le istituzioni ad aver contribuito maggiormente sono risultate essere University of Toronto, University of Melbourne ed il King's college London. La maggioranza degli articoli individuati afferisce all'area "medicine" (75,7%), seguita da "nursing" (11,6%) e "social sciences" (6,2%).

CONCLUSIONI

La nostra analisi evidenzia un crescente interesse verso le liste dattesca dei sistemi sanitari da parte della comunità scientifica. I risultati forniti dallo studio forniscono una panoramica approfondita della ricerca nel campo delle liste dattesca, evidenziando aree di interesse e potenziali sviluppi nell'ambito della gestione delle liste dattesca nei servizi sanitari. I limiti di questo studio includono la selezione limitata ad un database ed il fatto che questo consiste in una prima esplorazione dell'argomento che sarà approfondita tramite l'utilizzo di software ad hoc, oltre a quelli impliciti nella natura di una ricerca bibliometrica. Per migliorare la comprensione delle liste dattesca nell'assistenza sanitaria, ulteriori studi dovrebbero prendere in considerazione diverse fonti.





Ospedale che vaccina: l'esempio di integrazione tra Ospedale di Pontedera e Dipartimento di Prevenzione

Francesca Di Serafino¹, Francesco Aquino², Simone Lorenzo Romano², Antonio Procopio¹, Sara Civitelli¹, Caterina Rizzo¹, Piero Cibeca³, Luca Nardi²

¹ Dipartimento di Ricerca Traslazionale 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

³ Dipartimento di Prevenzione VDE AVC, Azienda USL Toscana Nord Ovest

INTRODUZIONE

La pandemia da Covid-19 ha messo in luce l'importanza cruciale dei vaccini nel mitigare la gravità dei casi clinici, le ospedalizzazioni e i decessi correlati al virus, soprattutto nei soggetti fragili.

Questi stessi pazienti, immunodepressi, dializzati, diabetici, cardiopatici, sono soggetti a rischio aumentato di contrarre malattie infettive per le quali sono disponibili vaccini sicuri ed efficaci, che hanno dimostrato di ridurre fortemente sia le infezioni che le complicanze ad esse correlate.

Tali vaccinazioni necessitano, in alcuni casi, di particolari calendarizzazioni, da qui l'esigenza di definire percorsi vaccinali specifici per tipologia di paziente, in relazione alle immunizzazioni necessarie.

Allo stato attuale, tuttavia, la percentuale delle categorie a rischio che usufruisce effettivamente dell'offerta vaccinale non risulta soddisfacente. I motivi alla base di questa criticità sono da ricercarsi in una scarsa conoscenza da parte dei pazienti su tale possibilità e una bassa consapevolezza dei rischi correlati a determinate patologie e dei vantaggi garantiti dalle vaccinazioni in termini di salute. Inoltre, sicuramente risulta strategico anche implementare l'interscambio multidisciplinare con i medici al fine di condividere gli aggiornamenti e i più recenti indirizzi nel campo delle vaccinazioni di questi pazienti.

CONTENUTI

L'esperienza di più stretta collaborazione, per la vaccinazione in ambiente protetto tra ospedale e territorio e in particolare tra il Presidio ospedaliero F. Lotti e il Dipartimento di Prevenzione di Pontedera iniziata nel periodo della pandemia COVID-19, ha favorito la convinzione di un ruolo strategico e selezionato dell'ospedale per una più facile vaccinazione di categorie di pazienti fragili e allergici.

Il progetto denominato "Ospedale che Vaccina" ha l'obiettivo di promuovere la vaccinazione dei soggetti a rischio creando una continuità tra il momento dell'assistenza e la successiva prescrizione specialistica di una consulenza vaccinale che dovrà essere inquadrata nell'ambito dello stesso percorso di cura.

Il progetto pilota ha visto come primi protagonisti i pazienti afferenti al Servizio Nefrologia e Dialisi. Con la collaborazione della Direzione Medica di Presidio che ha individuato prontamente gli spazi necessari, con la conoscenza del personale medico e infermieristico del servizio stesso e con la disponibilità del medico vaccinatore afferente al Dipartimento di Prevenzione è stato possibile avviare il percorso con la corretta individuazione dei pazienti fragili, in questo caso trapiantati, dializzati e in attesa di trapianto. Tramite una corretta impostazione temporale della schedula vaccinale concordata col paziente è stato, quindi, possibile completare i cicli necessari entro i tempi stabiliti prima dell'eventuale trapianto.

CONCLUSIONI

La scelta dell'Ospedale come luogo dove effettuare le vaccinazioni in quest'ottica rappresenta un vantaggio sia dal punto di vista logistico per il paziente, in considerazione dei maggiori collegamenti a livello infrastrutturale e di mezzi pubblici rispetto agli ambulatori afferenti al Dipartimento di Prevenzione, sia in termini di riconoscibilità per il malato, che è così portato a vedere la vaccinazione come una naturale prosecuzione del percorso di cura. Per questi pazienti, infatti, il patient journey viene ampliato con la consulenza vaccinale che deve far parte della presa in carico multidisciplinare del paziente fragile.

Parole chiave: Ospedale che vaccina, vaccinazione per soggetti fragili, patient journey

L'OBI Chirurgico: un modello organizzativo per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso

A. Pellacchia¹, R. Millevolte¹, N. Buonora², G. Vallesi³, C. Ceccarelli⁴, T. Tedesco⁵
¹Medico in formazione spec. Igiene e Med. Preventiva UNIPG con contratto collab. Direzione Medica USL Umbria 1
²Dirigente Medico Direzione Medica Ospedale di Assisi - USL Umbria 1
³Dirigente Medico Direzione Medica Ospedale Media Valle del Tevere - USL Umbria 1
⁴Coordinatrice Int. Flussi Informativi Direzione Sanitaria P.O. Gubbio-Gualdo Tadino - USL Umbria 1
⁵Direttore Medico ff. P.O. Gubbio-Gualdo Tadino e POU - USL Umbria 1

Parole chiave: OBI Chirurgico, Sovraffollamento, PS

INTRODUZIONE
L'OBI Chirurgico si configura come un'opportunità del medico d'urgenza quando, dopo il primo inquadramento in PS, non sia definibile il percorso più idoneo alla gestione del singolo caso di un paziente con sospetta diagnosi di natura chirurgica.
A differenza dell'OBI di PS, l'OBI Chirurgico dà avvio alla diretta presa in carico del paziente da parte dello specialista chirurgo e relativa assistenza infermieristica della Chirurgia.
L'OBI chirurgico non solo permette di assicurare il corretto inquadramento diagnostico/terapeutico in tempi brevi e la sicurezza delle cure ma è anche un'efficace strategia organizzativa per la riduzione del sovraffollamento in PS e per garantire un miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri in ambito chirurgico con riduzione dei DRG medici.

CONTENUTI
Presso il Presidio Ospedaliero di Gubbio-Gualdo Tadino l'OBI Chirurgico è stato introdotto nel dicembre 2022 con 4 posti letto dedicati nella UO di Chirurgia.
Al fine di valutarne l'efficacia nel ridurre il sovraffollamento in PS, sono stati presi in considerazione due periodi (1/12/2021-30/11/2022 e 1/12/2022-30/12/2023) uno antecedente e uno successivo all'introduzione dell'OBI Chirurgico, confrontandone i dati mensili. I dati estratti sono stati: OBI Chirurgici attivati per mese, OBI di PS attivati per mese, DRG medici e DRG totali per mese dell'U.O. Chirurgia.
Dall'analisi descrittiva si osserva che sono stati attivati 242 OBI Chirurgici, con una media mensile di 20,2. Dal confronto tra i due periodi emerge come gli OBI di PS siano passati da 1252 (media mensile 104,3) a 1133 (media mensile 94,4), mostrando un decremento del 9,5% (119 unità). Dal confronto mensile, si osserva una riduzione degli OBI di PS in tutti i mesi, ad eccezione di marzo ed ottobre. Nello stesso periodo, si riscontra una variazione della percentuale di DRG medici sul totale dei DRG di Chirurgia, con una riduzione della media mensile dal 29,8% al 21,3%.
Tale decremento di OBI di PS è indicativo di una riduzione del sovraffollamento del PS e di una migliore presa in carico del paziente chirurgico; allo stesso tempo la riduzione della percentuale di DRG medici in Chirurgia mostra un miglioramento nell'appropriatezza del setting assistenziale.

CONCLUSIONI
L'OBI Chirurgico attivato nel P.O. di Gubbio Gualdo Tadino, oltre ad essere un'ottima strategia organizzativa per garantire l'appropriatezza delle cure e la riduzione dei costi, si è dimostrato efficace nel ridurre il sovraffollamento in PS.

Mese	OBI 2021-2022	OBI 2022-2023	% DRG med 2021-2022	% DRG med 2022-2023
dic	1252	104,3	29,8%	35%
gen	105	90	25%	30%
feb	105	90	22%	25%
mar	105	1133	20%	30%
apr	125	100	22%	25%
mag	105	90	25%	28%
giu	105	90	22%	25%
lug	105	90	25%	22%
ago	105	90	28%	25%
set	85	70	25%	20%
ott	105	1133	22%	25%
nov	105	85	20%	22%



Privacy nelle Strutture Ospedaliere: l'Istruzione Operativa del P.O. di Gubbio-Gualdo Tadino e POU

R. Millevolte¹, A. Pellacchia¹, N. Buonora², G. Vallesi³, T. Tedesco⁴



¹Medico in formazione spec. Igiene e Med. Preventiva UNIPG con contratto collab. Direzione Medica USL Umbria 1

²Dirigente Medico Direzione Medica Ospedale di Assisi - USL Umbria 1

³Dirigente Medico Direzione Medica Ospedale Media Valle del Tevere - USL Umbria 1

⁴Direttore Medico f.f. P.O. Gubbio-Gualdo Tadino e POU - USL Umbria 1

Parole chiave

Privacy, Ospedale, Istruzione operativa

Introduzione

La tutela della riservatezza dei dati dell'utente costituisce un imperativo deontologico per ogni operatore sanitario in ogni passaggio dell'articolato percorso dei dati, dalla raccolta all'archiviazione.

All'interno delle Strutture Ospedaliere la tutela della privacy avviene mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati sensibili, nel rispetto del Regolamento Europeo 679/2016 e del Codice Privacy (D.Lgs n.196/2003 e s.m.i.), nonché del provvedimento n.55/2019 del Garante della Privacy.

Contenuti

Presso il Presidio Ospedaliero di Gubbio-Gualdo Tadino e del Presidio Ospedaliero Unificato, comprendente gli Ospedali di Assisi, Castiglione del Lago e Media Valle del Tevere (Azienda USL Umbria 1), la corretta gestione dei dati è stata regolamentata e trasmessa a tutti gli operatori sanitari e non sanitari attraverso la stesura di un'istruzione operativa, avente il fine di illustrare in maniera sintetica la normativa in materia di Privacy e di fornire delle misure organizzative atte al rispetto della stessa. L'istruzione è stata articolata nei seguenti punti:

- La normativa in materia di protezione dati personali – caratteri generali
- Figure
- Responsabilità e vigilanza sulla compilazione, tenuta e consegna
- Misure di sicurezza dei documenti e degli archivi cartacei
- Comunicazioni esterne
- Condivisione di documenti elettronici
- Gestione delle postazioni di lavoro
- Misure di sicurezza organizzative per il rispetto della dignità degli interessati

L'Istruzione Operativa è stata corredata di un apposito Modulo per la Nomina dei soggetti "Autorizzati": tutti coloro che, per la propria mansione, trattano dati sensibili. Attraverso questo documento i Responsabili delle Unità Operative (Designati del trattamento) nominano gli Autorizzati della propria U.O. al trattamento dei dati.

Per diffondere in maniera chiara i contenuti dell'Istruzione sono state organizzate delle riunioni con i Responsabili medici ed i Coordinatori delle professioni sanitarie.

La verifica dell'applicazione dell'Istruzione è stata condotta attraverso la pianificazione di sopralluoghi presso ogni Unità Operativa, con l'ausilio di una check list contenente una sintesi delle indicazioni della procedura.

Conclusioni

La complessità della normativa in materia di Privacy ha indotto la Direzione Medica a produrre un'istruzione operativa utile alla semplificazione e alla trasmissione delle regole e dei modelli organizzativi riguardanti il trattamento dei dati sensibili per dare supporto agli operatori del Presidio Ospedaliero di Gubbio-Gualdo Tadino e del Presidio Ospedaliero Unificato.

La verifica nelle singole U.O. ha permesso di accertare la corretta attuazione della procedura e, al tempo stesso, di identificare eventuali criticità e trovare soluzioni personalizzate per ogni Servizio.

Arte che Cura

Il progetto di valorizzazione artistica nell'ingresso dell'Ospedale Alta Valdelsa
PERUZZI V.1, NANTE N.1, 2, FANTI E. 1, CAMPANILE L. G.3

1-Scuola Post Laurea di Santa Pubblica - Università di Siena - 2-Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo - Università di Siena
3-Direzione Medica di Presidio, I.O dell'Alta Val d'Elsa, Azienda USL Toscana Sud Est

Introduzione

GLI OSPEDALI SONO SPESO ASSOCIATI A PARETI BIANCHE STERILI E AMBIENTI IMPERSONALI, CHE POSSONO ACCENTUARE IL SENSO DI ISOLAMENTO E STRESS PER I PAZIENTI CHE VI ENTRANO.
L'ARTE PUÒ OFFRIRE UNA FORMA DI SVAGO CHE PERMETTE ALLE PERSONE DI IMMERGERSI IN UN'ESPERIENZA ESTETICA POSITIVA.

IL PO ALTA VALDELSA È UN PUNTO DI RIFERIMENTO PER L'ASSISTENZA SANITARIA DI TUTTA L'AREA VALDELSANA, PER UN TOTALE DI 62.504 ABITANTI CHE RAPPRESENTANO SOLO IL 59% DEI PAZIENTI AFFERENTI ALL'OSPEDALE. L'OSPEDALE HA INFATTI DEMONSTRATO NEGLI ANNI DI RIUSCIRE AD ATTRARRE PAZIENTI DAI COMUNI LIMITROFI PER UN ULTERIORE 23,4%

UNO DEI PUNTI PIÙ RICONOSCIUTI DELL'INTERO PRESIDIO OSPEDALIERO È OVVIALEMENTE IL SUO INGRESSO CHE A CAUSA DI ALCUNI LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE, ERA TORNATO AD AVERE UNA PARETE BIANCA E VUOTA.
NASCE L'IDEA DI VALORIZZARE IL LUOGO CHE OGNI GIORNO ACCOGLIE PAZIENTI, UTENTI E DIPENDENTI DELLA VALDELSA E OLTRE.

È STATO, QUINDI REALIZZATO UN CONCORSO DAL TITOLO "ARTE CHE CURA" CON I SEGUENTI STEP:

1. DEFINIRE LE REGOLE PER LA PARTECIPAZIONE, REQUISITI DI FORMATO DEI BOZZETTI E SPECIFICHE TECNICHE
2. SELEZIONARE UNA GIURIA COMPOSTA DA ARTISTI, PERSONALE DELL'AZIENDA, SOGGETTI ESTERNI.
3. PIANIFICARE UN BUDGET PER LA REALIZZAZIONE E L'INSTALLAZIONE DEL MURALE, CONSIDERANDO MATERIALI, ONORARIO DELL'ARTISTA VINCITORE E ALTRI COSTI ASSOCIATI.
4. UTILIZZARE DIVERSI CANALI DI COMUNICAZIONE PER PROMUOVERE IL CONCORSO, RAGGIUNGENDO UN PUBBLICO AMPIO E DIVERSIFICATO.
5. STABILIRE UNA SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DEI BOZZETTI E FORNIRE UN METODO PER L'INVIO, RICHIEDENDO INFORMAZIONI COME IL NOME DELL'ARTISTA E UNA DESCRIZIONE CHE ACCOMPAGNA IL BOZZETTO.
6. STABILIRE CRITERI DI VALUTAZIONE COME CREATIVITÀ, ADATTABILITÀ ALL'OSPEDALE, SIGNIFICATO EMOTIVO, FATTIBILITÀ TECNICA, CURRICULUM DELL'ARTISTA.
7. COMUNICAZIONE AI PARTECIPANTI DEI RISULTATI DEL CONCORSO E SELEZIONE DEL VINCITORE.

INFINE, È STATO SCELTO UN PROGETTO CHE VEICOLASSE I SEGUENTI MESSAGGI:

- LA SANITÀ PUBBLICA È DI TUTTI
- L'OSPEDALE È UN LUOGO CHE ACCOGLIE PER ACCOMPAGNARE IL PROCESSO DI CURA
- GLI OPERATORI SANITARI CON LA LORO DEDICAZIONE SONO LA BASE DELLA SALUTE PUBBLICA

Conclusioni

QUESTO PROGETTO SI PONE COME UN PONTE TRA L'ARTE E LA SANITÀ, RICONOSCENDO IL POTERE DELLE ESPRESSIONI CREATIVE NEL CONTESTO OSPEDALIERO E OFFRENDO UN'ESPERIENZA PIÙ UMANA E POSITIVA PER COLORO CHE ATTRAVERSERANNO LA PORTA DELL'OSPEDALE.



Focused factory oculistica – riorganizzazione dell’attività chirurgica in AUSL Bologna

Po G¹, Beoni J², Carnuccio V¹, Guicciardi S², Lazzari C², Mazzoli S³, Nicoletti M⁴, Rallo F², Ricci M³, Riso M⁴, Tassoni A⁵

¹ UOC Direzione Medica Ospedali SPOKE, Dipartimento della Rete Ospedaliera, AUSL Bologna

² UOC Direzione Medica Ospedali Maggiore e Bellaria, Dipartimento della Rete Ospedaliera, AUSL Bologna

³ Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum Università di Bologna

⁴ UOC Oculistica, Dipartimento Chirurgie Specialistiche, AUSL Bologna

⁵ UOC Govemo dei Percorsi Specialistici, AUSL Bologna

Parole chiave

Focused Factory – Liste di attesa – Percorso Chirurgico

Introduzione

Il progressivo invecchiamento della popolazione genera una richiesta sempre maggiore di prestazioni. In ambito chirurgico oculistico gran parte delle liste d’attesa è costituita da patologie ad alta incidenza e bassa complessità, che necessitano di interventi erogabili in regime ambulatoriale o in day surgery.

L’Azienda USL di Bologna ha riorganizzato l’attività oftalmologica attraverso un percorso omogeneo per il paziente capace di coniugare l’approccio di prossimità dei servizi sanitari all’efficientamento derivante dalla concentrazione di casistica in un’unica struttura seguendo il modello *focused factory*.

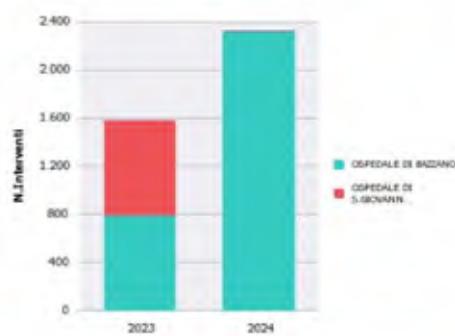
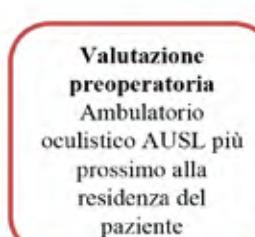
La concentrazione dell’attività consente inoltre la costruzione di percorsi specifici a tutela di pazienti con particolari condizioni di fragilità (grandi anziani, oncologici, ecc).

Contenuti

La riorganizzazione dell’attività chirurgica è stata attuata a partire dall’inizio del 2024 mediante il trasferimento delle ore di sala operatoria oculistica dall’Ospedale di San Giovanni in Persiceto all’Ospedale di Bazzano, che ad oggi concentra la casistica a medio-bassa complessità (cataratta, chirurgia palpebrale e delle vie lacrimali) erogata in regime ambulatoriale e di *day surgery*.

Il progetto è nella sua fase di avvio e, attraverso la concentrazione di casistica, punta al recupero dei livelli di produttività pre-COVID (9200 interventi/anno) nonostante la riduzione delle risorse disponibili.

La chirurgia oculistica di alta complessità rimane ad oggi in carico al centro Hub dell’AUSL Bologna. In ottica di prossimità, il paziente svolge il suo intero percorso pre- e post- operatorio nell’ambulatorio oculistico più prossimo al suo domicilio.



Conclusioni

Ad oggi, la concentrazione della casistica ha permesso di incrementare i livelli di produzione con conseguente impatto sulle liste d’attesa consentendo, al contempo, di ridurre i possibili disagi organizzativi per i pazienti e di aumentare le competenze intervento-specifiche degli operatori come da modello che punta ad aumentare la *performance* e diminuire la variabilità di *outcome*.



Indagine di prevalenza per intensità di cura e complessità assistenziale negli ospedali dell'AUSL Bologna

Guicciardi S¹, Beoni J¹, Lazzari C¹, Mazzoli S⁴, Paciotti M³, Po G², Rallo F¹, Ricci M⁴

¹ U.O. Direzione medica Ospedali Maggiore e Bellaria – Azienda USL di Bologna

² U.O. Direzione medica Ospedali Spoke – Azienda USL di Bologna

³ Dirigente delle professioni sanitarie dipartimento assistenziale, tecnico e riabilitativo AUSL Bologna

⁴ Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Parole chiave

Intensità di cura, organizzazione delle cure, modello Hub & Spoke

Introduzione

In un periodo di aumento di fragilità e cronicità dei pazienti e di necessità di ottimizzazione delle risorse risulta essenziale la riorganizzazione della rete ospedaliera.

Il seguente lavoro si pone come obiettivo la mappatura e il confronto della tipologia di pazienti afferenti alle UU.OO. di Medicina Interna degli Ospedali Hub e Spoke dell'Azienda USL di Bologna, per allocare nel modo più corretto possibile le risorse sulla base di un modello per intensità di cura.

Contenuti

L'età media dei pazienti ricoverati nell'Ospedale Hub era $76,9 \pm 12,6$ anni durante le due rilevazioni, mentre quella negli ospedali Spoke era $77,9 \pm 12,6$ anni. Non risulta una rilevante differenza, anche se lievemente maggiore negli Ospedali Spoke.

I pazienti aventi un'alta instabilità clinica (NEWS ≥ 7) erano 38 (12,75%) per l'Hub, considerando contemporaneamente prima e seconda rilevazione, e 44 (12,12%) negli Ospedali Spoke.

I pazienti richiedenti un'alta complessità assistenziale (IDA 11-7) per l'Hub erano 30 (10,07%), considerando prima e seconda rilevazione, mentre per gli Ospedali Spoke erano 19 (5,23%).

Materiali e metodi

Tra gennaio e aprile 2023 sono state eseguite due rilevazioni sui pazienti ricoverati presso le Unità Operative di Medicina Interna dell'Ospedale Maggiore di Bologna (Hub) e due rilevazioni per i pazienti ricoverati presso i reparti di Medicina Interna degli Ospedali della rete Spoke (Porretta, Vergato, Bentivoglio, Bazzano, Budrio, San Giovanni in P.) dell'AUSL di Bologna.

Dei pazienti sono stati analizzati:

- età media con deviazione standard (DS);
- National Early Warning Scale (NEWS), scala internazionale utilizzata per valutare la stabilità clinica;
- Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA), una scala italiana che valuta la complessità assistenziale richiesta da un paziente.

I pazienti coinvolti nell'indagine sono stati, per l'Ospedale Hub 151 durante la prima rilevazione e 147 durante la seconda rilevazione per un totale di 298 pazienti. Per quanto riguarda gli Ospedali Spoke sono stati monitorati 191 per la prima rilevazione e 172 per la seconda, con un totale di 363 pazienti.

Grafici e tavole:

	BASSA INTENSITÀ	MEDIA INTENSITÀ	ALTA INTENSITÀ
National Early Warning Score (NEWS)	NEWS 0-4	NEWS 5-6	NEWS ≥ 7
Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA)	IDA 28-20	IDA 19-12	IDA 11-7

Tabella 1. Intensità di National Early Warning Scale (NEWS) e Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA).

	Rilevazioni Hub	Rilevazioni Spoke
Numero di pazienti	N=298	N=363
Età media in anni \pm DS	$76,9 \pm 12,6$	$77,9 \pm 12,6$
Pazienti con NEWS ≥ 7	N=38 (12,75%)	N=44 (12,12%)
Pazienti con IDA 11-7	N=30 (10,07%)	N=19 (5,23%)

Tabella 2. Risultati indagine.

Conclusioni

Per quanto i pazienti ricoverati tra Hub e Spoke dell'AUSL di Bologna risultino simili come età media e livello di instabilità clinica, differiscono per l'intensità dell'assistenza che necessitano. Il 4,84% in più dei pazienti ricoverati nell'Ospedale Hub necessita di alto livello di assistenza infermieristica, rispetto agli Spoke, a parità di pazienti con alto livello di instabilità clinica.

Questo è un dato utile al fine dell'ottimizzazione delle risorse infermieristiche e della distribuzione dei letti medici ad alta intensità, che già trovano conferma nell'attuale setting organizzativo della rete ospedaliera dell'AUSL Bologna.

Analisi Comparativa dei Modelli di Assistenza Primaria per la Gestione Integrata del Paziente Cronico in Italia, Belgio, Spagna, Portogallo e Regno Unito

Pietro Melodia¹, Isabella Trezzi², Giacomo Crotti³, Alberto Zucchi¹, Stefano Capolongo⁴, Carlo Signorelli¹

1- Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Vita-Salute San Raffaele; 2 - Direzione Generale, ATS Bergamo; 3- Servizio Epidemiologia Aziendale ATS Bergamo ; 4 - Design & Health Lab, Dept. ABC, Politecnico di Milano.

Introduzione

La Conferenza Mondiale sull'Assistenza Sanitaria di Base svoltasi ad Astana nell'Ottobre 2023, sponsorizzata da OMS e UNICEF, ha ribadito l'importanza di un'assistenza primaria integrata, coinvolgendo diverse professioni per le necessità della comunità. Secondo il report World Health Statistics 2023 dell'OMS, le malattie croniche non trasmissibili costituiranno l'86% dei decessi entro il 2050. In Italia, seguendo il PNRR del 2021 e il Decreto Ministeriale 77/22, sono stati sviluppati modelli per l'assistenza territoriale, promuovendo una gestione integrata del paziente cronico e una migliore integrazione con le strutture ospedaliere attraverso le Case di Comunità. In Europa, modelli consolidati di Assistenza Primaria si basano su equipes multidisciplinari. Questo studio confronta i sistemi di cinque realtà diverse: l'ATS di Bergamo (Italia), l'AVIQ della Regione Vallonia (Belgio), il SAS a Siviglia (Spagna), l'ACES di Lisbona (Portogallo) e l'NHS del Nord Ovest di Londra (Regno Unito).

Contenuti

Secondo i dati del World Health Statistics (tab.1), solo Belgio e Portogallo presentano almeno un medico di famiglia ogni 1000 assistiti, con la migliore copertura universale per le malattie croniche non trasmissibili. L'Italia ha la minore probabilità di ammalarsi di patologie croniche, eccezion fatta per l'ipertensione.

Nazione	Popolazione (1000) 2021	MMG	MMG/1000 abitanti	% UHC per malattie croniche non trasmissibili	Probabilità di scontrarsi di CVB, cancro, diabete, CRD tra i 30 anni e i 70 anni esatti (%) 2019	Consumo totale di alcol pre capite (≥ 15 anni esclusi) (litri di alcol pure) 2019	Prevalenza standardizzata per età dell'ipertensione tra gli adulti di età compresa tra 15 e i 79 anni (%) 2019	Prevalenza dell'obesità tra bambini e adolescenti (5-19 anni) (%) 2016	Prevalenza standardizzata per età dell'obesità tra gli adulti (18+ anni) (%) 2016	Prevalenza standardizzata per età del consumo di tabacco tra persone di 15 anni e più (%) 2016
Belgio	11 611	13697 (2020)	1.17	72	10,6	10,3	30,0	7,0	22,1	23,4
Regno Unito	67281	54502 (2021)	0,81	68	10,3	10,8	26,4	10,2	27,8	15,4
Italia	59240	50036 (2021)	0,88	71	9,0	8,0	33,8	12,5	19,9	23,1
Portogallo	10290	30098 (2020)	2,92	74	11	10,4	32,3	10,4	20,8	25,4
Spagna	47487	43302 (2020)	0,91	68	9,6	10,9	27,2	10,8	23,8	27,7
Europa	746,4 M	1.82 M (2021)	2,43	60-80	16,3	9,2	36,9	8,6	23,3	25,3

Tab.1: Dati Epidemiologici per Paese raccolti attraverso il World Health Statistics 2023

* UHC per MCNT = $(HP \times Diab \times Tabacco)/3$, dove HP sta per ipertensione, DIAB per Diabete

Nell'ATS Bergamo, ad oggi si contano 17 Case di Comunità attive, con i servizi previsti dal DM 77 in avvio graduale e progressivo. La figura chiave per la presa in carico dei bisogni del paziente cronico è l'infermiere di famiglia e di comunità, che gioca un ruolo chiave nel controllo dei fattori di rischio e nell'educazione del paziente. I medici ad oggi rimangono principalmente impegnati nei loro ambulatori. A Luglio 2022 a Bergamo è stato avviato il progetto Ambulatori Diffusi, con visite fuori orario a pazienti privi di medico di famiglia, retribuite per prestazione. Al 2023, 125 medici sono stati coinvolti in questo progetto, coadiuvati da 245 farmacie e dalle case di comunità nella fase di prenotazione, a tutela di una larga fascia di pazienti cronici. Nel Regno Unito, la carenza di medici di medicina generale nel Nord Ovest di Londra è mitigata dall'integrazione di altre figure come le farmacie di comunità, che gestiscono patologie come l'ipertensione e programmi per l'obesità, oltre a poter prescrivere farmaci. In Andalusia, il sistema sanitario ha valorizzato il ruolo dei medici di famiglia e degli infermieri specializzati nelle équipe di assistenza primaria, implementando un Piano d'Azione Personalizzato che ottimizza le risorse sanitarie e coinvolge attivamente i pazienti nel processo decisionale. A Lisbona, le Unità di Famiglia con micro-team di medici, infermieri e segretari clinici seguono strategie specifiche per gestire patologie croniche. In Vallonia, infine, per il trattamento del diabete esiste un percorso sulla base di un contratto che coinvolge il paziente, il medico di famiglia e altri specialisti, offrendo vantaggi come il rimborso delle spese mediche per pazienti che soddisfano determinati requisiti.

Servizi offerti per controllo e prevenzione cronicità	Rilevazione pressione arteriosa	Rilevazione e controllo diabete	Uso standard Spirometria per malattie polmonari	Counseling tabacco	Counseling obesità	Counseling alcolismo
Ruoli						
	MMG Infermiere Altro	MMG Infermiere Altro	MMG Infermiere Altro	MMG Infermiere Altro	MMG Infermiere Altro	MMG Infermiere Altro
ATS Bergamo	X * X	X* X		X X ₁	X X ₁	X X ₁
NHS North West London	X X	X ₁ X	X X ₁	X ₁ X ₂	X X ₁	X X ₁
ARS Lisboa	X X	X X	X X		X X ₁	X X ₁
ASI Vallonia	X X	X X	X ₁ X ₂		X X ₁	X X ₁
SAS de Andalucia	X X	X X	X X		X X ₁	X X ₁

Tab.2 Servizi offerti nell'Assistenza Primaria nei diversi Paesi per ruolo

* Medico di Famiglia operativo su ambulatori o CdC tramite Progetto Ambulatori

1. Farmacia di Comunità

2. Dietisti e/o podologi, se per consulto a richiesta MMG, per ruoli educativi in autonomia

3. Se provista la presenza dello specialista pneumologo ambulatoriale, spesso interpretazione spirometria eseguita esternamente al setting di Assistenza Primaria

4. Consultorio, figure quali psicologo e assistente sociale

Conclusioni

Emergono in tutti i modelli lacune nella diagnosi delle malattie polmonari croniche tramite spirometria e nello sviluppo della telemedicina, cruciale per monitorare i pazienti cronici. Con la prospettiva di una futura carenza di medici, l'integrazione delle cure diventa prioritaria. In Italia, la difficoltà attuale di coordinazione dei medici di famiglia con le Case di Comunità ed i relativi professionisti potrebbe limitare una corretta integrazione Ospedale-Territorio.

Innovazione e sperimentazione organizzativa: l'esperienza dell'Ospedale Umberto I di Lugo

Francesca Scognamiglio¹, Umberto Carioli², Renata Corsi¹, Aura Brightenti², Valentina Sisti³, Lorella Ricci⁴, Francesca Bravi⁵, Paolo Tarlazzi⁶

¹Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Lugo, AUSL della Romagna

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

³Ing. Gestionale, Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Ravenna, AUSL della Romagna

⁴DIT di Ravenna, Responsabile Organizzativo di Struttura, Ospedale di Lugo, AUSL della Romagna

⁵Direttrice Sanitaria, AUSL della Romagna

⁶Direttore Presso Ospedaliero di Lugo, AUSL della Romagna

Parole chiave

Ospedale Distrettuale, Intensità di Cura, Patient Flow Management

Introduzione

Il Presidio Ospedaliero (PO) Umberto I di Lugo, inserito nel contesto del Distretto sociosanitario di Lugo dell'Azienda Usl della Romagna, si caratterizza come Ospedale Distrettuale. Questa vocazione deriva dall'essere all'interno di una rete territoriale e risponde ai bisogni di salute dei cittadini erogando un service mix di DRG ad alta prevalenza e prestazioni ambulatoriali per esterni con percorsi di presa in carico ospedale territorio. Il PO di riferimento Polispecialistico è il PO Santa Maria delle Croci di Ravenna, il quale completa l'offerta garantendo sicurezza e continuità della presa in carico e dei percorsi di cura a service mix elevato.

A partire dall'anno 2022, l'attività erogata nel PO di Lugo è stata riorganizzata secondo il modello per Intensità di Cura, prevedendo il superamento della suddivisione in Reparti e Unità Operative sulla base della disciplina medica di afferenza e l'allocazione del paziente in aree caratterizzate dallo stesso livello di complessità clinico-assistenziale. L'assistenza erogata è *patient oriented* ed implica lo spostamento dei professionisti coinvolti nel percorso di cura verso il paziente.

Contenuti

La riorganizzazione per Intensità di Cura è stata caratterizzata dalla definizione di tre sezioni:

-**Sezione ad alta intensità di cura:** composta da 10 posti letto ICU (Intensive Care Unit). Comprende 6 pl di Terapia Intensiva e 4 pl di sub-intensiva, collocati al piano terra del padiglione A, complanari alla Medicina d'Urgenza, dotata di una stanza di degenza a 4 pl a maggiore contenuto tecnologico. Questa sezione prevede un prevalente governo del medico rianimatore in sinergia con gli specialisti cardiologi e pneumologi.

-**Sezione ad intensità di cura intermedia** (Area Polispecialistica Medica): situata al primo piano del padiglione B, prevede una dotazione di 24 pl a connotazione cardiologica e pneumologica, dotati di telemetrie e dispositivi per la ventilazione non invasiva del paziente.

-**Sezione a medio-bassa intensità di cura:** dotata di 66 pl. L'area a medio-bassa intensità è collocata al piano terra e al primo piano del padiglione B, con un governo del medico internista, in collaborazione con cardiologi e pneumologi. Si aggiungono 15 pl di Lungodegenza Ospedaliera che completano la disponibilità di setting di cura all'interno della piattaforma logistica di ricovero. La valorizzazione della risorsa posto letto del PO è basata sul ruolo di infermieri con incarico di processo Bed Manager e Nucleo di Continuità Ospedale Territorio (NUCOT).

Conclusioni

L'applicazione del modello per Intensità di Cura consente lo sviluppo "tridimensionale" dell'Ospedale, tramite una direttrice Verticale che connette i diversi livelli di intensità di cura, in integrazione con il Pronto Soccorso; una direttrice Orizzontale che vede la collaborazione multispecialistica e multiprofessionale all'interno di aree omogenee per intensità di Cura o con l'ospedale polispecialistico di riferimento (PO di Ravenna); una direttrice Transmurale che si identifica nell'asse ospedale-territorio.

Il PO di Lugo offre una dimensione organizzativa privilegiata per la sperimentazione di modelli innovativi di valorizzazione dei ruoli della dirigenza medica e del comparto sanitario per l'erogazione di una assistenza di prossimità, con forte capacità di integrazione ospedale-territorio nell'ambito del DM77.



Congresso A.N.M.D.O., 21-23 Maggio Ancona



Massimizzazione dell'efficienza Organizzativa: l'esempio della Radiologia in AUSL della Romagna

Aura Brightenti¹, Francesca Scognamiglio², Umberto Carioli¹, Valentina Sisti³, Sofia Mazzoli⁴, Francesca Bravi⁵, Paolo Tarlazzi⁶

¹Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Ravenna, AUSL della Romagna

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

³Ing. Gestionale, Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Ravenna, AUSL della Romagna

⁴Medico in Formazione Specialistica, Direzione Medica di Presidio, Ospedale di Ravenna, AUSL della Romagna

⁵Direttrice Sanitaria, AUSL della Romagna

⁶Direttore Presidio Ospedaliero di Ravenna, AUSL della Romagna

Parole chiave

Specialistica ambulatoriale, piani di lavoro, indici di rendimento

Introduzione

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

Per l'AUSL della Romagna l'incremento è del 21% rispetto al 2023, di cui una quota del 25% da erogare isorisorse. Per la disciplina di Radiologia, l'obiettivo incrementale è di 34.804 prestazioni di radiologia pesante (TC e RM).

Le Direzioni Mediche di Presidio dell'azienda hanno effettuato un'analisi degli assetti organizzativi e degli indici di rendimento per Full Time Equivalent (FTE) tra le 7 unità operative (UO) di Radiologia omogenee con l'obiettivo di individuare margini di efficienza. L'analisi è stata utilizzata per portare l'attenzione sulle postazioni di lavoro in un'ottica di razionalizzazione dei punti guardia notturni.

Contenuti

I punti guardia sono stati analizzati considerando le prestazioni eseguite per medico nel turno notturno, dalle ore 20 alle ore 08, nei presidi polispecialistici (A, B, C, D) e distrettuali (E, F, G). Questi, come indicato in tabella 1, variano secondo le caratteristiche del presidio, in particolare, si segnala la guardia alternata tra gli ospedali E ed F e il potenziamento estivo in A.

In Tabella 2 sono rappresentati comparativamente gli indicatori di produttività per FTE per le varie tipologie di attività. Il carico di lavoro delle UO con più di una guardia notturna è stato nettizzato aritmeticamente per renderlo comparabile, considerando l'impegno di ogni guardia pari a 3 FTE.

Conclusioni

Attraverso la proposta di rimodulazione dell'assetto guardie è possibile recuperare 3 FTE, 90 ore medico, da dedicare ad attività per esterni, portandole da 8,5 a 7, salvo il periodo estivo. Con specifiche procedure per la refertazione tra presidi, la media degli esami notturni per medico di guardia sarebbe omogenea a 49 esami per notte.

L'incremento isorisorse di 8840 prestazioni (25,4% dell'obiettivo) rappresenterebbe perciò la base del massimo efficientamento dall'assetto organizzativo da cui redigere accordi per l'attività incentivata per la quota rimanente.

Tabella 1: attività erogata per presidio dalle ore 20 alle ore 08 per punto guardia

Radiologia 2023	Qta. Esterni	Qta. Interni	Qta PS	Qta Totale	Nº prestez/ notte	Presezi medie /notte	Prest. Medie per medico / notte
A	110	1.362	16.889	18.360	50	1,5	33,5
B	1.633	1.287	16.085	19.005	52	1	32,1
C	889	1.885	28.278	31.052	85	2	42,5
D	160	1.299	21.648	23.107	63	2	31,7
E	60	200	10.993	11.253	31	0,5	61,7
F	420	241	10.204	10.863	30	0,5	39,3
G	45	153	12.312	12.710	35	1	34,8
TOTALE	3.317	6.426	116.811	126.354	346	8,5	40,7

Tabella 2: indicatori di produttività per fte

RADIOLOGIA 2023	Risorse Mediche	Indicatori					
		FTE Totale	Num. Prestazioni per Esterni / FTE	Num. Prestazioni per Interni + Esterni / FTE	di cui Num. Prestazioni / FTE PRGLA	Num. Prestazioni per PS / FTE	Num. Prestazioni Totali / FTE
A*	29,12	3.807	4.808	950	2.229	6.934	
B	27,91	2.798	4.007	729	1.711	5.718	
C*	29,17	2.476	4.226	857	2.800	6.591	
D*	32,26	2.349	3.793	816	2.624	6.062	
totale polispec.	118,43	2.843	3.970	839	2.333	6.332	
E	10,01	3.767	4.971	1.021	3.103	8.074	
F	10,34	3.586	4.674	1.154	3.401	8.075	
G*	14,89	2.768	4.002	826	2.658	6.257	
totale distrettuali	45,24	3.292	4.394	978	3.602	7.866	
Totale	153,69	2.947	4.051	871	2.503	6.554	

*Nell'assalto della seconda riunione C e D e il notturno di A, e G per 1,5 FTE.



Congresso A.N.M.D.O., 21-23 Maggio Ancona





APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEGLI ESAMI DI LABORATORIO NEL PAZIENTE CHIRURGICO

Piano G*, Ritrovato A*, De Vincentis G*

*Direzione Sanitaria, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"
San Giovanni Rotondo



INTRODUZIONE

Scopo del lavoro è quello di costituire uno strumento approvato da tutti gli Operatori Sanitari coinvolti nel percorso chirurgico a partire dal pre-operatorio. L'elaborazione di questo documento ha permesso di armonizzare ed indicare i comportamenti adeguati e quindi ottimizzare le risorse attraverso l'appropriatezza degli accertamenti clinici e strumentali prima di ogni intervento. Nel caso specifico, in rapporto ad alcuni parametri di riferimento (rischio chirurgico/emorragico, ASA e tipo di anestesia), sono stati identificati una serie di esami clinici e strumentali da eseguire durante il percorso prima di ogni intervento.

四〇

CONTENUTI

Per ogni Unità Operativa chirurgica sono state condivise tabelle sintetiche nelle quali venivano riportati, oltre alla tipologia di intervento chirurgico e durata media:

- Tipologia di anestesia utilizzata (Tab. 1)
 - Rischio chirurgico (Tab. 1)
 - Rischio emorragico (Tab. 1)
 - Esami indicati in un primo momento dal chirurgo nel pre-operatorio in rapporto al rischio chirurgico e ASA (Tab.2)

Principales y Menos conocidas			
Industria - Uso de - Sustancias y/o Procedimientos	Asa 1	Asa 2	Asa3/Asa 4
Gas	Asa 1	Asa 1	Asa 1
Gas licuado	Asa 1/Asa 2	Asa 1	Asa 1
Gas licuado de petróleo	Asa 1	Asa 1	Asa 1
Propano	Asa 1/Asa 2	Asa 1	Asa 1
Butano	Asa 1/Asa 2	Asa 1	Asa 1
Butano licuado	Asa 1/Asa 2	Asa 1	Asa 1
Butano licuado de petróleo	Asa 1/Asa 2	Asa 1	Asa 1
Metano	Asa 1/Asa 2	Asa 1	Asa 1
Butano refrigerante (R134a), refrigerante	Asa 1/Asa 2	Asa 1	Asa 1
Butano GLP (LPG), Agua	Asa 1/Asa 2	Asa 1	Asa 1
CO ₂	Asa 1/Asa 2	Asa 1	Asa 1
CO	Asa 1/Asa 2	Asa 1/Asa 2	Asa 1/Asa 2
CH ₄	Asa 1/Asa 2	Asa 1/Asa 2	Asa 1/Asa 2
Dióxido de carbono	Asa 1/Asa 2	Asa 1/Asa 2	Asa 1/Asa 2
Gas hidrocarbonado (GHC), GPT, Gasometano, Metano, Gas	Asa 1/Asa 2	Asa 1/Asa 2	Asa 1/Asa 2
Dióxido de carbono	Asa 1/Asa 2	Asa 1/Asa 2	Asa 1/Asa 2
Metano licuado	Asa 1/Asa 2	Asa 1/Asa 2	Asa 1/Asa 2

Tab. 3

CONCLUSIONI

CONCLUSIONI
Nel monitoraggio previsto dal documento sulla prescrizione di esami laboratoristici, è stato elaborato un focus dettagliato sugli esami virologici (Anti-HIV 1-2 Ab/Ag, HBsAg, Anti HCV) che venivano richiesti prima di ogni intervento. Il numero delle richieste è sensibilmente diminuito da agosto 2023 (data di emissione del documento) a marzo 2024 e nello specifico si è partiti da 1261 esami virologici (con una spesa stimata in circa € 12.000) a 177 (con una spesa stimata di circa € 1.700), con una riduzione percentuale di circa 86%. La proiezione annuale indica una riduzione di circa 13.000 esami virologici con un risparmio economico complessivo di circa € 123.600. Oltre quindi ad un contenimento della spesa si evidenzia un netto miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, sottolineando che la condivisione e la codifica dei percorsi clinico-assistenziali è la chiave per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

ISTITUTO
ROMAGNOLO
PER LO STUDIO
DEI TUMORI
"DINO AMADORI"

L'implementazione di un ambulatorio vaccini in un IRCCS oncologico aumenta l'adesione alla proposta di profilassi?

Montella MT*, Reali C.**, Montalti M.**, Ceccarelli A.**, Galardi F. *, Gentili N. *, Cavallucci M. *, Andalo' A. *, Prati E. *

*IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) "Dino Amadori", Meldola, Forlì-Cesena, Italy

**U.O. Igiene e Sanità Pubblica Forlì-Cesena

INTRODUZIONE

La popolazione oncologica presenta maggior rischio di contrarre malattie infettive, anche correlate all'assistenza.

Da letteratura, ciò può essere significativamente ridotto con la somministrazione di vaccinazioni pre-chemio/immunoterapia.

L'adozione di modelli organizzativi innovativi e di strategie condivise tra medici ospedalieri e medici di Sanità Pubblica favorisce l'adesione ai piani vaccinali: numerosi articoli segnalano che l'istituzione di **ambulatori vaccinali all'interno degli ospedali oncologici**, oltre a facilitare il percorso del paziente, aumenta la sensibilità degli specialisti in merito.

Per i pazienti oncologici, la valutazione sull'opportunità di effettuare la vaccinazione per **Herpes Zoster (RZV)**, **Sars-CoV-2**, **Influenza** e **Pneumococco**, nasce dall'evidenza di (fonte: AIOM):

- maggior rischio di contrarre infezioni, prevenibili con la vaccinazione, rispetto alla popolazione generale (per RZV è maggiore del 40%)
- maggiore gravità della patologia
- sicurezza e efficacia dei vaccini disponibili (i vaccini di nuova generazione per HZ proteggono i pazienti fino al 97%).

CONTENUTI

L'educazione al paziente e l'adesione al programma vaccinale dovrebbero essere contestuali al piano di cura proposto dallo specialista durante la prima visita, per garantire il timing adeguato di somministrazione dei vaccini (fonte: AIOM).

Il "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2023-2025", raccomanda l'erogazione della profilassi vaccinale direttamente presso il servizio che ha in carico il paziente, o comunque la facilitazione all'accesso presso i centri vaccinali territoriali.

Alla luce delle evidenze, l'Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori"-IRST IRCCS e l'U.O. Igiene e Sanità Pubblica Forlì-Cesena, dopo **formazione degli operatori** sul tema delle vaccinazioni nel paziente oncologico e onco-ematologico, hanno avviato, nel mese di marzo 2024, un **ambulatorio vaccinale mensile all'interno dell'IRST**, il quale vede la contemporanea presenza del medico vaccinatore di Sanità Pubblica e dello specialista dell'Istituto.

Questo modello organizzativo consente di:

- favorire l'accesso
- garantire il corretto timing di presa in carico per la profilassi vaccinale
- aumentare la compliance dei pazienti.

Si è concordata inoltre la possibilità di **invio diretto** dei pazienti da parte dello specialista per coloro la cui finestra di maggior efficacia del vaccino in base alla programmazione delle terapie non coincide coi le sedute di ambulatorio presso l'IRST o che vogliono vaccinarsi sul territorio.

L'**analisi dell'efficacia del modello** riguarderà:

- aumento delle coperture vaccinali specifiche per i pazienti afferenti all'ambulatorio sperimentale (contro gli anni precedenti e rispetto alla popolazione seguita per condizioni simili vaccinata presso l'ambito di Forlì)
- valutazione della tempestività della presa in carico, del rispetto dei tempi previsti dalle schedule vaccinali e della perdita al follow-up.

Da ciò potranno derivare scelte organizzative future, quali la programmazione di un maggior numero di ambulatori vaccinali, agende territoriali dedicate, fino alla possibilità che medici ed infermieri IRST gestiscano in autonomia le attivita', grazie al **merging di culture** che si sta creando.

CONCLUSIONI

La condivisione forte di **obiettivi terapeutici, mandati istituzionali, informazioni e formazione, strumenti informatici, spazi e professionisti** sono il presupposto indispensabile per l'implementazione di nuovi percorsi che possano diventare efficaci nel garantire le migliori cure possibili ai pazienti più fragili, le maggiori possibilità di sopravvivenza e il superamento di ostacoli logistici, non facili da affrontare quando si ha una patologia di base grave e invalidante.

In linea con "Piano Regionale della Prevenzione Vaccinale 2023-2025-Regione Emilia Romagna", l'attuazione del nuovo Calendario Nazionale richiede opportuni interventi di tipo logistico-organizzativo per garantire un'offerta efficace ed efficiente su tutto il territorio.

Direzione.medica@irst.emr.it



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

ISTITUTO ROMAGNOLO PER LO STUDIO DEI TUMORI DINO AMADORI

**Progetto Farmacia Oncologica Unica della Romagna (FOUR):
l'organizzazione a servizio della sicurezza delle cure**

Montella MT, Masini C, Donati C., Galardi F., Gentili N., Cavallucci M., Andalo' A., Prati E.

IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) "Dino Amadori", Meldola, Forlì-Cesena, Italy

INTRODUZIONE

Il progetto della **Farmacia Oncologica Unica della Romagna (FOUR)** si propone di essere un passo significativo nell'avanzamento del modello di rete, diventando inoltre un esempio di riferimento a livello nazionale. La farmacia erogherà farmaci, radiofarmaci e dispositivi medici alle unità operative oncologiche/ematologiche dell'Azienda USL Romagna e IRST IRCCS, anche a scopo sperimentale, per garantirne un uso appropriato, sicuro ed efficiente, in linea, per quanto attiene ai farmaci, con le indicazioni del Grefo e della Commissione Farmaci della AUSL della Romagna.

Il farmaco oncologico è un fattore produttivo di grande consistenza in oncologia e, in generale per il Sistema Sanitario, nelle dimensioni rilevanti di offerta, di bisogno/domanda, di presenza di molecole innovative ad alto costo, di aumento di durata delle terapie conseguente all'incremento della speranza di vita e sopravvivenza dei pazienti oncologici. A ciò si aggiunge che l'allestimento di queste molecole è regolamentato da una rigida normativa che richiede notevole expertise e il supporto di investimenti tecnologici per disporre di elevati standard di sicurezza a garanzia della qualità del prodotto.

CONTENUTI

Le attività principali della farmacia includono la **pianificazione**, la **programmazione** e il **controllo della gestione tecnico-economica** correlata ai farmaci e ai dispositivi medici, oltre all'**allestimento di tutte le terapie antincancro**, in collaborazione con i clinici e la Direzione Strategica dell'IRCCS e dell'Ausl.

Il modello organizzativo scelto nel territorio per garantire le cure oncologiche è il **Comprehensive Cancer Care and Research Network (CCCRN)**, approvato dalla Commissione Tecnico-Scientifica Sanitaria (CTSS) nel dicembre 2020. Questo modello favorisce la cooperazione per evitare duplicazioni di servizi, migliorare la qualità delle cure e valorizzare l'importante potenziale di ricerca dell'Azienda, su cui insiste un IRCCS oncologico.

La farmacia unica della Romagna, a servizio di una popolazione di 1.116.917 abitanti distribuiti su una superficie di 5158 km, è uno degli strumenti del CCCRN e mira a **concentrare la produzione del farmaco in un unico punto per distribuirlo poi alle sedi erogative prossime alla residenza del paziente**.

Gli obiettivi del progetto includono la produzione di schemi terapeutici unificati, la personalizzazione del trattamento per aumentare la sicurezza delle cure, il confronto del consumo di farmaci per territorio rispetto agli outcome, la valorizzazione del ruolo del farmacista di terapia, la garanzia di farmacovigilanza e dispositivovigilanza, l'analisi della farmacoutilizzazione e lo sviluppo di modelli innovativi per aumentare la compliance terapeutica.

Il progetto prevede anche un'infrastruttura informatica per la raccolta e l'analisi dei dati su vasta scala, con l'obiettivo di utilizzare queste informazioni a livello regionale e nazionale.

Inoltre, la farmacia si propone come centro per l'innovazione, la ricerca e il trasferimento tecnologico anche verso altre realtà esterne.

CONCLUSIONI

La sfida continua delle organizzazioni è garantire efficienza operativa e clinica, nonché qualità e sicurezza delle cure. Il progetto rappresenta un passo in tal senso grazie alla sinergia delle competenze messe in campo, in particolare:

- il **know how** dei tecnici e dei farmacisti
- la logica ingegneristica di **ottimizzazione dei processi** (riduzione degli scarti, logistica dei trasporti a temperatura e durata controllata, calcolo delle scorte per la riduzione dei costi con stocaggi minimi, ecc)
- la **cultura del personale** per l'ottimizzazione delle risorse professionali, centralizzate in un'unica sede operativa
- **investimenti tecnologici**
- condivisione di **strumenti informatici** per l'unificazione e la condivisione degli schemi di trattamento.

Gli esiti in termini di sicurezza e efficienza potranno rappresentare un volano per il cambiamento anche in altre realtà nazionali.

Direzione.Sanitaria@intervim.it

**Sale operatorie per intensità di cure:
opportunità per la sostenibilità economica in sicurezza e appropriatezza**

Montella MT*, Prati E*, Galardi F*, Pocafiorza M, Barbagallo V**, Di Tello S***, Neri A****, Altini M**.**

*IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) "Gino Amadori", Melisano, Forlì-Cesena, Italy
 **Regione Emilia Romagna Servizio Assistenza Ospedaliera
 ***Nuovo Ospedale Civile di Cesena
 ****Aziadi Cesena

INTRODUZIONE

Il **blocco operatorio** è un ambiente ad alta complessità impiantistica, strutturale, organizzativa e professionale. In termini logistici è il luogo più articolato dell'Ospedale, in cui **specialisti differenti** operano con **timing di attività e culture diverse**. In fase di progettazione bisogna bilanciare: richieste dei professionisti, esigenze di progettisti/strutturisti/impiantisti, proposte di ingegneri clinici, logistica e flussi di persone e materiali e dati epidemiologici (es tipologia di interventi, case mix), considerando anche scenari futuri tecnologici (es robot), gestionali (es ingegnere gestionale nel blocco) e catastrofici (es SARSCoV2).

CONTENUTI

L'evoluzione delle tecniche chirurgiche ha consentito di erogare alcuni interventi (es ernia, menisco, cataratta), numerosi in termini epidemiologici, in regime diurno. Per altri (es protesi di anca, colecistectomia), la degenza media risulta per lo più inferiore ai 5/6 giorni, consentendo la programmazione di piattaforme di degenza weekly. La classificazione della chirurgia programmata in Italia prevede:

- Chirurgia ambulatoriale;
- Day Surgery;
- Chirurgia ordinaria.

In termini organizzativi, la differenza tra chirurgia ambulatoriale e di Day Surgery non esiste: il paziente entra al mattino ed esce la sera, con una diminuzione di carico assistenziale di 365 notti e almeno 52 domeniche, a parità di clinical pathway e sicurezza delle cure.

I regimi di Day Surgery e di chirurgia ambulatoriale presentano, invece, una sostanziale differenza di natura amministrativa: il primo non prevede il ticket, dovuto invece nel secondo caso.

Appare quindi più attinente all'operatività la classificazione del paziente secondo il modello anglosassone:

- Inpatient: pazienti che rimangono ricoverati di notte
- Outpatient: pazienti ammessi e dimessi nella medesima giornata.

Inoltre, il luogo dell'intervento non coincide con il regime amministrativo. Ad esempio, la cataratta è classificata come intervento pulito secondo il CDC ma, pur essendo previsto nella normativa nazionale in regime ambulatoriale, è necessario sia effettuato in ambiente sterile (simil sala operatoria per quanto attiene agli impianti): in caso di blocchi operatori sottoutilizzati non è quindi necessario disporre di ambulatori chirurgici ad hoc.

Altra variabile che influenza il regime di assistenza è relativa alle **condizioni del paziente**. La popolazione anziana/con comorbidità/clinicamente e/o socialmente fragile, anche per interventi a bassa complessità può necessitare di ricovero, evitabile solo in presenza di forme alternative di tutela (es hotel hospital).

La misura della comorbidità/consumo di risorse/mortalità può essere effettuata con il Charlson Comorbidity Index, ma ciò non avviene sistematicamente né è rilevato nei flussi.

L'utilizzo di modelli e scale di valutazione per lo studio delle variabili paziente/intervento/setting permette di individuare quello che gli inglesi chiamano right-patient, right-site, right-procedure, right technology and right hospital facilities.

CONCLUSIONI

La possibilità di progettare sale operatorie per intensità di cure nasce da due riflessioni principali:

- la percentuale di outpatient vs inpatient negli USA è del 50%; in regione Emilia Romagna, nel 2023, la chirurgia maggiore erogata in Day Surgery rappresenta 72% vs il 28% di quella in ricovero ordinario (strutture pubbliche e private; esclusa la chirurgia ambulatoriale).
- il DPR 14/01/1997 e le Linee Guida Agenas che definiscono gli schieramenti, prevedono standard minimi di 1 infermiere per la chirurgia ambulatoriale e almeno 3 infermieri, 2 chirurghi ed 1 anestesista per regimi di Day Surgery ed ordinario; ciò non permette riflessioni organizzative articolate che tengano conto del paziente, delle nuove tecniche chirurgiche e del layout: **gli schieramenti del personale e gli standard edilizi potrebbero essere gestiti per complessità crescente**, consentendo, da una prima valutazione, di incrementare l'attività isorisorse, dando una adeguata risposta assistenziale.

Bibliografia

- > AllHQ: Inpatients vs outpatients
- > <https://search.allhq.gov/search?qs=surgery%20vs%20outpatient&hl=20vs20&sf=bulistry%20&sort=rel&t=40>
- > DPR 14 Gennaio 1997 Approvazione dell'atto di istruzione e coordinamento alla regione e province autonome in materia di requisiti strutturali organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie nelle strutture pubbliche
- > <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/us/index.html> Surgical Site Infection 2005
- > AGENAS: metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale SSN 2023



IL PATRIMONIO STORICO DEGLI OSPEDALI PIEMONTESI

La conoscenza del passato per progettare il futuro

Franco Ripa, Paola Cosola, Mariateresa Dacquino, Elena Franco, Antonio Maconi

Introduzione

Progetto realizzato dal Centro Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità piemontese, istituito nel 2022, con sede presso l'AOU SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria - Centro Documentazione Biblioteca Biomedica.

Scopo del Centro Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità piemontese è quello principalmente di promuovere il patrimonio storico delle aziende sanitarie regionali: il patrimonio nelle sue varie espressioni, quindi non parliamo solo di beni architettonici e immobiliari, ma anche artistici, librari, documentari, archivistici.

Per fare questo riteniamo sia indispensabile "fare rete", costituire un gruppo di lavoro che sinergicamente realizza interventi e progetti volti a recuperare e valorizzare il nostro patrimonio storico-culturale.

Materiali&metodo

Dopo aver contattato le Aziende sanitarie regionali abbiamo provveduto a elaborare una scheda per ciascun presidio, soffermandoci principalmente sugli eventi storici che hanno caratterizzato ciascun ospedale. Per fare questo ci siamo basati essenzialmente su fonti bibliografiche e materiale già edito inviato o indicato dai referenti delle singole aziende.

Ad una prima stesura delle schede è seguito un lavoro di integrazione e revisione con i referenti di ciascuna azienda sanitaria. L'elaborazione della scheda definitiva ha comportato l'aggiunta delle fotografie, anche queste per la maggior parte ricevute dai colleghi delle aziende sanitarie piemontesi.

Risultati

Primo risultato di questa sinergia è stata la realizzazione dell'e-book "Comunità e Identità: una prima mappatura dei patrimoni storici piemontesi": si tratta di un lavoro metodico e puntuale che offre una visione complessiva del patrimonio storico e artistico degli ospedali piemontesi, frutto di un lavoro condiviso tra le diciotto aziende sanitarie regionali che hanno fornito il materiale e le indicazioni utili per la schedatura dei propri presidi.

La stesura dell'ebook ha richiesto due anni di lavoro circa ed è il frutto di una collaborazione con le altre 17 aziende sanitarie regionali: ad una prima raccolta del materiale già edito, è seguita la stesura delle schede per ciascun presidio ospedaliero.

Complessivamente sono stati schedati 76 ospedali, alcuni ormai dismessi, altri destinati ad altro uso, molti tuttora attivi e funzionanti.



Discussione

Riteniamo che sia importante essere consapevoli della ricchezza dei beni mobili e immobili che costituiscono il patrimonio della cura piemontese che va portato all'attenzione non solo di chi lavora nei presidi ospedalieri ma soprattutto della comunità intera.

L'ebook, consultabile sui siti aziendali, costituisce un mezzo per avvicinare la comunità al mondo della sanità in modo diverso e soprattutto a considerare l'ospedale come una presenza fondamentale del territorio, perdurante nei secoli, protagonista e testimone degli eventi sociali e dei fatti storici che hanno caratterizzato il proprio territorio di riferimento. È protagonista delle vicende sociali nel corso dei secoli, come testimoniano gli archivi, le biblioteche, le raccolte di strumenti scientifici, gli arredi, le opere d'arte e in particolare le quadrerie.

La conoscenza del passato è un importante mezzo per favorire il coinvolgimento della cittadinanza per cui l'ospedale diventa un luogo identitario, ed è certamente utile per la progettazione degli ospedali futuri.

Audit sull'Igiene delle mani: esperienze preliminari presso l'IRCCS Policlinico San Donato

Carpinelli L. 1, Ales M. E. 1,2; M. Mastrangelo. 1,2, Carbone M. 1,3, Meloni A. 1,3, Odore A. 3, Signorelli C. 4, 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



Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) identifica l'igiene delle mani come una delle pratiche fondamentali per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e della diffusione dei patogeni multi-resistenti (MDRO).

Nei mesi di marzo e aprile 2024, l'IRCCS Policlinico San Donato ha implementato un sistema di audit di igiene delle mani per valutare e migliorare le pratiche esistenti nei reparti di Medicina, Cardiologia ed Aritmologia.

Metodi

L'audit si è svolto secondo le procedure e le indicazioni contenute nel documento "Hand hygiene technical reference manual". I dati sono stati raccolti in 3 reparti tramite osservazione diretta e riportati sulla scheda di rilevazione.

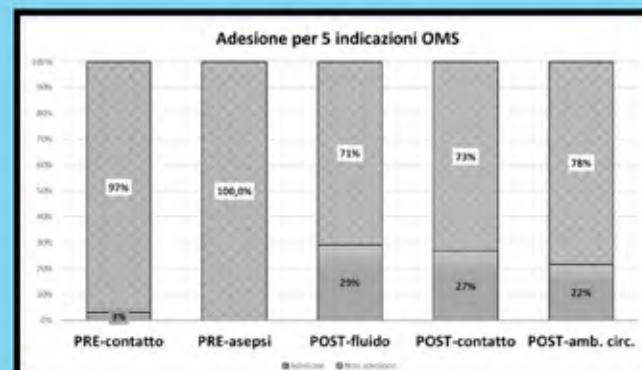
Per garantire una rappresentatività significativa sono state rilevate un minimo di:

20 opportunità per i medici, 20 per gli infermieri e 10 per gli OSS (max 5 per individuo) per reparto.

Risultati

Adesione complessiva: 18%

- Operatori osservati: 59
 - 25 medici
 - 23 infermieri
 - 11 OSS
- Opportunità osservate: 146
 - 19 frizione alcolica
 - 8 lavaggio con acqua e sapone
 - 119 casi nessuna azione di igiene delle mani
- Indicazioni verificate all'igiene delle mani 154
 - 34 pre-contatto
 - 14 pre-asepsi
 - 24 post-fluido
 - 45 post-contatto
 - 37 post-contatto con ambiente circostante



Conclusioni

Il sistema di auditing implementato ha evidenziato percentuali di adesione all'igiene delle mani insufficienti diffusi nelle aree osservate. I risultati, sovrapponibili tra le diverse categorie professionali, mostrano una maggiore adesione ai momenti post, ovvero quelli che tutelano maggiormente l'operatore.

Il Policlinico prevede di auditare tutte le sue unità operative nei prossimi mesi.

Dopo una prima condivisione dei risultati con i reparti interessati, risulterà fondamentale adottare misure correttive tempestive e mirate, quali attività educative e l'implementazione di un monitoraggio regolare.



STRATEGIA INTER-PROFESSIONALE PER LA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFETZIONI IN SETTING DIFFERENTI



Ianni Andrea* (1, 7), Amici Giuseppe (2), Valle Francesco (1), Pallone Silvia (1), Panzironi Daniela (3), Marchetti Anna (4),

Ferrara Salvatore (5), Virgili Roberto (6), De Marinis Maria Grazia (4), Petitti Tommasangelo (5, 7)

Ianni Andrea: 1: Ospedale M.G. Vannini - Direttore Sanitario - 7: Unità di Ricerca (UR) in Igiene, Statistica e Sanità Pubblica, Università Campus Bio-Medico di Roma UCBM
Amici Giuseppe: 2: Ospedale M.G. Vannini ed Istituto Figlie di S. Camillo - Ufficio Qualità, Responsabile

Valle Francesco: 1: Ospedale M.G. Vannini - Direzione Sanitaria

Pallone Silvia: 1: Ospedale M.G. Vannini - Direzione Sanitaria

Panzironi Daniela: 3: Laurea in Infermieristica, Università Campus Bio-Medico di Roma

Marchetti Anna: 4: Unità di Ricerca (UR) in Infermieristica, Università Campus Bio-Medico di Roma UCBM

Ferrara Salvatore: 5: Fondazione Don Gnocchi Onlus - Risk Manager

Virgili Roberto: 6: Anatomia Patologica, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma UCBM - Coordinatore Tecnico

De Marinis Maria Grazia: 4: Unità di Ricerca (UR) in Infermieristica, Università Campus Bio-Medico di Roma UCBM - Responsabile UR, Professore Ordinario UCBM

Petitti Tommasangelo: 5: Fondazione Don Gnocchi Onlus - Direttore Sanitario - 7: Unità di Ricerca (UR) in Igiene, Statistica e Sanità Pubblica, Università Campus Bio-Medico di Roma UCBM - Responsabile UR, Professore Associato UCBM

Introduzione. Per la loro rilevanza, le Infrazioni Correlate all'Assistenza (ICA) necessitano di essere affrontate, nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, realizzando un intervento integrato inter-professionale. Un piano efficace per la prevenzione delle ICA dovrebbe essere ampio, basato su linee guida attendibili e adattato alle specifiche esigenze dell'organizzazione sanitaria, con obiettivi chiari, misurabili e realistici per migliorare la sicurezza dei pazienti. Obiettivo del presente progetto è realizzare una integrazione tra i piani di prevenzione ICA di setting assistenziali differenti.

L'iter di autorizzazione all'esercizio ed accreditamento istituzionale ed all'eccellenza possono rappresentare, per l'ospedale, un rilevante momento di rinnovamento e riorganizzazione.

analisi caratteristiche ambienti assistenziali
interessati dagli interventi:
- schede sintetiche

confronto e verifica item liste accreditamento
- istituzionale obbligatorio
- all'eccellenza

Obiettivi. Obiettivo di studio è presentare un progetto di miglioramento esteso, basato sulla revisione dei requisiti e sulla conseguente riorganizzazione, adeguamento e rinnovo dei principali settori ospedalieri.

Materiali e metodi. È stata effettuata una revisione integrativa della letteratura scientifica internazionale in merito alla predisposizione dei piani di prevenzione e controllo ICA, che ha permesso di evidenziare tre fattori di maggior rilevanza: gestione in piena sicurezza dei dispositivi medici e delle procedure invasive; mantenimento di protocolli efficaci per la sanificazione ambientale; costruzione di interventi di formazione degli Operatori Sanitari basati su prove di efficacia. Successivamente, sono stati analizzati in dettaglio specifici Piani di Qualità, con particolare riferimento alle sezioni dedicate alla prevenzione e controllo delle ICA, in Strutture e setting assistenziali differenti, con il coinvolgimento e contributo di vari professionisti.

- percorso aziendale**
- ambito strutturale e tecnologico: sicurezza dell'infrastruttura
 - ❖ sistema integrato di gestione della sicurezza
 - ❖ partecipazione
 - ambito organizzativo: prevenzione in azione
 - ❖ revisione procedure e protocolli
 - ❖ partecipazione («revisione sul campo»)
 - ambito professionale: integrazione delle professioni
 - ❖ formazione attiva e sul campo

Risultati (1). È stato realizzato un duplice confronto, sia tra Piani di prevenzione e controllo ICA su serie temporali differenti nell'ambito di una stessa organizzazione sanitaria, sia tra Piani di Strutture sanitarie differenti. Tra i principali risultati ottenuti, la possibilità di evidenziare le modalità di adattamento dei criteri di provata efficacia nella stesura dei singoli Piani, per renderli appropriati alla specifica realtà organizzativa ed assistenziale.

Conclusioni. L'analisi condotta ha permesso di evidenziare una serie di elementi applicabili nei Piani di prevenzione e controllo ICA in setting assistenziali differenti. Emerge la necessità ed opportunità del coinvolgimento di un team dedicato multi-disciplinare e multi-professionale, essenziale per la buona riuscita; analogamente, appare cruciale una efficace integrazione tra i componenti dell'équipe, che comprendano appieno il proprio ruolo; da ultimo, la raccolta e l'analisi dei dati storici e di quelli di sorveglianza appare fondamentale, soprattutto per identificare le aree a rischio. La formazione del personale è indispensabile per la buona riuscita del piano di prevenzione e controllo, insieme alla valutazione periodica del Piano ed il miglioramento continuo, per garantire la conformità alle indicazioni di provata efficacia e per proteggere la salute di Pazienti ed Operatori.

Riferimenti bibliografici. MOUAOU V, ADAMS K, DELISLE G, QUACH C. HAND HYGIENE COMPLIANCE IN THE PREVENTION OF HOSPITAL-ACQUIRED INFECTIONS. A SYSTEMATIC REVIEW. *J Hosp Infect*. 2022 Jan;119:33-48. doi: 10.1016/j.jhin.2021.09.016. EPub 2021 Sep 25. PMID: 34582962
LEWIS K, HINCCLIFF R. HOSPITAL ACCREDITATION: AN UMBRELLA REVIEW. *Int J Qual Health Care*. 2023 Feb 24;35(1):MZAD007. doi: 10.1093/intqhc/mzad007. PMID: 36738157; PMCID: PMC9505788
HUSSEIN, M., PAVLOVA, M., GHALNASH, M. ET AL. THE IMPACT OF HOSPITAL ACCREDITATION ON THE QUALITY OF HEALTHCARE: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. *BMC Health Serv Res* 2021, 21, 1057. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6>

49° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

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

ANCONA, 21-22-23 MAGGIO 2024



Effetti favorevoli riscontrati nelle diverse strutture sanitarie partecipanti al Progetto

Provides quality healthcare services which are defined as per the global standards

Facilitates commitment to higher standards

Provides quality outcomes/results

Makes processes more integrated

Assists in having an auditory method on a regular basis

Risultati (2):

L'analisi condotta ed il lavoro di confronto tra i Piani realizzati dai differenti professionisti coinvolti nel presente studio ha permesso di evidenziare una serie di criteri complessivi inerenti i contenuti ed anche le modalità di attuazione dei Piani stessi, proprio sulla base dei confronti effettuati valutazione delle risorse e pianificazione, formazione e istruzione multi-professionale, sorveglianza delle ICA, azione su igiene delle mani, gestione approccio efficace all'uso degli anti-microbici; precauzioni standard ed aggiuntive alle standard; pulizia e disinfezione; educazione dei pazienti e familiari.



Percorso virtuoso in chirurgia colo-rettale: utilizzo del protocollo ERAS nell'Ospedale Cristo Re

Zaino A.¹; Crucitti A.²; Mazzari A.¹; Muccichini L.³; Benedetti P.³; Nasi G.⁶

¹ Medico in formazione specialistica, Sezione di Igiene e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma;

² Responsabile U.O.C. Chirurgia Generale e Mininvasiva, Ospedale Cristo Re Roma;

³ Dirigente Medico U.O.C. Chirurgia Generale e Mininvasiva, Ospedale Cristo Re Roma;

⁴ Coordinatore Infermieristico U.O.C. Chirurgia Generale e Mininvasiva, Ospedale Cristo Re Roma;

⁵ Risk Manager Ospedale Cristo Re Roma; ⁶ Direttore Sanitaria Ospedale Cristo Re Roma



49° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

LA SANITÀ E L'OSPEDALE DI OGGI

...IN ATTESA DEL FUTURO

ANCONA, 21-23-25 MAGGIO 2014



P

E

R

C

O

R

S

O



Introduzione

Il protocollo ERAS® (Enhanced Recovery After Surgery) rappresenta una tra le più importanti innovazioni degli ultimi anni nell'ambito della gestione peri-operatoria del paziente chirurgico. L'approccio multidisciplinare ha come obiettivo principale il ridurre lo stress infiammatorio perioperatorio, favorendo il rapido recupero del paziente operato. È ampiamente dimostrato in Letteratura che l'applicazione del protocollo ERAS®, in diverse branche chirurgiche, compresa la chirurgia generale, ha avuto un impatto favorevole sul rischio di complicanze post-operatorie specialistiche e generiche che tali pazienti incorrono. Riportiamo l'esperienza applicativa presso l'U.O.C. Chirurgia Generale e Mininvasiva dell'Ospedale Cristo Re.

ERAS protocols: the new "phylosophy"



Sono stati esaminati 211 pazienti (108 M 51,1% -103 F 48,9%, età media 67,8 range 28-95) nei quali è stato applicato il protocollo ERAS (gruppo A) e 91 (M 39 50,6% -F 38 49,4%, età media 67,2 range 28-89 anni) pazienti non sottoposti a protocollo ERAS® (gruppo B). Tutti gli interventi chirurgici sono stati eseguiti con tecnica anestesiologica multimodale. (89% peridurale, 6 % tap block 1,2% infusione lidocaina) Nel gruppo A 197 pazienti (93,3%) sono stati sottoposti a chirurgia resettiva per via laparoscopica; la morbilità post-operatoria è stata del 10,9% (23 pz); nessun caso di mortalità nel periodo perioperatorio.

Nei pazienti non sottoposti a protocollo ERAS, la percentuale di chirurgia mininvasiva è stata dell'87%, la morbilità globale del 19,7% (18 pz) e la mortalità post-operatoria del 2% (2 pz) Le complicanze chirurgiche specifiche si sono verificate in 10 casi (4,8%) nel gruppo ERAS® ed in 8 pz (8,7%) nel gruppo non-ERAS®, con un tasso di deiscenza anastomotica rispettivamente nel gruppo A di 3,9% e nel gruppo B di 6,9%.

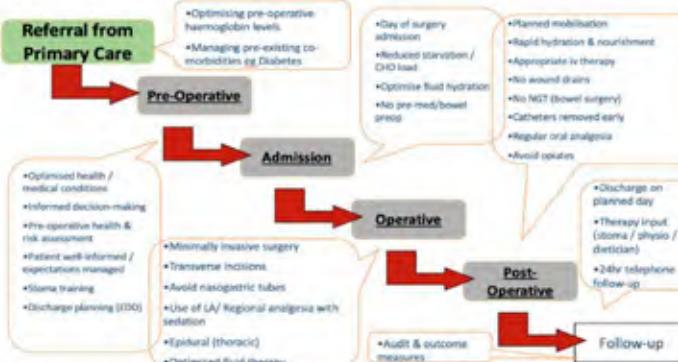
La degenza media post-operatoria è stata inferiore (6,8 gg) nel gruppo A rispetto ai pazienti del gruppo B (11,6 giorni); un controllo del dolore con analgesici per os si è ottenuto in media alla 3 giornata postoperatoria. In un solo paziente sottoposto a protocollo ERAS® abbiamo osservato un rientro a 30 giorni dopo la dimissione.

Conclusioni

La nostra esperienza, così come quella di altri gruppi ed in Letteratura, conferma che l'utilizzo costante ed il rispetto degli items del protocollo ERAS consente di ottenere una significativa riduzione del rischio di complicanze e di mortalità del paziente sottoposto a chirurgia del colon retto. Gli attori coinvolti nel processo secondo un'organizzazione multidisciplinare e multimodale rendono il percorso più sicuro e con indici di performance ospedalieri nonché di outcome significativamente migliorativi.

Contenuti

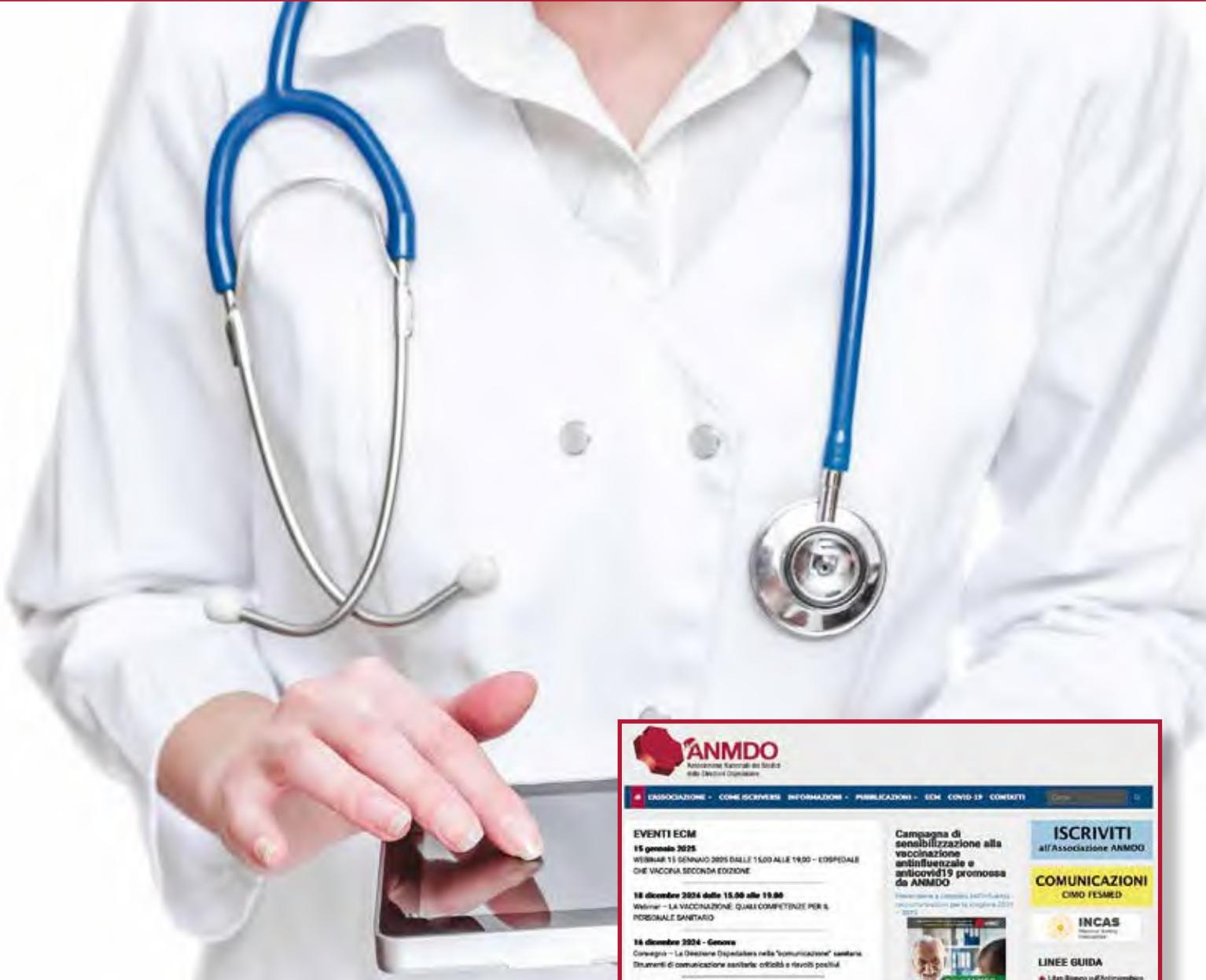
Tutti i pazienti sottoposti a resezione, laparoscopica e non, per patologia maligna colo-rettale, nel periodo compreso tra il 1/1/18 ed il 31/12/22 sono stati selezionati per l'applicazione del protocollo ERAS® (gruppo A). I dati demografici, clinici, pre, intra e post-operatori sono stati prelevati da un database dedicato, analizzando retrospettivamente i risultati a breve termine. Tali dati sono stati poi confrontati con quelli di pazienti, anch'essi sottoposti a chirurgia colo-rettale laparoscopica ed open, relativi al biennio precedente (2015-2016), nei quali però non era stato applicato il protocollo ERAS® (gruppo B).



VISITA IL SITO



www.anmdo.org



il sito di riferimento
per i medici delle
direzioni ospedaliere

ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

EVENTI ECM

15 gennaio 2025
WEBINAR 15 GENNAIO 2025 DALLE 15.00 ALLE 19.00 - OSPEDALE ONE VACCINA SECONDA EDIZIONE

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

16 dicembre 2024 - Genova
Convegno - La Direzione Ospedaliera nella "comunicazione": sanitaria, strumenti di comunicazione assistita: criticità e risvolti positivi.

12 dicembre 2024
Evento Formativo in FAO SIMCRONIA Accreditato ECM - LE PIATTAFORME OSPEDALIERE: DIFFERENZIALIZZAZIONE DELLA FARMACIA ONCOLOGICA IN ROMAGNA E LA CENTRALIZZAZIONE DELLE ANATOMIE PATHOLOGICHE IN TOSCANA

COMUNICAZIONI AI SOCI

• Lettura del Dott. Fazio per Convocazione Assemblea dei Soci
17 Dicembre 2024

• Presentazione e programma del 49° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO "LA SANITÀ E L'OSPEDALE IN OGGI, IN ATTESA DEL FUTURO" - ANCONA, 21-22-23 MAGGIO 2024
3 Febbraio 2024

Campagna di sensibilizzazione alla vaccinazione antinfluenzale e anticovid19 promossa da ANMDO
Incontro con il Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Medici e degli Ingegneri per la riunione 2024

ISCRIVITI all'Associazione ANMDO

COMUNICAZIONI CIMO FESARD

INCAS

LINEE GUIDA

- Libro Bianco sull'Antimicrobico Resistenza e le Industrie chimiche all'inizio della decade
- La salvaguardia degli ambienti sanitari standard tecnici, imponendone gestione dei rischi clinici*
- Disinfettanti e antiseptici: utilizzi consigliati per il corretto utilizzo degli Antisettici e Disinfettanti
- Linee di indicazioni sulle attività di monitoraggio e di sensibilizzazione ambientale nelle strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'ambiente (CIA)
- Linee guida per il Management del Perimetro di Cura del Paciente Diabetico con Complicanze Oculari Retiniche





SoGeSi

SWS – Steril Waste System

La centrale di sterilizzazione dei rifiuti sanitari speciali a rischio infettivo

La gestione dei rifiuti a rischio infettivo è un'attività silenziosa ma strategica, che richiede attenzione, rapidità e competenze. Le strutture sanitarie devono mantenere in equilibrio un sistema complesso, tra normative severe, flussi delicati e costi in crescita. Quando le procedure si complicano, tutto rallenta: operatori più esposti e reparti meno efficienti. In questo contesto, il modello tradizionale di trasporto e smaltimento esterno mostra i suoi limiti. I rifiuti sanitari pericolosi richiedono un trattamento immediato e rigoroso, con trasporto ADR, un'impronta ambientale rilevante e un forte carico di responsabilità. Un meccanismo fragile, costoso e rischioso. E se tutto potesse diventare più semplice, più sicuro, più sostenibile?

Con SWS – Steril Waste System, la divisione di So.Ge.Si. S.p.A. dedicata alla sterilizzazione on-site, questo scenario è già realtà. Grazie al suo know-how So.Ge.Si. Spa, storica azienda italiana attiva da anni nei servizi integrati per la sanità e le aziende, porta con SWS un nuovo modello negli ospedali: la sterilizzazione direttamente dove il rifiuto nasce. SWS – Steril Waste System unisce tritazione e sterilizzazione in un unico ciclo, trasformando i rifiuti infettivi (CER 18.01.03 e 18.02.02) in rifiuti urbani indifferenziati (CER 20.03.01).



Un cambio radicale

Il vero vantaggio si vede nella quotidianità. I reparti hanno meno procedure da gestire, il rischio per gli operatori diminuisce e l'organizzazione interna si semplifica. Le strutture registrano una riduzione dei costi fino al 50% e un taglio delle emissioni di CO₂ fino al 70% grazie all'eliminazione dei trasporti, degli imballaggi monouso e del ricorso all'incenerimento.

Inoltre, con la sterilizzazione in situ si riduce in modo sostanziale la responsabilità del produttore, il presidio

sanitario e la sua direzione: una volta sterilizzati e declassati a rifiuti urbani, il materiale esce dal regime dei pericolosi e non richiede più gli adempimenti e gli obblighi legati al trasporto ADR. Per la direzione sanitaria significa minori oneri normativi e un perimetro di rischio molto più contenuto.

Adottare la sterilizzazione in situ non significa solo ottimizzare un processo: significa scegliere un modello più sicuro, più sostenibile, efficiente ed economico, capace di rispondere alle esigenze di una sanità più moderna. SWS permette alle strutture di lavorare con meno pressioni, meno rischi e maggiore serenità per chi, ogni giorno, ha la responsabilità della salute delle persone. So.Ge.Si. Spa, con la divisione SWS – Steril Waste System e la tecnologia avanzata dei dispositivi SMI Medical, offre l'unica soluzione completa e sicura per la gestione e la sterilizzazione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Contatti: Tel. (+39) 075 599 0396
info@sogesispa.it

Focus centrale SWS – Steril Waste System

- Installazione flessibile:** ideale anche in spazi ridotti o in unità mobile
- Percorsi sicuri:** area sporca e pulita separate da **Air Lock**
- Sterilizzazione avanzata:** vapore saturo secco + trituratore interno
- Ambiente controllato:** trattamento aria e condense, pompa a secco a basso consumo
- ROT in economia circolare:** tunnel di disinfezione e asciugatura
- Massima sicurezza:** sterilizzazione **SAL 10⁻⁶**, disinfezione ROT **SAL 10⁻⁴**
- Tracciabilità totale:** software proprietario + cloud conforme **UNI 10384**



Partnership solide ed efficienza dei processi

Partnership solide ed efficienza dei processi sono due dei fattori chiave che possono generare valore reale per le strutture sociosanitarie e migliorare la soddisfazione di pazienti e staff ospedaliero.

Il tema, complesso e attualissimo, degli accordi quadro in sanità è stato affrontato con un taglio concreto da Edoardo Clerici, Chief Supply Chain & Strategic Procurement di Sodexo a "Le 5 Giornate di Milano", il ciclo di incontri promosso da Fondazione Scuola Nazionale Servizi e Associazione Lombarda Economi Provveditori della Sanità (ALE).

Monitorando l'evoluzione del settore sanitario, appare sempre più chiaro come gli acquisti non siano più solo controllo dei costi e un'attività puramente amministrativa, ma un vero motore di valore, qualità e sostenibilità.

Sodexo persegue questi obiet-

tivi facendo degli Acquisti una leva strategica strutturata per influire direttamente sulla qualità dei servizi e sul benessere delle persone assistite, abbracciando un approccio integrato in cui procurement e direzione sanitaria lavorano insieme con l'obiettivo di ottenere risultati misurabili, concreti e sostenibili.

Forti della definizione di processi chiari, le strutture sanitarie sono in grado di individuare partner affidabili, costruire standard condivisi e garantire che ogni servizio risponda davvero alle esigenze cliniche e organizzative delle strutture. Ne sono un esempio la manutenzione degli impianti meccanici, elettrici, speciali; oggi sempre più orientata alla prevenzione per assicurare stabilità e ottimizzare i consumi energetici; così come le diete speciali per i pazienti che richiedono ricette dedicate, in-



gredienti adeguati, un percorso di approvvigionamento sicuro e sostenibile e il coinvolgimento di team multidisciplinari. Gli Acquisti per Sodexo sono un vero centro di competenza e di innovazione; con un approccio misurabile, collaborativo e orientato al risultato finale, sono in grado di supportare i clienti, migliorare l'esperienza quotidiana dei pazienti e con-

tribuire alla sostenibilità economica delle strutture.

Siamo di fronte a un cambiamento culturale significativo che invita a considerare il procurement non come una funzione chiamata al mero contenimento dei costi, ma come una leva per creare valore dal quale può prendere vantaggio tutto il settore sanitario.

www.sodexo.it

"Planning solutions": EXPOSANITÀ 2026

Sarà dedicata alle nuove tecnologie l'edizione 2026 di Exposanità, in programma a BolognaFiere dal 22 al 24 aprile. Exposanità 2026 "Planning Solutions" intende indagare il ruolo delle innovazioni digitali e delle risorse umane nel garantire qualità e tenuta del Servizio sanitario nazionale. Al centro della manifestazione ci saranno l'adozione del digitale, la ridefinizione dei contesti di cura e l'empowerment di professionisti e pazienti, insieme alle soluzioni per la disabilità e alla promozione di una vita indipendente.

A oltre 40 anni dalla riforma del Servizio sanitario nazionale, nuovi bisogni di salute e scenari socioeconomici richiedono una riflessione sulle politiche sanitarie e sul ruolo della tecnologia nel disegnare la sanità del futuro. Exposanità, riconosciuta



22 • 24 Aprile 2026
BolognaFiere

come punto di riferimento per il settore, rappresenta un'occasione d'incontro tra istituzioni, professionisti e imprese per confrontarsi sull'innovazione e sul futuro del sistema sanitario.

Con convegni, seminari, workshop e un'ampia area espositiva, l'edizione 2026 offrirà una panoramica completa sul know-how più avanzato in ambito sanitario, amministrativo e organizzativo. La manifestazione proporrà un confronto multiprospettico sulle esperienze più significative e sulle soluzioni per ospedali, diagnostica, sanità digitale, ortopedia, ri-

bilitazione e disabilità, affrontando il tema centrale della direzione verso cui si sta muovendo il Servizio sanitario nazionale. Sarà dato spazio anche al ruolo delle professioni sanitarie e alla loro valorizzazione, insieme a iniziative dedicate alla disabilità, all'autonomia e al benessere, con momenti di approfondimento e incontri tra aziende e professionisti.

La tecnologia sarà la vera protagonista dell'edizione, in tutte le declinazioni della sanità digitale: telemedicina, intelligenza artificiale, nuove tecnologie per la diagnostica e l'organizzazione dei servizi, fino ai temi della sostenibilità e della sicurezza del dato sanitario. Uno spazio dedicato esplorerà inoltre la ricerca e le nuove applicazioni del digitale per la salute.

www.exposanita.it

Tanti auguri di
Buon Natale
e Felice Anno Nuovo

Gianfranco Finzi





Valore, servizi e sostenibilità per strutture sanitarie e socioassistenziali: con Sodexo, la cura è al primo posto.

Da sempre al fianco delle persone, Sodexo è pioniera nel rispondere alle sfide di tutti i giorni con soluzioni adatte a ogni esigenza, pensate a partire da bisogni reali.

Supportiamo strutture e personale sociosanitario con soluzioni complementari all'assistenza clinica: nutrizione del paziente, caffetterie e ristoranti, servizi di igiene e sicurezza degli ambienti, assistenza socioassistenziale ed infermieristica, manutenzione degli immobili e molto altro.

