

L'OSPEDALE

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

Posizione ANMDO sull'utilità di inserire
l'indicazione/raccomandazione della
vaccinazione nella Lettera di
Dimissione per i Pazienti Fragili e con
comorbidità e nei PDTA di patologia
correlati

La Performance aziendale risultante
dagli indicatori del Nuovo Sistema di
Garanzia: un'analisi delle infezioni
postchirurgiche (indicatore H16S)
presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto
Adige (ASDAA)

È possibile migliorare i risultati, la
qualità di vita (QoL) dei Pazienti e
ridurre i costi in chirurgia colo-rettale?
Associando Laparoscopia ed ERAS si
può fare

Terapia intensiva aperta nell'Ospedale
di Macerata: implementazione ed
inizio di un progetto

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

ORIZZONTI



20 MAGGIO 2025



PRIMA GIORNATA NAZIONALE SU: L'OSPEDALE CHE VACCINA

SALONE D'ONORE DI PALAZZO BARBAZZI
VIA GARIBALDI 3 - BOLOGNA

PROGRAMMA:

09.00 Registrazione dei partecipanti e welcome coffee

09.30 Apertura dei lavori

Prof.ssa Ida Iolanda Mura, Segretario Scientifico ANMDO

Dott. Paolo Manfredi, Presidente dell'Ordine dei Farmacisti di Bologna

Saluti delle Associazioni promotrici del convegno:

Dott. Gianfranco Finzi, Presidente Nazionale ANMDO

Prof. Gabriele Pelissero, Presidente Nazionale AIOP

Dott. Mauro Mattiacci, Direttore Generale ARIS

Introduzione al tema:

L'importanza dell'ospedale come presidio vaccinale

Dott. Lorenzo Blandi

10.00 Modelli pratici di ospedali che vaccinano

Moderatori: *Prof. Carlo Signorelli, Dott. Riccardo Luzi*

Esperienze realizzate:

1. Implementazione di un modello ospedaliero per la vaccinazione

Dott.ssa Gabriella Nasi

2. Percorsi vaccinali integrati per pazienti fragili

Dott.ssa Teresa Tedesco

3. L'ospedale come punto vaccinale: sfide e risultati

Dott.ssa Emilia Anna Vozzella

4. Vaccinazioni in ospedale: il caso pratico

Dott. Claudio Lazzari

11.30 La vaccinazione contro pneumococco e virus respiratorio

sinciziale: prospettive e raccomandazioni

Prof. Marco Confalonieri

11.50 La vaccinazione contro l'Herpes zoster:

prospettive e raccomandazioni

Dott.ssa Elisabetta Romboli

12:10 Meet the Expert

Conduce *Dott. Luigi Bertinato*

Intervengono: *Prof. Paolo Bonanni, Prof. Silvio Brusaferrò,*

Prof.ssa Tiziana Lazzarotto, Dott. Giorgio Mazzi,

Prof. Nicola Petrosillo, Dott. Luigi Vezzosi

13:30 Pausa pranzo

14:30 Presentazione del Gruppo di Lavoro nazionale ANMDO "Ospedale

che vaccina" e della **Position Paper ANMDO** sulle vaccinazioni raccomandate per la lettera di dimissione ed i **PPDTA**

Dott. Claudio Garbelli, Dott.ssa Cristina Sideli

14:50 Formazione ed aggiornamento in tema di vaccinazione degli operatori sanitari

Dott.ssa Arianna Vitale

15:10 Tavola rotonda: "Responsabilità e ruoli nella vaccinazione"

Moderatori: *Dott. Fabrizio Leigheb, Dott. Stefano Reggiani*

Introduzione al tema: *Avv. Leonardo Bugiolacchi*

Partecipanti:

Dott. Andrea Minarini, Medico legale

Dott. Pietro Giurdanella, Dirigente infermieristico

Prof. Paolo Pandolfi, Direttore di Dipartimento di Sanità Pubblica

Dott. Sergio Parrocchia, Direttore Sanitario di Struttura Pubblica

Prof. Fausto Francia, Direttore Sanitario di Struttura Privata

Dott. Carlo Polito, Direttore Medico di Presidio Ospedaliero

Dott.ssa Annita Caminati, Risk Manager

Dott. Silvio Gherardi, Associazione Culturale Giuseppe Dossetti

17:30 Conclusioni

Dott. Ottavio A. Nicastro, Dott. Clemente Ponzetti

CON IL PATROCINIO DI:



CON IL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE DI



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA S.M.I. SRL

via Orlanda, 216 - 30173 Venezia - solmedinn@gmail.com

- 4** **Posizione ANMDO sull'utilità di inserire l'indicazione/raccomandazione della vaccinazione nella Lettera di Dimissione per i Pazienti Fragili e con comorbidità e nei PDTA di patologia correlati**
- 9** **La Performance aziendale risultante dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia: un'analisi delle infezioni postchirurgiche (indicatore H16S) presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (ASDAA)**
Rosanna Loss, Silvia Tortora, Gaia Piccini, Roberta Vanzetta, Astrid Richter, Camilla Marcato, Marco Mancini, Mirko Bonetti, Elisabeth Montel
- 20** **È possibile migliorare i risultati, la qualità di vita (QoL) dei Pazienti e ridurre i costi in chirurgia colo-rettale? Associando Laparoscopia ed ERAS si può fare.**
W. Siquini, A. Carrieri, A. Cardinali, R. Scibè, G-C. Gesuelli, C. Tranà, N. Silvestrini, M. Sartelli, G. Speranza, M. Palmieri, C. Di Falco, G. Scaloni
- 23** **Terapia intensiva aperta nell'Ospedale di Macerata: implementazione ed inizio di un progetto**
Falco C., Scaloni G., Gattari D., Iacobone E., Moglianetti S.
- 27** **Poster**
49° Congresso Nazionale A.N.M.D.O
- 46** **ORIZZONTI**

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 78 - Numero 1 - gennaio marzo 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. Serrano

Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: I.I. Mura

Comitato di direzione: P. Anello, L. Aprea, R. Arione, A. Battista, M. Chittaro, F. Ciraolo, R. Cunsolo, M.T. Cuppone, C. Di Falco, G. Finzi, K.Kob, R. Lanzetta, C. Martini, G. Matarazzo, A. Molè, I.I. Mura, G. Nasi, S. Parrocchia, G. Pelissero, C. Ponzetti, F. Ripa, G. Schirripa, L. Tattini, T. Tedesco

Comitato di redazione: F. Auxilia, L. Bertinato, L. Blandi, M. Chittaro, C. Del Giudice, G. Finzi, K. Kob, G. Mazzi, I. I. Mura, O. A. Nicastro, G. Pelissero, G. Pieroni, F. Ripa, L. Tattini

Abbonamenti

Italia annuo € 31,00

Europa

Paesi Extra Europei € 103,00

Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

Fotolito e stampa:

NEW PRESS EDIZIONI

Via della Traversa 22 - 22074 Lomazzo (CO)

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del codice di deontologia relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività giornalistica, si rende nota l'esistenza di una banca-dati personali di uso redazionale presso la sede di Via Alfonso Corti, 28 - Milano. Gli interessati potranno rivolgersi al responsabile del trattamento dei dati sig. ra Barbara Amoruso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dal D.lgs 196/2003"

associato a:

ANES ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA DI SETTORE

Posizione ANMDO sull'Utilità di Inserire l'Indicazione/raccomandazione della Vaccinazione nella Lettera di Dimissione per i Pazienti Fragili e con comorbilità e nei PDTA di patologia correlati

INTRODUZIONE

L'ANMDO ha recentemente esaminato la questione dell'inclusione delle informazioni/raccomandazioni vaccinali nelle lettere di dimissione dei pazienti fragili e con comorbilità e nei PDTA di patologia correlati.

ANMDO ritiene che l'integrazione delle raccomandazioni vaccinali nella lettera di dimissione e nei PDTA di patologia correlati per i pazienti fragili e con comorbilità rappresenti un'importante opportunità strategica per migliorare la salute, soprattutto per la prevenzione di patologie e complicanze per questi pazienti a rischio.

Questa analisi mira a determinare l'utilità di tale pratica e fornire indicazioni specifiche per la sua implementazione.

L'IMPORTANZA DELLA VACCINAZIONE PER I PAZIENTI FRAGILI E CON COMORBILITÀ

I pazienti fragili, che includono anziani, immunocompromessi e persone con patologie croniche, sono particolarmente vulnerabili alle infezioni.

Le vaccinazioni possono prevenire molte di queste infezioni, riducendo il rischio di complicazioni gravi, compreso il decesso, e di ospedalizzazione. L'inclusione delle informazioni/raccomandazioni vaccinali nella lettera di dimissione può garantire che i pazienti e i loro Medici di Medicina generale siano informati sullo stato vaccinale e possano prendere decisioni informate sulla ne-

cessità di ulteriori vaccinazioni. **ANMDO ritiene che Integrare le raccomandazioni vaccinali nella lettera di dimissione, sulla base degli indirizzi del Calendario vaccinale per la vita 5° edizione 2025, permette tempestivamente di identificare e comunicare al personale sanitario che segue il paziente le vaccinazioni necessarie, evitando ritardi che possono compromettere la salute.** ANMDO ritiene inoltre utile che nei PDTA per patologia siano indicate le vaccinazioni raccomandate, come da citato Calendario, ed i relativi requisiti organizzativi e documentali, ad esempio tramite l'indicazione nella lettera di dimissione delle vaccinazioni raccomandate da eseguire nel follow up o eseguite durante il ricovero.

I criteri organizzativi e documentali per la buona pratica vaccinale nelle strutture ospedaliere e socioassistenziali saranno oggetto di specifico documento di indirizzo anche sulla base dei risultati definitivi dell'indagine "L'ospedale che vaccina" coordinata da ANMDO in collaborazione con AIOP e ARIS.

Questa integrazione rafforza il PDTA approvato dalle Direzioni di struttura come evidenza dell'applicazione degli indirizzi della legge 8 marzo 2017 n° 24 e s.m.i. con particolare attenzione alla prevenzione dei rischi rappresentati dalle infezioni.

Ne consegue quindi che al PDTA sarà opportuno aggiungere una ulteriore "P", detto acronimo PPDTA significa Percorso Preventivo, Diagnostico, Terapeutico, Assistenziale.

Benefici dell'inclusione delle informazioni/raccomandazioni vaccinali

- **Miglioramento della continuità delle cure:** La presenza delle informazioni vaccinali nella lettera di dimissione facilita la comunicazione tra ospedale e medico di base, garantendo che il paziente riceva le cure necessarie anche dopo la dimissione.

- **Promozione della prevenzione:** Informare i pazienti e i loro caregiver sullo stato vaccinale può incentivare la realizzazione delle vaccinazioni raccomandate, riducendo così il rischio di infezioni future.

- **Riduzione dei ricoveri ospedalieri:** La prevenzione delle infezioni tramite vaccinazione può diminuire il numero di ricoveri ospedalieri, migliorando la qualità della vita del paziente e riducendo i costi sanitari. Indicazioni per l'inclusione delle informazioni vaccinali.

IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI FRAGILI

È fondamentale stabilire criteri chiari per identificare i pazienti fragili che trarrebbero beneficio dall'inclusione delle informazioni vaccinali nella loro lettera di dimissione. Questi criteri possono includere l'età avanzata, la presenza di patologie croniche o condizioni che compromettono il sistema immunitario, nonché la coesistenza di multi patologie. Nelle tabelle allegate si riporta in sintesi.

STANDARDIZZAZIONE DELLE INFORMAZIONI

Per garantire l'efficacia dell'inclusione delle informazioni vaccinali, è necessario standardizzare il formato e il contenuto delle informazioni stesse.

La lettera di dimissione è un documento strategico in quanto rappresenta un momento di comunicazione tra ospedale, paziente e Medico di Medicina generale nonché di applicazione del coordinamento con Dipartimento di prevenzione e Distretto sanitario di riferimento in materia di vaccinazioni.

Le lettere di dimissione costituiscono pertanto il documento ideale per includere le raccomandazioni per vaccinazioni raccomandate. L'integrazione delle raccomandazioni vaccinali nelle lettere di dimissione rappresenta un passo fondamentale per sensibilizzare pazienti, caregiver, medici, infermieri e personale sanitario e può diventare un'opportunità

per educare e diffondere la cultura della prevenzione, aumentando la fiducia verso i vaccini.

Promozione della prevenzione personalizzata
Includere un piano vaccinale personalizzato consente di:

- **Rafforzare la continuità assistenziale.**

- **Facilitare la programmazione delle vaccinazioni raccomandate da parte del Medico di Medicina Generale.**

- **Migliorare l'adesione del paziente, che riconosce il valore di tali raccomandazioni formulate direttamente dalla struttura ospedaliera.**

RIDUZIONE DEL CARICO DELLE MALATTIE PREVENIBILI

Molte patologie come influenza, polmonite pneumococcica, herpes zoster possono essere prevenute grazie ai vaccini. Rafforzare la vaccinazione nei pazienti fragili può:

- Ridurre i ricoveri ripetuti.

- Diminuire i costi per il sistema sanitario.

- Migliorare la qualità della vita dei pazienti.

- Promuovere una prevenzione personalizzata.

- Sviluppare la cultura della vaccinazione come terapia preventiva.

FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO

Il personale sanitario deve essere adeguatamente formato sull'importanza delle vaccinazioni per i pazienti fragili e con comorbidità sulle modalità di inclusione delle informazioni/raccomandazioni vaccinali nelle lettere di dimissione. Questa formazione può contribuire a migliorare la qualità delle cure fornite e a garantire che le informazioni siano accuratamente documentate.

COLLABORAZIONE TRA OSPEDALI E MEDICI DI MEDICINA GENERALE

È essenziale promuovere una stretta collaborazione tra gli Ospedali ed i Medici di Medicina generale per garantire la continuità delle cure.

La comunicazione efficace e tempestiva delle informazioni/raccomandazioni vaccinali può facilitare il passaggio delle informazioni e assicurare che i pazienti ricevano le vaccinazioni necessarie.

CONCLUSIONI

L'ANMDO propone di includere le informazioni/raccomandazioni vaccinali nelle lettere di dimissione per i pazienti fragili e con comorbidità. Questa pratica può migliorare la continuità delle cure, promuovere la prevenzione delle infezioni e ridurre i ricoveri ospedalieri.

Tuttavia, è fondamentale seguire indicazioni precise per l'identificazione dei pazienti fragili, la standardizzazione delle informazioni, la formazione del personale sanitario e la collaborazione tra ospedali e medici di base.

Solo attraverso un approccio coordinato e sistematico sarà possibile ottimizzare l'efficacia di questa iniziativa e garantire il benessere dei pazienti fragili e con comorbidità.

A parere di ANMDO, l'inclusione delle raccomandazioni vaccinali nella lettera di dimissione non è solo una buona pratica clinica, ma anche un investimento strategico per la salute pubblica. Promuovere la vaccinazione in una fascia di popolazione particolarmente vulnerabile significa ridurre il carico di malattie prevenibili e migliorare l'efficienza del sistema sanitario.

Si allegano 2 documenti esplicativi

1 - PATOLOGIE/ CONDIZIONI PATOLOGICHE vs VACCINAZIONI RACCOMANDATE

2 - VACCINAZIONI RACCOMANDATE PER PAZIENTI FRAGILI

PATOLOGIE/CONDIZIONI PATOLOGICHE VS VACCINAZIONI RACCOMANDATE

Sono considerate alcune patologie/condizioni patologiche prevalenti vs vaccinazioni raccomandate; le patologie, sulla base delle indicazioni del Calendario vaccinale per la vita 2025, sono state considerate in modo esaustivo/specifico nell'elenco "Vaccinazioni raccomandate per pazienti fragili".

Asplenia vaccinazione anti:

- Pertosse
- Haemophilus Influenzae tipo b
- Varicella*
- Pneumococco
- Meningococco (ACWY)
- Covid

Condizioni di immunodeficienza vaccinazione anti:

- Pertosse
- Haemophilus Influenzae tipo b
- Pneumococco
- Meningococco (ACWY)
- Influenza
- Covid

Diabete vaccinazioni anti:

- Pertosse
- Varicella*
- Pneumococco
- Meningococco (ACWY)
- Influenza
- Herpes Zoster
- Covid

Epatopatie croniche vaccinazioni anti:

- Pertosse
- Epatite B
- Varicella*
- Pneumococco
- Meningococco (ACWY)
- Epatite A
- Covid

Insufficienza renale cronica vaccinazioni anti:

- Pertosse
- Epatite B
- Pneumococco
- Meningococco (ACWY)
- Influenza
- Covid

Malattie cardiovascolari croniche vaccinazioni anti:

- Pertosse
- Pneumococco
- Influenza
- Herpes zoster
- Covid

Malattie oncologiche vaccinazioni anti:

- Epatite B
- Pneumococco
- Influenza

Malattie respiratorie croniche vaccinazioni anti :

- Pertosse
- Varicella*
- Pneumococco
- Influenza
- Herpes Zoster
- Covid

Patologie croniche vaccinazione anti virus respiratorio sinciziale anti-RSV**Trapianti vaccinazioni anti:**

- Epatite B
- Haemophilus Influenzae tipo b
- Varicella*
- Pneumococco
- Covid

*per pazienti senza precedenti di varicella

VACCINAZIONI RACCOMANDATE PER PAZIENTI FRAGILI**I riferimenti sono:**

- il Calendario Vaccinale per la Vita 5° edizione 2025
- il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025.

Le vaccinazioni raccomandate dovrebbero essere incluse:

- nei PDTA delle patologie indicate dal Calendario Vaccinale per la Vita
- nella lettera di dimissione del paziente fragile con diagnosi di patologia indicata dal Calendario Vaccinale per la Vita.

Vaccinazione anti Pertosse

Utilizzo del vaccino combinato dTpa per pazienti con malattia cardiovascolare, respiratoria, epatica, renale, diabete tipo I e II, asplenia, condizioni di immunodeficienza.

Vaccinazione anti Epatite B

Per pazienti:

- politrasfusi, emofilici, emodializzati
- con patologie oncologiche, reumatologiche, infiammatorie croniche intestinali
- diabetici

- con epatopatia cronica
- candidati a trapianto di organo solido
- con lesioni croniche eczematose o psoriasiche

Vaccinazione anti Haemophilus influenzae tipo b

Per pazienti con:

- asplenia
- anemia cellule falciformi
- con trapianto di midollo
- in attesa di trapianto solido
- immunodeficienze

Vaccinazione anti Varicella

Per pazienti senza precedenti di varicella:

- leucemia linfatica acuta in remissione a tre mesi dall'ultimo ciclo di chemioterapia con parametri immunologici compatibili
- con malattia neoplastica in remissione a tre mesi dall'ultima chemioterapia oppure a sei mesi dal 'utilizzo di farmaci biologici contro linfociti B
- con insufficienza renale/ surrenalica cronica
- in attesa trapianto d'organo
- diabete
- malattie polmonari croniche
- alcoolismo
- asplenia
- con deficienza terminale del complemento
- epatopatie croniche
- riceventi fattori della coagulazione concentrati
- con patologie del motoneurone
- destinati a terapia immunosoppressiva

Vaccinazione anti Pneumococco (PCV15 o PCV20)

Per pazienti con:

- cardiopatie croniche
- malattie polmonari croniche
- epatopatie croniche
- alcoolismo
- diabete mellito
- anemia falciforme e talassemia
- immunodeficienze
- immunosoppressione iatrogena
- asplenia
- leucemie, linfomi, mieloma multiplo
- neoplasie diffuse
- trapianto d'organo o di midollo
- insufficienza renale cronica
- infezione da HIV

Vaccinazione anti Meningococco (ACWY)

Per pazienti con:

- condizioni associate ad immunosoppressione/immunodeficienze acquisite
- diabete mellito
- insufficienza renale con creatinina clearance < 30ml/min
- epatopatie croniche gravi
- perdita liquido cerebrospinale
- difetti toll like receptor tipo 4
- infezione da HIV
- difetti congeniti del complemento
- asplenia

Vaccinazione antinfluenzale

Per pazienti con:

- malattie croniche apparato respiratorio
- malattie croniche apparato cardio circolatorio
- diabete mellito/ altre malattie metaboliche
- insufficienza renale/ surrenale cronica
- malattie organi emopoietici/emoglobinopatie
- tumori in trattamento chemioterapico
- immunodeficienze/ immunosoppressione da farmaci o da HIV
- malattie infiammatorie croniche
- patologie con programmati importanti interventi chirurgici
- malattie neuromuscolari

Vaccinazione anti HPV

Per pazienti donne in trattamento per lesioni tipo CIN2+ o grado superiore (neoplasia intraepiteliale cervicale)

Vaccinazione anti Epatite A

Per pazienti con:

- epatopatia cronica
- trattamenti con emoderivati o concentrati di fattori della coagulazione

Vaccinazione anti Herpes zoster

Per pazienti con:

- diabete mellito
- malattie cardiovascolari croniche
- malattie respiratorie croniche
- con terapia immunosoppressiva

Vaccinazione anti Covid

Per pazienti con:

- malattie respiratorie croniche
- malattie cardiovascolari croniche
- malattie cerebrovascolari
- diabete ed endocrinopatie severe
- malattie neurologiche (es SLA)
- obesità (BMI > 30)
- insufficienza renale cronica
- malattie organi emopoietici ed emoglobinopatie
- in attesa trapianto d'organo / trapianto d'organo con immunosoppressione
- trapianto di cellule staminali (entro 2 anni dal trapianto o in immunosoppressione)
- immunodeficienze primitive
- immunodeficienze da trattamento farmacologico
- asplenia
- infezione da HIV
- malattie infiammatorie croniche e sindromi malassorbimento intestinale
- epatopatia cronica

Vaccinazione anti Virus respiratorio sinciziale

per pazienti con patologie croniche.

La Performance aziendale risultante dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia: un'analisi delle infezioni postchirurgiche (indicatore H16S) presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (ASDAA)

Riassunto

Tra le infezioni correlate all'assistenza, le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano una delle complicanze più frequenti. Con il DM 12 marzo 2019 è stato introdotto il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) con gli obiettivi di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni. Tra gli indicatori relativi all'area ospedaliera NO CORE (non valutato tramite un punteggio), si configura l'indicatore "H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche". L'esito di questo indicatore riscontrato nella P.A. di Bolzano è da anni significativamente superiore rispetto alla media nazionale. In collaborazione con le Direzioni mediche ospedaliere sono stati verificati attraverso uno specifico protocollo di valutazione i ricoveri eleggibili per questo indicatore nel 2022. Dal confronto di questa analisi con altre banche dati emergono poche prove attestanti un rischio infettivo postchirurgico elevato nelle strutture ospedaliere della P.A. di Bolzano.

INTRODUZIONE

Tra le infezioni correlate all'assistenza, le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano una delle complicanze più frequenti, associandosi ad un aumento significativo della durata di degenza, dei costi e della mortalità attribuibile (1-4). Diversi studi (5-15) dimostrano come sia possibile ridurre il rischio di ISC attraverso l'adozione di programmi di intervento, come una sorveglianza continuativa e il feed-back periodico dei dati ai reparti. Le ISC restano un obiettivo importante nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), nonché una delle priorità ufficiali in diversi paesi Europei (4,6-8,10-15). In Italia la sorveglianza delle ISC è stata affidata al Sistema nazionale di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SNIC), finanziato dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) e coordinato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (ASSR) Emilia-Romagna (6).

Le infezioni post-chirurgiche vengono analizzate dall'indicatore H16S presente all'interno del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), introdotto con DM 12 marzo 2019 ed operativo dal 01.01.2020 volto a verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il NSG è composto da un sottoinsieme di 22 indicatori, cosiddetto "CORE" (utilizzati per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni) e da un sottoinsieme di 66 indicatori "NO CORE" (non valutati con un punteggio). Questi indicatori interessano tre macro-aree: l'area prevenzione collettiva e sanità pubblica, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Affinché l'esito della valutazione globale sia positivo, e quindi una regione risulti "adempiente", il punteggio degli indicatori "CORE" per ciascuna delle macro-aree deve essere superiore a 60/100. Rispetto

Rosanna Loss¹, Silvia Tortora¹, Gaia Piccinni², Roberta Vanzetta², Astrid Richter³, Camilla Marcato³, Marco Mancini⁴, Mirko Bonetti⁵, Elisabeth Montel⁶

1 Direzione Medica dell'Ospedale Provinciale di Bolzano

2 Direzione Medica dell'Ospedale di Brunico

3 Direzione Medica dell'Ospedale di Merano

4 Direzione Medica dell'Ospedale di Bressanone

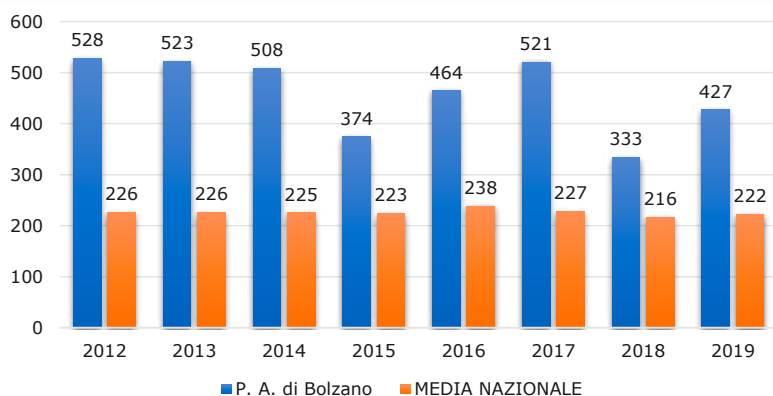
5 Osservatorio per la salute, Provincia autonoma di Bolzano - Alto Adige

6 Direzione del Comprensorio Sanitario di Bressanone

PAROLE CHIAVE:

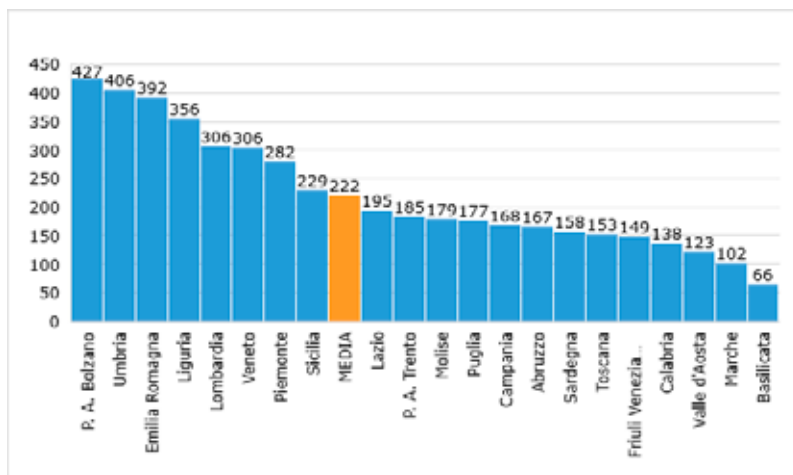
infezioni del sito chirurgico, consumo di antibiotici, diffusione antibiotico-resistenze

Figura 1: Indicatore H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche per 100.000 abitanti, confronto tra P.A. Bolzano e media nazionale (anni 2012-2019)



Fonte: Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Figura 2: Indicatore H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche per 100.000 abitanti, confronto interregionale (anno 2019)



Fonte: Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

al 2022, ultimo dato disponibile, la P.A. di Bolzano risultava adempiente nell'area ospedaliera (75,23/100 punti) e nell'area distrettuale (77,03/100 punti), mentre risultava inadempiente nell'area della prevenzione (54,14/100 punti) (16).

MATERIALI E METODI

L'analisi dell'indicatore H16S viene eseguita tramite una lettura attenta della scheda dell'indicatore e previo il confronto con altre fonti relative a: infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti (ECDC, PPS 2022-2023) (1,5), complicanze post-chirurgiche (indicatore OECD e Programma Nazionale Esiti)

(17,18), consumo di antibiotici (AIFA, Rapporto Nazionale 2022) (19,20) e diffusione antibiotico-resistenze (ECDC, PPS 2022-2023 e Rapporto AR-ISS, dati 2022) (1,5,19).

Inoltre, in collaborazione con le Direzioni mediche ospedaliere sono state verificate tutte le cartelle cliniche relative ai ricoveri eleggibili per questo indicatore nel 2022 attraverso uno specifico protocollo di valutazione.

Il protocollo di valutazione si basa sul documento SNICH2 (6) ed è di tipo "patient-based"; permette inoltre di calcolare tassi di infezione standardizzati in base all'indice di rischio proposto dal NHSN per confronti inter-ospedalieri.

Il confronto con le altre fonti e i risultati della verifica dei ricoveri presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (ASDAA) vengono esposti nella presente relazione con l'obiettivo di verificare l'effettivo rischio infettivo nelle strutture ospedaliere.

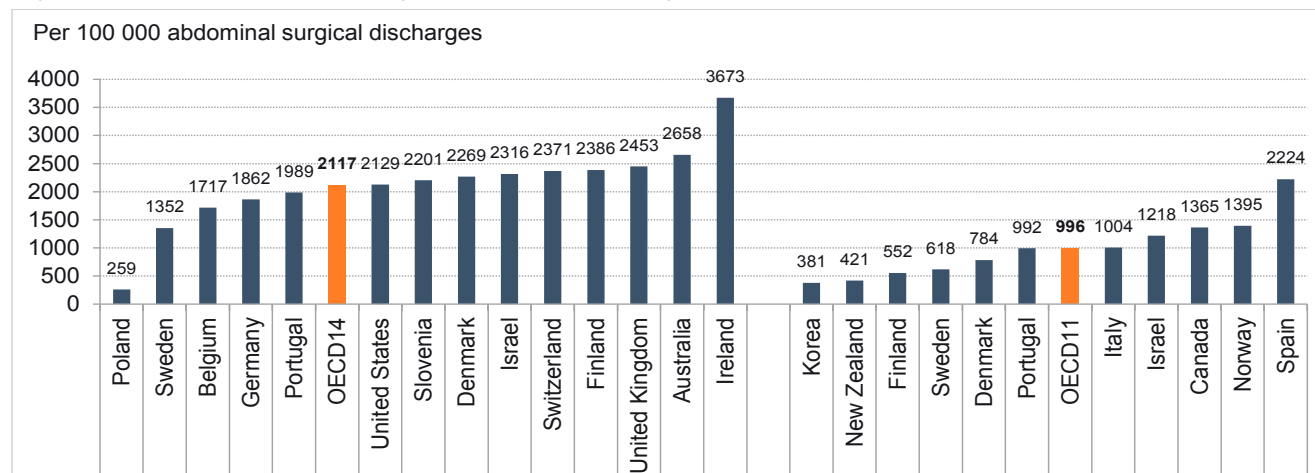
Pur essendo indicatore "NO CORE" e pertanto non incidendo direttamente sulla valutazione della performance, l'indicatore "H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche" mostra tuttavia un valore per la P.A. di Bolzano, da anni molto superiore rispetto alla media nazionale (figura 1 e 2).

Secondo la scheda tecnica per il calcolo dell'indicatore H16S "il rischio infettivo, ossia il rischio per i pazienti di contrarre un'infezione nel corso di un episodio di assistenza sanitaria, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni rischio, della complessità, dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento".

L'indicatore è dato dal rapporto tra "il numero di dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per sepsi presente in un campo di diagnosi secondaria durante l'episodio chirurgico e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall'episodio chirurgico" ed "il totale di tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età > 14 anni", moltiplicato poi per 100.000. Le diagnosi di sepsi sono identificate dai seguenti codici ICD-9-CM:

- 379.63 - Infiammazione (infezione) di vescicole post-procedurali, stadio 3
- 634.0x - Aborto spontaneo complicato da infezione del tratto genitale e pelvico
- 635.0x - Aborto indotto legalmente complicato da infezione del tratto genitale e pelvico
- 637.0x - Aborto non specificato complicato da infezione del tratto genitale e pelvico

Figura 3: Sepsì postoperatorie negli interventi di chirurgia addominale, 2015 (o ultimo anno)



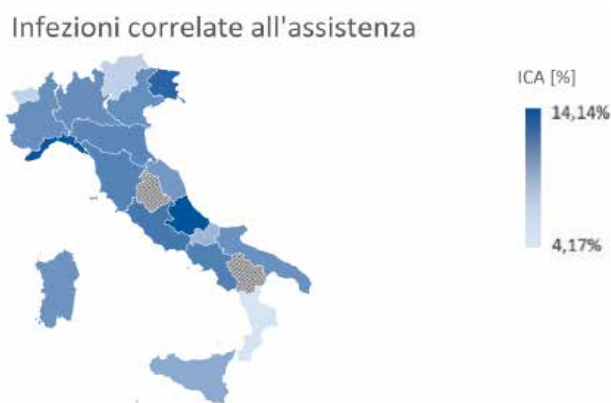
Fonte: OECD Health Statistics 2017.

- 638.0 - Tentativo fallito di aborto complicato da infezione del tratto genitale e pelvico
- 639.0 - Infezione del tratto genitale e della pelvi
- 674.3x - Altre complicazioni di suture chirurgiche ostetriche
- 996.60 - Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti non specificati
- 996.61 - Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci
- 996.66 - Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne
- 996.67 - Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti ortopedici interni
- 996.69 - Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni
- 998.51 - Sieroma infetto postoperatorio
- 998.59 - Altra infezione postoperatoria.

Sulla base di tali criteri di selezione, sono stati estratti dal flusso ministeriale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) i 129 ricoveri relativi al numeratore dell'indicatore H16S. Un indicatore paragonabile all'H16S viene calcolato dall'OECD attraverso la frequenza di sepsi post-operatorie dopo un intervento di chirurgia addominale. Gli istogrammi nella parte sinistra del grafico rappresentano il tasso delle complicazioni postoperatorie sulla base del "ricovero chirurgico", ovvero insorte durante il ricovero in ospedale, dove è avvenuto l'intervento, mentre gli istogrammi nella parte destra del grafico i tassi basati non solo sul «ricovero chirurgico», ma anche su tutte le successive riammissioni in ospedale entro 30 giorni, sia nello

Figura 4: Prevalenza di ICA per regione

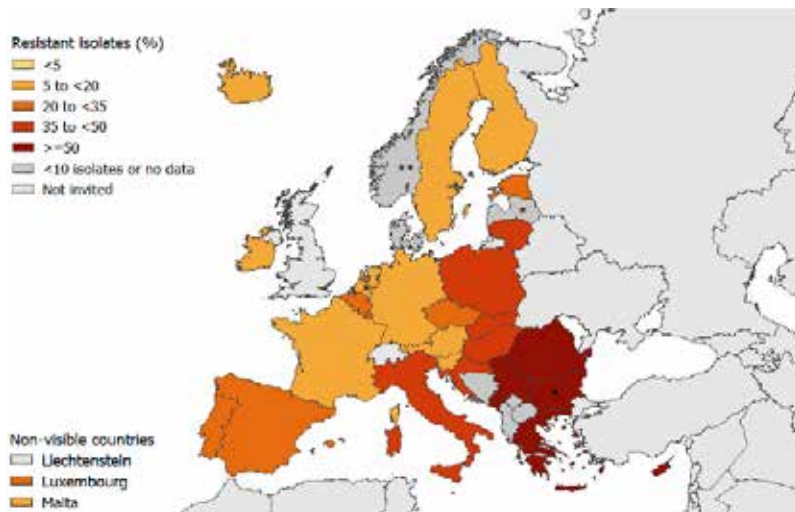
- per Regione/PA partecipante (Figura 5): dal 4,17% al 14,14%;



Fonte: PPS3, Report riassuntivo 2023

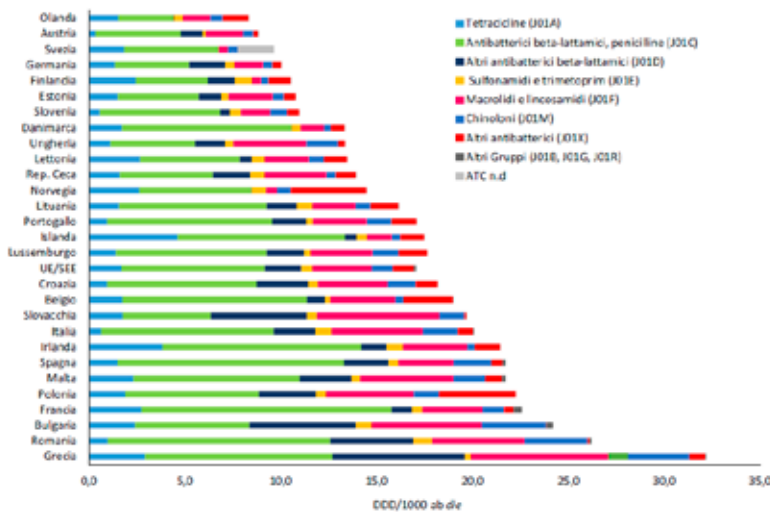
stesso ospedale che in un altro ospedale (figura 3). Tuttavia, viene sottolineato come sia necessaria una certa cautela nell'interpretare la misura in cui questi indicatori riflettano le differenze internazionali nella sicurezza dei pazienti. Il modo con cui i Paesi sono abituati a registrare le diagnosi e le procedure, può influenzare il calcolo dei tassi. In alcuni casi, tassi più elevati di eventi avversi possono segnalare sistemi di monitoraggio della sicurezza dei pazienti più sviluppati piuttosto che un'assistenza peggiore. Conseguentemente per una migliore qualità di tale indicatore, si necessita di una maggiore coerenza nella trasmissione dei dati sulla sicurezza dei pazienti, nei vari Paesi; esiste dunque un ampio margine di manovra

Figura 5: Indice composito di AMR: percentuale di isolati resistenti al primo livello di resistenza antimicrobica, per stato (n = 9.624 isolati)



Fonte: ECDC, PPS 2022-2023

Figura 6: Consumo (DDD/1000 abitanti die) territoriale di antibiotici per Paese e ATC III livello nel 2022



Fonte: AIFA, L'uso degli antibiotici in Italia

per migliorare la rilevazione dei dati nell'ambito dei programmi nazionali sulla sicurezza dei pazienti (17). Nella recente Sorveglianza europea mediante la prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti (PPS3) (5), in Italia è stata riscontrata una prevalenza media di pazienti con ICA nei singoli ospedali pari all' 8,80% (CI95%: 8,78%-8,82%). Il range ICA tra le diverse regioni/PA partecipanti si è attestato a circa 10 punti percentuali, dal 4,17% al 14,14% (Figura 4).

Le tipologie di ICA riscontrate con maggior frequenza sono le infezioni del basso tratto respiratorio (19,18%), le infezioni del sangue (18,83%), le infezioni delle vie urinarie (17,09%), COVID-19 (16,23%) e le infezioni del sito chirurgico (10,53%). Nella P.A. di Bolzano è stata rilevata una prevalenza di ICA pari al 5,4%. Le ICA maggiormente riscontrate erano le infezioni del sito chirurgico (22,2%), le infezioni respiratorie (20,0%), le infezioni urinarie (17,7%), le infezioni del sangue (17,7%) e le infezioni Covid-19 (13,2%).

L'indicatore del Programma Nazionale Esiti (PNE) "Complicanze a 30 giorni da colecistectomia laparoscopica in regime ordinario" analizza gli esiti a breve termine dell'intervento di colecistectomia laparoscopica eseguito in regime di ricovero ordinario e può essere considerato un buon indicatore della qualità dell'attività delle strutture chirurgiche (18). Relativamente al biennio 2021/2022, in P.A. di Bolzano, la proporzione di complicanze, entro 30 giorni da colecistectomia laparoscopica, si è attestata al 4,9%, rispetto al dato nazionale del 2,0%, con un rischio relativo due volte superiore.

Durante la Sorveglianza europea mediante la prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti è stato calcolato anche l'indice composito dell'antibiotico-resistenza (AMR) (1). I dati relativi al biennio 2022/2023 evidenziano come l'Italia appartenga ai Paesi interessati da una maggiore diffusione di antibiotico-resistenze (figura 5).

Questi dati abbastanza preoccupanti vengono confermati nel rapporto sulla Sorveglianza dell'Antibiotico-Resistenza, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (AR-ISS) (19).

Nella P.A. di Bolzano la problematica delle antibiotico-resistenze è fortunatamente meno preoccupante ed è rilevante la differenza in termini di proporzioni di resistenza agli antibiotici delle principali combinazioni patogeno/antibiotico tra il valore italiano e quello nella P.A. di Bolzano (tabella 1). Dal Rapporto dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali "L'uso degli antibiotici in Italia" emerge che nel 2022 il consumo medio di antibiotici per uso sistemico in ambito territoriale nei Paesi UE/SEE è stato di 17,85 DDD/1000 abitanti die. Il valore più basso del consumo di antibiotici in ambito livello territoriale è stato osservato per l'Olanda (8,32 DDD), mentre quello più elevato per la

Tabella 1: Percentuali di resistenza alle principali combinazioni patogeno/antibiotico sotto sorveglianza in Italia e nella P.A. di Bolzano, anni 2021-2022

Patogeno	Antibiotico	Media nazionale		P.A. di Bolzano	
		2021 R (%)	2022 R (%)	2021 R (%)	2022 R (%)
S. aureus	meticillina	30,5	29,9	7,4	5,5
E. faecium	vancomicina	26,9	30,7	12,2	24,4
E. coli	cefalosporine III gen.	24,4	24,2	11,9	10,9
	fluorochinoloni	33,3	31,6		
K. pneumoniae	carbapenemi	27,1	24,9	5,1	1,3
	cefalosporine III gen.	53,6	53,3		
	fluorochinoloni	50,8	48,7		

Leggenda: MRSA - S. aureus resistente alla meticillina, VRE-faecium - E. faecium resistente alla vancomicina, CREC - E. coli resistente alle cefalosporine di terza generazione, CRKP - K. pneumoniae resistente ai carbapenemi. Fonte: AR-ISS, 2023

Tabella 2: Antibiotici per uso sistemico: andamento regionale del consumo (DDD/1000 abitanti die) nel periodo 2019-2022 (distribuzione convenzionata)

Regione	2019	2020	2021	2022	Δ % 22-21
Italia	15,8	12,1	11,5	14,4	24,9
Nord	12,4	9,3	8,7	11,3	29,5
Centro	17,0	12,6	12,0	15,1	25,8
Sud	19,9	15,7	15,3	18,5	20,6
P.A. di Bolzano	8,4	6,0	5,6	7,7	36,2

Fonte: AIFA, L'uso degli antibiotici in Italia

Tabella 3: Ricoveri con presunta infezione post-chirurgica nella P.A. di Bolzano

Ospedali di	N. ricoveri	N. ricoveri precedenti (entro 30 gg)	% n. ricoveri
Bolzano	38	25	29%
Merano e Silandro	36	14	28%
Brunico e San Candido	33	20	26%
Bressanone e Vipiteno	22	12	17%
Totale	129	71	100%

Fonte: elaborazioni su dati SDO

Grecia (31,16 DDD). L'Italia si pone al di sopra della media UE/SEE, al nono posto tra i Paesi a maggior utilizzo di antibiotici con un consumo pari a 20,05 DDD/1000 abitanti/die (Figura 6) (20).

Analizzando l'andamento regionale del consumo di antibiotici per uso sistemico (DDD/1000 abitanti/die) nel periodo 2019-2022, si osserva un'ampia variabilità regionale, con un consumo maggiore al Sud (18,5 DDD) rispetto al Nord (11,3 DDD) e

al Centro (15,1 DDD). Nella P.A. di Bolzano viene consumata la metà degli antibiotici rispetto alla media nazionale (Tabella 2).

Poiché in 71 casi (55%) dei 129 ricoveri, oggetto di verifica, l'infezione postchirurgica non è insorta durante il ricovero chirurgico ossia nel ricovero in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico, la verifica è stata quindi estesa ai ricoveri nei precedenti 30 giorni dalla data dell'infezione (tabella 3).

Tabella 4: Protocollo di valutazione

	Descrizione	Valori variabili
INTERVENTO	Codifica corretta	1 = Sì 2 = No Se errata possibilità di correzione
	Data intervento *	gg/mm/aa
	Durata intervento *	in minuti
	Classe ASA *	1 = buona salute 2 = malattia sistemica leggera/moderata 3 = malattia sistemica grave 4 = malattia sistemica grave disabilitante 5 = paziente in pericolo di vita 9 = non noto
	Durata degenza post-intervento	in giorni
PROFILASSI ANTIBIOTICA PERIOPERATORIA (PAP)	Profilassi antibiotica perioperatoria (PAP) *	1 = Sì 2 = No 9 = non noto
	Scelta antibiotico inerente la procedura aziendale	1 = Sì 2 = No
	Timing somministrazione PAP	1 = <= 2 h prima dell'intervento 2 = > 2 h prima dell'intervento 9 = non noto
	molecola	Campo libero
INFEZIONE SITO CHIRURGICO (ISC)	Infezione post-chirurgica *	1 = Sì 2 = No
	Correlazione con definizione	1 = Sì 2 = No
	Data insorgenza infezione *	gg/mm/aa
	Tipo di infezione *	1 = superficiale 2 = profonda 3 = organo/spazio
	Ricerca del microrganismo *	1 = Sì 2 = No
	Tipo microrganismo	Campo libero
	Multiresistenza	1 = Sì 2 = No
	Consulenza infettivologica	1 = Sì 2 = No

Il protocollo di valutazione adottato è stato elaborato a partire dal protocollo della Sorveglianza nazionale dell'infezione del sito chirurgico (SNICH2) (6). Esso è suddiviso in tre parti riguardanti nello specifico l'intervento chirurgico, la profilassi antibiotica peri-operatoria (PAP) e l'infezione del sito chirurgico (ISC). Le variabili contrassegnate da un asterisco sono presenti anche nel protocollo SNICH2 (tabella 4). Il protocollo nazionale raccomanderebbe di eseguire

la raccolta dati per un minimo di 90 giorni e/o per 30 interventi chirurgici. Per ottenere conclusioni valide raccomandano inoltre di limitare la varietà degli interventi, concentrandosi sulle procedure più frequenti e rientranti nei gruppi di intervento indicati dal National Health Safety Network (NHSN). Al contrario, l'indicatore H16S prende in considerazione tutte le procedure chirurgiche. Inoltre, in caso di infezione post-chirurgica considera solo i ricoveri

Tabella 5: Informazioni di carattere demografico (sesso, età)

Ospedali di	Ricoveri	%	Femmine	% Femmine	Età mediana	Età IQR
Bolzano	38	29%	20	52,6%	68	(53 - 76)
Merano e Silandro	36	28%	18	50,0%	68	(44,5 - 78)
Bressanone e Vipiteno	22	17%	12	54,5%	64	(52 - 76)
Brunico e San Candido	33	26%	9	27,3%	64	(51 - 79)
Totale	129	100%	59	45,7%	67	(52 - 77)

Fonte: elaborazione su dati SDO

nei 30 giorni precedenti, indipendentemente dall'impianto di materiale protesico, dove la sorveglianza dovrebbe essere estesa a 90 giorni.

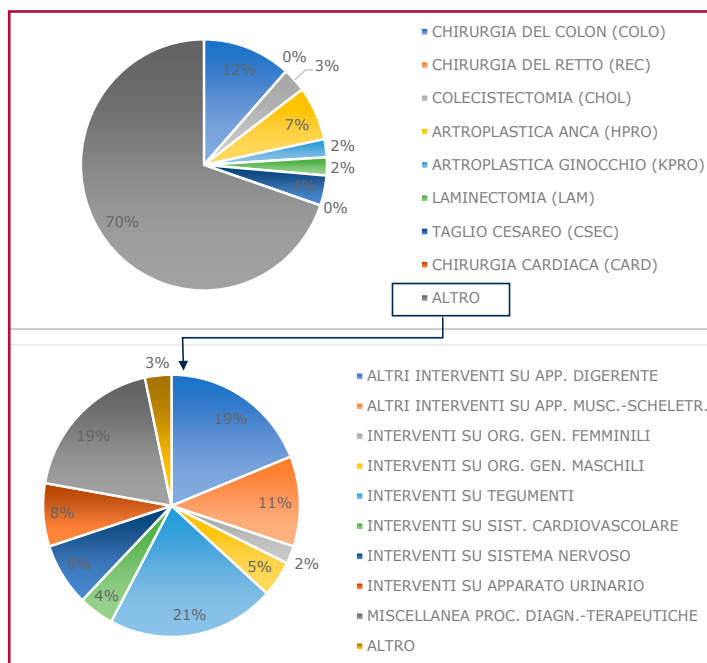
Per valutare la presenza di una ISC, il gruppo di valutazione si è attenuto rigorosamente alle definizioni riportate nel protocollo SNICH2, relative a infezione superficiale dell'incisione chirurgica, infezione profonda dell'incisione chirurgica e infezione di organo/spazio. La parte relativa alla profilassi antibiotica perioperatoria (PAP) è stata valutata previa consultazione della procedura aziendale n. 1253/17.

Le cartelle cliniche campionate sono state verificate nel mese di agosto 2024, contemporaneamente da almeno due operatori sanitari delle direzioni mediche ospedaliere, su cartella clinica cartacea e in parte anche informatizzata, in particolare per la verifica dei ricoveri precedenti. I dati sono stati raccolti attraverso una maschera ACCESS e successivamente analizzati attraverso il calcolo di valori assoluti e percentuali e di statistiche descrittive.

RISULTATI

I risultati della verifica sui ricoveri presso ASDAA con presunta infezione post-chirurgica vengono illustrati fornendo prima un inquadramento generale, poi delle informazioni sulla completezza raccolta dei dati principali contenuti nel protocollo di valutazione e infine riportando i risultati relativamente a conferma dell'infezione del sito chirurgico, tipi di infezione del sito chirurgico, profilassi antibiotica peri-operatoria, ricerca di microorganismo e richiesta di consulenza infettivologica. Il campione di 129 ricoveri è costituito nel 45,7% da pazienti di sesso femminile e presenta

Figura 7: Suddivisione dei ricoveri per gruppo di intervento NHSN e dettaglio di gruppo "ALTRO"



Fonte: elaborazione su dati SDO

un'età mediana di 67 anni. L'infezione postchirurgica interessa quindi con una lieve prevalenza il sesso maschile e le persone di media età (tabella 5).

Solo il 30% degli interventi chirurgici rientranti nel campione appartiene ad un gruppo di intervento NHSN, mentre il 70% degli interventi identificati con "ALTRO" comprende una miscellanea di diversi interventi, (figura 7). Pertanto, il campione sottoposto a valutazione è caratterizzato da una elevata variabilità di interventi chirurgici.

Tutte le variabili sono state valutate e documentate

Tabella 6: Completezza delle principali variabili valutate

Variabile	Rilevata	Totale	%
Data intervento	126	126	100,0%
Durata intervento	88	126	69,8%
Classe ASA	105	126	83,3%
Profilassi antibiotica peri-operatoria	74	126	58,7%
Infezione del sito chirurgico	98	129	76,0%
Data insorgenza infezione	96	129	74,4%
Tipo di infezione	96	129	74,4%
Ricerca del microrganismo	94	129	72,9%

Tabella 7: Ricoveri con e senza conferma di infezione del sito chirurgico (ISC)

Gruppo	Ricoveri	ISC confermate	%	Altra infezione	Deiscenza	Altro
Chirurgia del colon (COLO)	15	9	60,0%	3	1	2
Colecistectomia (CHOL)	4	4	100,0%	0	0	0
Artroplastica anca (HPRO)	9	7	77,8%	2	0	0
Artroplastica ginocchio (KPRO)	3	3	100,0%	0	0	0
Laminectomia (LAM)	3	3	100,0%	0	0	0
Taglio cesareo (CSEC)	5	5	100,0%	0	0	0
Altri interventi	90	77	85,6%	3	2	8
Totale	129	108	83,7%	8	3	10

Tabella 8: Infezioni del sito chirurgico (ISC) per classe ASA e per tipo di infezione

Classe ASA	Tipo di infezione				Totale	%
	superficiale	profonda	organo/spazio	non indicato		
1 = buona salute	3	6	2	0	11	10%
2 = malattia sistemica leggera/ moderata	7	22	13	6	48	44%
3 = malattia sistemica grave	5	15	1	2	23	21%
4 = malattia sistemica grave disabilitante	0	1	0	0	1	1%
Nessuna indicazione	11	7	1	6	25	23%
Totale	26	51	17	14	108	100%

nella maschera ACCESS in oltre il 70% dei casi, ad eccezione della variabile “profilassi antibiotica peri-operatoria” (tabella 6). L’infezione del sito chirurgico è stata confermata nel 83,7% dei casi e nel 47% delle ISC confermate

si trattava di un’infezione profonda (tabella 7). Nel 44% dei casi sono interessati pazienti classificati con classe ASA II (malattia sistemica leggera/moderata) (tabella 8). Nel 42% di ISC confermate è stata prescritta e som-

Tabella 9: Ricoveri con infezione del sito chirurgico (ISC) e profilassi antibiotica peri-operatoria

Gruppo	ISC	Profilassi	%	No profilassi	Non noto non indicato no intervento
Chirurgia del colon (COLO)	9	8	89%	0	1
Colecistectomia (CHOL)	4	4	100%	0	0
Artroplastica anca (HPRO)	7	3	43%	0	4
Artroplastica ginocchio (KPRO)	3	3	100%	0	0
Laminectomia (LAM)	3	0	0%	0	3
Taglio cesareo (CSEC)	5	1	20%	0	4
Altri interventi	77	26	34%	8	43
Totale	108	45	42%	8	55

Tabella 10: Ricoveri con infezione del sito chirurgico (ISC) e ricerca microbiologica

Gruppo	ISC	Ricerca	% ricerca	Trovato	% trovato
Chirurgia del colon (COLO)	9	8	88,9%	8	100%
Colecistectomia (CHOL)	4	3	75%	2	66,7%
Artroplastica anca (HPRO)	7	7	100%	5	71,4%
Artroplastica ginocchio (KPRO)	3	3	100%	3	100%
Laminectomia (LAM)	3	3	100%	2	66,7%
Taglio cesareo (CSEC)	5	2	40%	2	100%
Altri interventi	77	59	77%	51	86%
Totale	108	85	78,7%	73	85,9%

Tabella 11: Ricoveri con infezione del sito chirurgico (ISC) e consulenza infettivologica

Gruppo	ISC	Consulenza	% consulenza
Chirurgia del colon (COLO)	9	1	11,1%
Colecistectomia (CHOL)	4	0	0%
Artroplastica anca (HPRO)	7	3	42,9%
Artroplastica ginocchio (KPRO)	3	0	0%
Laminectomia (LAM)	3	1	33,3%
Taglio cesareo (CSEC)	5	1	20%
Altri interventi	77	15	19,5%
Totale	108	21	19,4%

ministrata una PAP corretta, mentre nel 55% dei casi l'informazione relativa alla PAP non era disponibile perché non indicata o per mancanza della cartella clinica. Negli interventi di colecistectomia e artroplastica del ginocchio, la PAP è stata somministrata correttamente nel 100% dei casi (tabella 9).

La ricerca microbiologica è stata eseguita nel 78,7% dei casi ove presente un'infezione del sito chirurgico, seppur con alcune variazioni, per esempio nelle ISC dopo colecistectomia, artroplastica del ginocchio e laminectomia la ricerca microbiologica è stata fatta nel 100% dei casi (tabella 10).

La consulenza infettivologica è stata richiesta solo nel 19,4% dei casi con ISC accertata e prevalentemente per le infezioni dopo artroplastica dell'anca ed esclusivamente nel Comprensorio sanitario di Bolzano (tabella 11).

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

Nella P.A. di Bolzano il risultato dell'indicatore H16S del NSG "Frequenza di infezioni postchirurgiche per 100.000 interventi chirurgici" continua ad essere significativamente superiore alla media nazionale, questo mentre la partecipazione alla Sorveglianza europea mediante prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti, svoltasi nell'anno 2022-2023, abbia rilevato, per questa provincia, una prevalenza di ICA minore rispetto alla media nazionale.

Anche dal PNE, emerge come per la P.A. di Bolzano, vi sia un rilevante tasso di complicanze a 30 giorni dall'intervento di colecistectomia laparoscopica, in regime ordinario, pari infatti a circa il doppio della media nazionale. Questo indicatore meriterebbe ulteriori approfondimenti. Infine, nella P.A. di Bolzano il consumo sistemico di antibiotici risulta la metà rispetto a quello rilevato mediamente a livello nazionale e la diffusione delle antibiotico-resistenze è meno critica rispetto a quella riscontrata nelle altre regioni italiane.

La verifica eseguita sui ricoveri ha confermato nella quasi totalità dei casi la presenza di una infezione del sito chirurgico e ha evidenziato che vi sono ancora criticità nella prescrizione e somministrazione di una corretta PAP.

Da una prima analisi con diverse banche dati emergerebbe che il confronto con l'indicatore H16S evidenzia piuttosto alcune contraddizioni rispetto a un rischio infettivo postchirurgico elevato nelle strutture ospedaliere della P.A. di Bolzano.

È da puntualizzare inoltre che la qualità del dato di codifica ossia la scelta dei codici per registrare le diagnosi e procedure nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) esercita una forte influenza sull'esito dell'indicatore.

Per quanto riguarda la correttezza dei codici riportati nelle SDO relative ai ricoveri presso le

strutture ospedaliere altoatesine, la percentuale delle "vere ISC" conferma la buona qualità del dato. La presenza, infatti, dell'infezione postchirurgica è stata confermata inoltre nell'80% dei casi campionati.

È possibile che le ISC vengano sotto-codificate nelle altre regioni italiane, soprattutto dove il livello di antibiotico-resistenze risulta preoccupante.

È da notare che secondo la revisione delle linee guida ministeriali per la corretta codifica delle informazioni cliniche presenti sulla SDO (2010), tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero.

Riassumendo, il presente lavoro ha dimostrato una apparente scarsa correlazione dell'indicatore H16S del NSG con la frequenza di ISC rilevata negli ospedali della ASDAA e in generale quindi anche con la performance reale dell'assistenza sanitaria erogata nell'area ospedaliera.

A nostro avviso il risultato dell'indicatore H16S non è necessariamente da leggersi come indice di un peggiore livello di assistenza del Servizio Sanitario Provinciale ed è corretto l'inquadramento di questo specifico indicatore tra quelli NO CORE.

BIBLIOGRAFIA

1. *European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of health-care-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2024.*
2. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). Health care associated infections (HAIs): Incidence and Burden*
3. *Allegranzi B, Zayed B, Bischoff P, Kubilay NZ, de Jonge S, de Vries F, Gomes SM, Gans S, Wallert ED, Wu X, Abbas M, Boermeester MA, Dellinger EP, Egger M, Gastmeier P, Guirao X, Ren J, Pittet D, Solomkin JS; WHO Guidelines Development Group. New WHO recommendations on intraoperative and postoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. Lancet Infect Dis. 2016 Dec;16(12):e288-e303.*
4. *Cassini A, Plachouras D, Eckmanns T, et al. Burden of six healthcare-associated infections on European population health: estimating incidence based disability-*

- adjusted life years through a population prevalence based modelling study. *PLoS Med.* 2016;13(10)
5. Sorveglianza mediante prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti (PPS3) – Report riassuntivo. Torino: Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino. 2023.
 6. Protocollo della sorveglianza nazionale delle infezioni del sito chirurgico (SNICH2) e indicatori di prevenzione negli ospedali (versione 1.0- 12 ottobre 2022)
 7. Anderson DJ et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection control and hospital epidemiology*, 2014, 35(6), 605–627.
 8. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surg.* 2017 Aug 1;152(8):784-791.
 9. Badia JM et al. Impact of surgical site infection on healthcare costs and patient outcomes: a systematic review in six European countries. *The Journal of Hospital Infection*, 2017 VOLUME 96, ISSUE 1, P1-15
 10. Bordino V, Vicentini C, Cornio AR, Gianino MM, Zotti CM. Hip prosthesis and colon surgery, a decade of surveillance on surgical site infections in Italy, a prospective cohort study: rates, trends, and disease burden in DALYs. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2024 Feb 12;13(1):17. doi: 10.1186/s13756-024-01377-6. PMID: 38347612; PMCID: PMC10863245.
 11. M.B.G. Koek, T.I.I. van der Kooi, F.C.A. Stigter, P.T. de Boer, B. de Gier, T.E.M. Hopmans, S.C. de Greeff, J. Entius, J.C.M. Diederer, E.H. Groenendijk, L. Nolles, K.P. Jalink-Olthof, B.J.H. den Broeder, H.G.M. Blaauwgeers, Burden of surgical site infections in the Netherlands: cost analyses and disability-adjusted life years, *Journal of Hospital Infection*, Volume 103, Issue 3, 2019
 12. Weber WP, Zwahlen M, Reck S, et al. Economic Burden of Surgical Site Infections at a European University Hospital. *Infection Control & Hospital Epidemiology.* 2008;29(7):623-629. doi:10.1086/589331
 13. Plowman R, Graves N, Griffin MA, Roberts JA, Swan AV, Cookson B, Taylor L. The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. *J Hosp Infect.* 2001 Mar;47(3):198-209
 14. Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect* 2003; 54: 258–266
 15. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2011 Feb;32(2):101-14.
 16. Lispi L., Di Fonzo G., Gallo M., Giordani C., Ceccolini C., Cicchetti A., Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2022. Ministero della Salute, 2024
 17. OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
 18. Programma Nazionale Esiti edizione 2023 https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2023.pdf
 19. Iacchini S, Boros S, Pezzotti P, Caramia A, Errico G, Del Grosso M, Camilli R, Giufrè M, Pantosti A, Maraglino F, Palamara A.T., D'Ancona F, Monaco M, e il gruppo di lavoro AR-ISS. AR-ISS: sorveglianza nazionale dell'Antibiotico-Resistenza. Dati 2022. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISS Sorveglianza RIS-4/2023).
 20. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2024.

È possibile migliorare i risultati, la qualità di vita (QoL) dei Pazienti e ridurre i costi in chirurgia colo-rettale? Associando Laparoscopia ed ERAS si può fare

Riassunto

Il protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) è un modello organizzativo multidisciplinare e multifattoriale volto a facilitare e migliorare la convalescenza e la guarigione dei Pazienti sottoposti a chirurgia mediante l'ottimizzazione e la standardizzazione delle cure peri-operatorie. Con un approccio "lean" ed "effective" consente di migliorare gli outcomes clinici e la qualità di vita dei Pazienti, di dimetterli precocemente e di ridurre significativamente i costi. Lo scopo del presente studio è quello di valutare gli effetti clinici (outcomes e QoL dei Pazienti) ed i costi derivanti dall'associazione di ERAS con la chirurgia mini-invasiva colo-rettale eseguita in regime di elezione e di confrontarli con l'approccio peri-operatorio tradizionale che prevede una chirurgia condotta maggiormente per via laparotomica senza applicazione del protocollo ERAS.

MATERIALI E METODI

Lo studio è consistito in una valutazione retrospettiva comparativa di tre coorti di pazienti sottoposti a chirurgia colo-rettale in regime di elezione: il gruppo dell'anno 2018 conta un numero complessivo di 84 Pazienti sottoposti soltanto per il 30.9% a resezioni laparoscopiche, in totale assenza di applicazione del protocollo ERAS.

Il gruppo che fa riferimento all'anno 2020 è costituito da 106 Pazienti con tasso di resezioni laparoscopiche dell'89.6% e con il 73.9% degli items di ERAS applicati.

L'ultimo gruppo, riguardante l'anno 2021, conta un numero complessivo di 116 Pazienti con il 95.6% di resezioni laparoscopiche ed aderenza al 76.3% degli items di ERAS.

RISULTATI

L'introduzione dell'approccio mini-invasivo associato ad ERAS ha determinato un progressivo aumento percentuale del numero dei pazienti operati che è risultato del 26,2% nel 2020 (106 del 2020 vs 84 del 2018) e del 38,1% nel 2021 (116 del 2021 vs 84 del 2018).

L'applicazione degli items di ERAS è salita dal 73.9% del 2020 al 76.3% del 2021.

Per quanto riguarda le **giornate di degenza media**, l'applicazione sistematica dell'approccio mini-invasivo associato ad ERAS ha consentito di scendere globalmente da una degenza media di 12.8 giornate nell'anno 2018 a 5.8 giornate medie nel 2021. Abbiamo quindi rilevato una riduzione di 7 giorni di degenza media ed una contrazione percentuale della stessa del 55%.

Questa riduzione statisticamente significativa della degenza media è stata confermata per tutti i tipi di resezione, come si vede nella pagina successiva.

W. Siquini¹, A. Carrieri², A. Cardinali², R. Scibè², G-C. Gesuelli², C. Tranà², N. Silvestrini², M. Sartelli², G. Speranza², M. Palmieri², C. Di Falco³, G. Scaloni⁴

1 Direttore UOC Chirurgia Generale Ospedale Macerata (AST3 - Macerata);

2 Dirigente Medico UOC Chirurgia Generale ad indirizzo oncologico Ospedale Macerata (AST3 - Macerata);

3 Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico (AST3 - Macerata);

4 Dirigente Medico Direzione Medica Ospedale Macerata (AST3 - Macerata);

PAROLE CHIAVE:

Chirurgia Colo-rettale, Protocollo ERAS

1. Emicolectomia destra:

2018→ 12,9 gdm
 2020→ 5,9 gdm
 2021→ 5,5 gdm
 riduzione gdm 2018-2021 pari al 56%

2. Emicolectomia sinistra:

2018→ 11,7 gdm
 2020→ 5,8 gdm
 2021→ 5,1 gdm
 riduzione gdm 2018-2021 pari al 56%

3. Colectomia intermedia

2018→ 10,0 gdm
 2020→ 5,6 gdm
 2021→ 4,5 gdm
 riduzione gdm 2018-2021 pari al 55%

4. Resezione anteriore del retto

2018→ 15,8 gdm
 2020→ 8,1 gdm
 2021→ 7,8 gdm
 riduzione gdm 2018-2021 pari al 51%

Per le **infezioni del sito chirurgico**, si è assistito ad un crollo statisticamente significativo dal 20,2% del 2018 allo 0,9% del 2020 ed all'1,7% del 2021, confermando il dato dell'effetto positivo sulle infezioni del sito operatorio dovuto all'associazione di chirurgia mini-invasiva con ERAS, così come ben documentato in letteratura.

Nella nostra esperienza, nonostante l'aumento del numero dei pazienti negli anni presi in considerazione (84 nel 2018, 106 nel 2020 e 116 nel 2021)

l'utilizzo di antibiotici è passato da 285 giornate complessive del 2018 a 147 giornate complessive del 2020 e a 114 giornate complessive del 2021.

L'analisi statistica ha inoltre dimostrato una riduzione delle giornate medie di antibioticoterapia da 3,39 giornate del 2018 a 1,39 del 2020 fino a 0,98 del 2021.

Inoltre, anche il numero dei Pazienti sottoposti ad antibioticoterapia si è ridotto significativamente dal 40,4% del 2018 al 8,6 % del 2021. Anche questi risultati impattano sulla QoL dei pazienti e sulla riduzione della spesa sanitaria.

Per quanto concerne le **complicanze mediche**, si è assistito ad un crollo statisticamente significativo dal 19,1 % del 2018 al 5,2% del 2021 in particolare

abbiamo registrato l'abbattimento delle infezioni delle vie urinarie dall' 8.3 % del 2018 allo 0% del 2021, sicuramente imputabili alla precoce rimozione del catetere vescicale.

Le **complicanze chirurgiche** si sono sensibilmente ridotte dal 21,4% del 2018 al 13,7% del 2021 non raggiungendo tuttavia la significatività statistica. Nonostante ciò le deiscenze anastomotiche si sono più che dimezzate passando dal 4,76% del 2018 all'1,88 % del 2020 e all'1,72% del 2021. Ancora più importante è stata la riduzione ad 1/3 dei reinterventi che sono scesi dal 5,95% del 2018 all'1,7% del 2021.

I detrattori del protocollo ERAS sostengono che a fronte di una importante riduzione della degenza si sarebbe osservata una elevata **percentuale di ricoveri ripetuti (riospedalizzazioni)**. Nella nostra analisi, a fronte di un significativo dimezzamento della degenza (da 12,8 giornate del 2018 a 5,8 del 2021), la percentuale di riospedalizzazioni a 30 giorni è positivamente scesa dal 7,14% del 2018 al 5,17% del 2021.

Confrontando le giornate di degenza del 2018 vs 2020 e 2018 vs 2021 abbiamo rilevato una riduzione di 6,2 e 6,9 giorni rispettivamente nel 2020 e nel 2021; ciò ha consentito un risparmio, rispettivamente, di 657,2 e 800,4 posti letto/anno. Considerando un costo medio di 540 euro/die per la degenza presso un reparto di Chirurgia Generale stimiamo un **risparmio di € 354.888,00 nel 2020 e di € 432.216,00 nel 2021.**

CONCLUSIONI

I risultati del nostro studio, in accordo con la letteratura scientifica, dimostrano come l'associazione della chirurgia laparoscopica e del protocollo ERAS rappresenti il *gold standard* in chirurgia colo-rettale garantendo risultati straordinari, assolutamente irraggiungibili con l'approccio laparotomico e senza applicazione del protocollo ERAS.

Nella nostra esperienza questo connubio ha consentito il dimezzamento statisticamente significativo della degenza postoperatoria, una riduzione, anch'essa significativa, delle complicanze mediche, delle infezioni di ferita e dell'uso di antibiotici. Abbiamo, inoltre, registrato una sensibile riduzione delle complicanze chirurgiche, delle fistole anastomotiche, dei reinterventi e delle riospedalizzazioni

a 30 giorni, sebbene, allo stato, non ancora statisticamente significativi.

Il protocollo ERAS ha confutato assiomi finora indiscussi e non dimostrati dell'agire chirurgico, ha scardinato comportamenti che a lungo hanno contribuito ad aumentare inutilmente la sofferenza dei pazienti impattandone negativamente la qualità di vita.

In questo contesto, l'abolizione della preparazione intestinale, del sondino naso-gastrico e dei drenaggi, la rapida rimozione del cateterismo vescicale, la precoce rialimentazione e la ripresa della funzionalità intestinale in assenza di vomito, sono tutti items che hanno indubbiamente migliorato la qualità di vita del paziente, sollevandolo finalmente da inutili procedure, fonte di sofferenza.

Infine, il dimezzamento della degenza ci ha consentito un risparmio di circa 350.000-400.000 euro/annui che sommato al recupero di risorse derivante dal crollo del numero di infezioni del sito chirurgico, dalla riduzione delle complicanze mediche e delle complicanze chirurgiche, delle fistole anastomotiche, dei reinterventi, dell'utilizzo degli antibiotici e delle riospedalizzazioni, ha portato ad un corposo risparmio da reinvestire nell'implementazione di ERAS, tecnologia e chirurgia mini-invasiva.

In forza di quanto detto, confortati dalla letteratura scientifica, possiamo affermare che in chirurgia colo-rettale grazie ad ERAS ed alla chirurgia laparoscopica possiamo migliorare la qualità di vita dei pazienti, gli outcomes clinici e ridurre significativamente la spesa e che questa innovativa associazione rappresenti in chirurgia generale la rivoluzione copernicana più importante degli ultimi 30 anni, rivoluzione che ha aperto una nuova era nella gestione del paziente chirurgico, anche in tema di umanizzazione delle cure.

Purtroppo, nonostante quanto detto, gli ultimi dati AGENAS del 2021 riportano che in Italia ancora il 50% delle resezioni coliche viene effettuata con approccio laparotomico.

Di fronte ai risultati su esposti risulta chiaro che in chirurgia colo-rettale continuare ad eseguire di routine procedure laparotomiche senza applicazione del protocollo ERAS non sia più né giustificato né accettabile, sia per ragioni di etica professionale nei confronti dei pazienti sia per motivazioni riguardanti il contenimento della spesa pubblica.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA ESSENZIALE

1. *Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018 World J Surg (2019) 43:659–695* <https://doi.org/10.1007/s0026801>
2. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. *ESPEN guideline: clinical nutrition in surgery. Clin Nutr. 2017;36:623650*
3. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al. *Guidelines for perioperative care in elective colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations: 2018. World J Surg. 2019;43:659695*
4. Hain E, Maggiori L, Prost à la Denise J, Panis Y. *Transversus abdominis plane (TAP) block in laparoscopic colorectal surgery improves postoperative pain management: a meta analysis. Colorectal Disease. 2018;20:279287.*
5. Kirmeier E, Eriksson LI, Lewald H, Jonsson Fagerlund M, Hoeft A, Hollmann M, Meistelman C, Hunter JM, Ulm K, Blobner M; POPULAR Contributors. *Postanaesthesia pulmonary complications after use of muscle relaxants (POPULAR): a multicentre, prospective observational study. Lancet Respir Med. 2019;7:129140*
6. Pedziwiatr M, Kisialewski M, Wierdak M, Stanek M, Natkaniec M, Matłok M, et al. *Early implementation of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) protocol compliance improves outcomes: a prospective cohort study. Int J Surg. 2015;21:75–81. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919115010559>*
7. Gustafsson UO, et al. *Adherence to the ERAS protocol is associated with 5 year survival after colorectal cancer surgery: A retrospective cohort study. World J Surg 2016; 40:1092– 1103.*
8. Khuri SF, et al. *Determinants of longterm survival after major surgery and the adverse effect of postoperative complications. Ann Surg 2005;242:326–341; discussion 341–343*
9. Gillissen F, et al. *Structured synchronous implementation of an enhanced recovery program in elective colonic surgery in 33 hospitals in The Netherlands. World J Surg 2013;37:1082–1093.*
10. Thanh NX, et al. *An economic evaluation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) multisite implementation program for colorectal surgery in Alberta. Can J Surg 2016;59:*
11. Joliat GR, et al. *Costbenefit analysis of an enhanced recovery protocol for pancreaticoduodenectomy. Br J Surg 2015;102:1676–1683.*
12. Joliat GR, et al. *Costbenefit analysis of the implementation of an enhanced recovery program in liver surgery. World J Surg 2016; 40:2441–2450 Basse L, Werner M, Kehlet H (2000) Is urinary drainage necessary*

Terapia intensiva aperta nell'ospedale di Macerata: implementazione ed inizio di un progetto

Riassunto

Sulla scorta dei risultati positivi riportati in letteratura scientifica, la U.O.C. di Anestesia e Terapia Intensiva dell'Ospedale di Macerata, in collaborazione con la Direzione Medica, ha proposto l'implementazione e l'attivazione di questa nuova modalità organizzativa. Prima di renderla operativa è stato necessario il diretto coinvolgimento di tutto il personale operante all'interno della Terapia Intensiva per acquisire in primis la relativa adesione in modo consapevole, condiviso e partecipato. Successivamente si è proseguito con la predisposizione della formazione di tutti gli attori coinvolti, attraverso corsi specifici con l'intervento di esperti nei vari settori della comunicazione e da parte di professionisti che hanno già maturato esperienze simili.

INTRODUZIONE

Il ricovero ospedaliero è un evento critico che mette in difficoltà l'intero nucleo familiare.

La gravità clinica, la repentinità dell'evento e l'incertezza dell'esito terapeutico sono alla base delle emozioni che provano i pazienti e i loro cari. Questi aspetti sono difficili da gestire quando non si è formati e preparati a farlo e possono influenzare in modo significativo la sfera dei rapporti che si instaurano tra medico, paziente e familiare.

Il tempo di visita dei famigliari in Terapia Intensiva non viene sempre adeguatamente considerato pur essendo importante nell'assistenza e nella cura dei pazienti ricoverati.

I divieti, le negazioni o le restrizioni delle visite accentuano il disagio, la tensione, la paura e la preoccupazione. Diversi studi hanno dimostrato che aprire le porte della Terapia Intensiva e aumentare il tempo dedicato alle visite dei famigliari possono apportare dei benefici sia allo stato di salute del paziente che allo stato di apprensione e inquietudine che vivono i loro cari.

La "porta chiusa" in Terapia Intensiva viene vista da molti operatori come protezione per loro stessi e per i pazienti, in realtà molti studi hanno dimostrato che quando viene incentivato un maggior tempo di visita dei famigliari non si registra un aumento delle infezioni, mentre si riducono in modo significativo tanto le complicanze cardio-vascolari quanto gli "anxiety score" dei pazienti. Inoltre, è stato evidenziato come un approccio maggiore e migliore con i famigliari del paziente degente riduce in modo significativo i contenziosi medico-legali successivi al ricovero. L'accompagnamento e le visite ai pazienti ricoverati si inerisce nella più generale questione dell'umanizzazione delle cure. L'accoglienza dei famigliari e il tempo dedicato alla comunicazione possono essere visti come momenti di sviluppo e promozione al rispetto della persona umana durante i trattamenti sanitari.

Di Falco C.¹, Scaloni G.², Gattari D.³, Iacobone E.⁴, Moglianetti S.⁵

1 Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico (AST - Macerata)

2 Dirigente Medico Responsabile UOS Igiene Ospedaliera, Direzione Medica Ospedale di Macerata (AST - Macerata)

3 Direttore UOC Anestesia e Terapia Intensiva, Ospedale di Macerata (AST - Macerata)

4 Dirigente Medico UOC Anestesia e Terapia Intensiva. Ospedale di Macerata (AST - Macerata)

5 Coordinatrice Infermieristica UOC Anestesia e Terapia Intensiva, Ospedale di Macerata (AST - Macerata)

PAROLE CHIAVE:

Sovraffollamento, Triage, Overcrowding, Boarding, NEDOCS

I principi dell'umanizzazione delle cure non sono limitati ai reparti di Terapia Intensiva anzi hanno trovato un primo sviluppo in altri ambiti come nei corsi preparatori al parto dove veniva incentivata (ove gradita dalla partorientista) la presenza del padre in sala parto. Altri ambiti di applicazione sono stati il "rooming in" per facilitare il primo attaccamento materno-neonatale, oppure nei reparti di pediatria dove viene data la possibilità di permanenza anche notturna delle madri. Questi sono solo alcuni esempi di una progressiva modificazione da un atteggiamento "paternalistico", che considerava riduttivamente la persona ricoverata come mero corpo-oggetto di trattamento, verso una maggiore apertura alle esigenze umane e ad una più disponibile collaborazione con le famiglie.

I familiari dimostrano un maggior apprezzamento e soddisfazione quando la loro presenza al letto del malato ha meno restrizioni ed è più flessibile; quando hanno la possibilità di partecipare ad incontri con lo staff di cura, riferiscono una comprensione e un coinvolgimento maggiore nel processo decisionale e percepiscono che sia stato speso per loro abbastanza tempo e il loro problema sia stato preso sul serio.

Durante l'ultimo ventennio la Terapia Intensiva ha subito profondi cambiamenti: con l'uso di nuove strategie di ventilazione meccanica è stato possibile ridurre i livelli di sedazione dei pazienti anche nell'ottica della prevenzione delle complicanze date da un'immobilizzazione prolungata.

Questo ha reso possibile anche in Terapia Intensiva una comunicazione più diretta con i pazienti. Per gli infermieri, abituati a prendersi cura di malati non coscienti, non è stato semplice accettare la nuova situazione e imparare a gestirla.

Una volta abituati hanno apprezzato il fatto di occuparsi di individui comunicativi invece che di esseri umani incoscienti.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (Organo del Consiglio della Presidenza dei Ministri) già nel 2013 si era espresso sull'importanza della presenza dei familiari e dei visitatori in Terapia Intensiva; nel documento viene messo in evidenza che la qualità delle cure dipende non solo dai trattamenti puramente clinici, ma anche e soprattutto dal tempo e dal modo in cui vengono gestiti l'aspetto relazionale dei malati e dei loro cari. Proprio per questi motivi sia il codice di deontologia medica

che la legge 219 del 2017 sulle "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" stabiliscono che la comunicazione è essa stessa tempo di cura.

La presenza di persone care, inoltre, può essere vista come applicazione del principio di tutela dell'autonomia, sia perché in tal modo si dà soddisfazione a un'esigenza fondamentale del paziente, secondo le sue stesse indicazioni, sia perché il paziente riceve sostegno e conforto da persone che fanno parte della suo ambiente abituale di vita.

Un primo esempio riguarda il corpo: dare la possibilità ai familiari di toccare il corpo del loro caro, accarezzarlo, alimentarlo, sono gesti di enorme valore sia sul piano relazionale che sul piano terapeutico. È necessario uno sforzo per realizzare le condizioni per rendere questo possibile, con tutte le dovute cautele, ma deve divenire chiaro che il corpo del paziente non è qualcosa di espropriato e inaccessibile per i suoi cari.

Incentivare l'ingresso dei familiari non significa avere una Terapia Intensiva caotica, essendo, comunque, necessaria implementare nuovi percorsi e procedure che permettano di organizzare tali accessi in modo da salvaguardare tutti gli altri valori in gioco tra i quali, sicurezza, rispetto delle regole, tutela dell'igiene, garanzia della privacy, confidenzialità e intimità nei rapporti interpersonali.

Il progetto vuole guidare un cambiamento culturale nell'approccio alla comunicazione con i familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva nell'ottica di instaurare una vera e propria "alleanza terapeutica" al fine di ridurre la morbilità dei pazienti e di aumentare il benessere psicologico dei familiari.

Lo sviluppo di questo progetto potrà essere un'occasione di diffusione per molte pratiche cliniche di "umanizzazione" delle cure intensive, come descritto nell' "Heroic bundle" (www.heroicbundle.org).

In particolare, vorrebbe essere una sorta di invito a introdurre "buone abitudini", per esempio, nella comunicazione verso i familiari o nel controllo a lungo termine dell'outcome clinico e psicologico dei pazienti e dei loro familiari (ambulatorio post-T.I.).

Non devono essere negate o sottostimate le difficoltà che l'équipe della Terapia Intensiva (in particolare gli infermieri) potrebbe incontrare nell'implementazione di questo nuovo approccio, legate

fondamentalmente a uno stile differente non solo di relazionarsi con i visitatori ma anche e soprattutto all'iniziale disagio di imparare a lavorare in presenza dei famigliari. Molti studi hanno valutato che l'abolizione di restrizioni sull'orario di visita inizialmente comporta negli operatori sanitari un aumento dei carichi di lavoro.

Medici e Infermieri devono pertanto essere adeguatamente preparati soprattutto nell'ambito della comunicazione ma anche dei comportamenti e sostenuti psicologicamente nelle varie tappe della realizzazione del modello della Terapia Intensiva aperta. Seppur questo percorso possa comportare delle difficoltà, gli operatori sanitari sono ampiamente ripagati da gratificazioni e riconoscimenti da parte dei famigliari traducendosi, in ultima analisi, in un aumento del benessere lavorativo dei sanitari traducendosi in una significativa riduzione dello stress e del burnout lavoro-correlato. È stato, inoltre, ampiamente dimostrato che aumentare il tempo di presenza dei famigliari aiuta ad aumentare il loro coinvolgimento e quando questo si associa ad un programma educativo riesce a migliorare l'outcome dei pazienti. Tutto ciò aiuta ad una maggior comprensione delle condizioni cliniche dei pazienti ricoverati che, in molti casi, si associa ad una riduzione dei contenziosi medico-legali post ricovero.

L'esperienza di reparti che hanno già liberalizzato le proprie regole fornisce alcune informazioni interessanti. Uno studio francese ha evidenziato che la mediana del tempo di visita è di circa due ore al giorno e la maggioranza delle visite dei famigliari si concentra per lo più nel pomeriggio e nella sera. Ciò è in perfetta linea con lo svilupparsi delle attività clinico-assistenziali programmate non determinando dunque alcuna significativa interferenza con le stesse. Questo accade probabilmente perché i parenti, nonostante il periodo di particolare difficoltà e sofferenza, devono, comunque, continuare ad affrontare i propri impegni della normale vita lavorativa e famigliare.

In conclusione, la liberalizzazione delle visite non compromette l'organizzazione clinico-assistenziale rivolta ai pazienti, migliora il loro outcome sia dal punto di vista qualitativo (aumento del successo delle cure) che quantitativo (riduzione delle giornate di degenza), migliora il coinvolgimento dei famigliari che acquisiscono maggiore consapevolezza

e condivisione delle cure, riduce il livello d'ansia e diminuisce in modo significativo i contenziosi medico-legali post-dimissione.

MATERIALI E METODI

La formazione del personale deve puntare a promuovere il pieno rispetto della persona malata, rendendo possibile, nei modi opportuni, la presenza di persone care e così evitare di imporre, a chi già si trova in gravi condizioni di disagio, una separazione dalla propria vita relazionale.

Diversi lavori hanno dimostrato che i risultati migliori si ottengono quando medici e Infermieri di Terapia Intensiva ricevono un'adeguata e aggiornata formazione per quanto riguarda la sicurezza e lo svolgimento delle visite, la comunicazione, la gestione dei conflitti, la capacità di riconoscere e affrontare i bisogni dei famigliari così come il controllo dell'ansia e dello stress.

Presso l'allora Area Vasta 3, l'attuale Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata, negli anni scorsi, sono stati organizzati eventi formativi sulla comunicazione, in particolare nel 2021 è stato organizzato, per tutti gli operatori del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, un corso FAD dal titolo "Verso una Terapia intensiva Aperta" in cui hanno partecipato in qualità di relatori: 1) il Prof. Alberto Giannini (Anestesia e Terapia Intensiva Pediatrica, Ospedale dei Bambini ASST Spedali Civili di Brescia) che ha trattato i seguenti argomenti: "La Terapia Intensiva vista dai famigliari; Cosa significa Terapia Intensiva aperta; Terapia Intensiva: come introdurre l'apertura".

2) Il dott. Giovanni Mistraletti (Anestesia e Terapia Intensiva Ospedale Civile di Legnano) che ha trattato i seguenti argomenti: "Terapia Intensiva aperta vantaggi/svantaggi per l'equipe; Terapia Intensiva aperta vantaggi/svantaggi per i famigliari; Terapia Intensiva aperta: il ruolo dell'infermiere, il ruolo del medico, il ruolo dello psicologo".

3) La dott.ssa Maria Grazia Bocci (Anestesia e Terapia Intensiva IRCCS Fondazione Policlinico Universitario «A.Gemelli» Roma) che ha trattato i seguenti argomenti: "Terapia Intensiva aperta: come gestire gli spazi; La comunicazione in Terapia Intensiva; Come gestire i conflitti nell'equipe".

Il corso aveva come obiettivo valorizzare il tema dell'umanizzazione delle cure per trasmettere agli

operatori sanitari coinvolti l'importanza della comunicazione e del coinvolgimento dei famigliari durante il trattamento clinico.

Dal 2016 la Terapia Intensiva dell'Ospedale di Macerata partecipa al progetto INTENSIVA in cui si promuove il miglioramento della comprensione delle informazioni date ai famigliari.

Questo ha comportato l'utilizzo di poster, brochure e di un sito internet dedicato, come strumenti per migliorare la comunicazione; inoltre ha fornito al personale della Terapia Intensiva del materiale didattico sotto forma di articoli scientifici e corsi FAD sulla comunicazione e sul rapporto con i famigliari fruibili attraverso il sito <https://dati.intensiva.it/>.

Nel 2023 il personale del reparto ha organizzato degli incontri sui seguenti temi:

- 1) La comunicazione tra operatori (il passaggio di consegne);
- 2) Il coinvolgimento dei famigliari nelle cure (LINEE GUIDA);
- 3) La terapia intensiva aperta non è solo una questione di orario: l'empatia verso i famigliari, la comunicazione con i famigliari;
- 4) La presenza dello psicologo all'interno della Terapia Intensiva: una figura necessaria per operatori e famigliari;
- 5) Come stiamo camminando? elaborazione di un questionario per i famigliari; Brochure di presentazione della Terapia Intensiva;
- 6) La gestione del fine vita.

Inoltre, per dare un maggior supporto in questo particolare frangente di vita, sia per i famigliari che per il paziente ma anche per gli operatori sanitari coinvolti, è stato necessario coinvolgere una figura professionale dedicata al sostegno psicologico di tutti gli attori coinvolti. È stato così assegnato in pianta stabile uno Psicologo in Terapia Intensiva che ha garantito costantemente ed in modo particolarmente dedicato la propria presenza, evitando così l'estemporaneità dei propri interventi, motivo principale di fallimenti in questo campo. Il supporto psicologico risulta necessario anche per gli operatori sanitari in particolare per quelli che operano in Terapia Intensiva in quanto si trovano costantemente a lavorare in situazioni critiche e di emergenza in cui bisogna prendere rapidamente delle decisioni, inoltre si trovano spesso ad affron-

tare la morte e le problematiche anche etiche del fine vita.

Il progetto, attualmente ancora in fase di start-up, avendo dato molta importanza alla formazione preliminare di tutto il personale coinvolto, ha previsto, così come anche riportato in letteratura, la predisposizione di questionari di gradimento, specificamente riferiti al setting di cura che si effettua in Terapia Intensiva, da somministrare ai famigliari al fine di valutare l'andamento del progetto stesso. Al termine di questa prima fase, verrà stilato un protocollo per identificare le nuove modalità organizzative. Tale procedura terrà conto sia delle Raccomandazioni e Linee Guida presenti in letteratura che degli aspetti emersi durante gli incontri formativi.

È stata, infine, coinvolta anche la Direzione Aziendale che ha inserito tale progetto negli obiettivi strategici, dando significato ufficiale all'iniziativa, nell'ambito del percorso aziendale riferito all' "Innovazione e Ricerca".

RISULTATI E CONCLUSIONI

I risultati legati alla modifica organizzativa ed alle ricadute positive, così come previste in letteratura, ci si riserva di elaborarli non appena terminata la prima parte di questa sperimentazione che durerà esattamente un anno (termine previsto al 31 Dicembre 2023), avendo subito un inevitabile stop durante il periodo pandemico.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med.* 2017 Jan;45(1):103-128.
2. Burchardi H. Let's open the door! *Intensive Care Med* 2002; 28:1371-2.
3. Giannini A. The "open" ICU: not just a question of time. *Minerva Anesthesiol* 2010 Feb;76(2):89-90.
4. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008; 36:30-5.
5. <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/terapia-intensiva-aperta-alle-visite-dei-famigliari/>



SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO DI MAPPATURA DELLE COMPETENZE E RELATIVO MANTENIMENTO AOUI Verona



Cametti E.¹, Lomeo A.M.¹, Bellini P.¹, Martinelli E.², Palladini F.³, Agazzi G.³, Carlucci M.⁴.

1. UOC Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico, Azienda Ospedaliera Univeritaria Integrata di Verona 2. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Verona 3. UOC Direzione Medica Ospedaliera per le funzioni igienico-sanitarie e prevenzione dei rischi, Azienda Ospedaliera Univeritaria Integrata di Verona 4. Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliera Univeritaria Integrata di Verona

Parole chiave: competenze, qualificazione, norma ISO 9001:2015

INTRODUZIONE

La complessità e la competitività dell'attuale sistema sanitario comporta che gli operatori sanitari che vi lavorano siano competenti, altamente specializzati e costantemente aggiornati in merito alla tipologia di attività che esercitano.

La tematica delle competenze è un elemento rilevante sia per la normativa in materia di autorizzazione e accreditamento che per i modelli di certificazione come ad esempio la Norma ISO 9001:2015.

E' necessario pertanto predeterminare le competenze per lo svolgimento di ciascuna attività clinica, assistenziale, tecnica ed amministrativa, dimostrare di aver seguito un idoneo percorso di qualifica, documentare l'acquisizione delle competenze e il relativo mantenimento.

CONTENUTI

Nel contesto dell'Azienda Ospedaliera Univeritaria Integrata di Verona (AOUI), *mission* didattica ricerca e assistenza, la UOC Miglioramento Qualità ha elaborato un modello di Scheda di Qualificazioni con l'obiettivo di standardizzare a livello aziendale la modalità di individuazione delle competenze e relativo mantenimento, in relazione ad interi processi o in alternativa a singole attività particolarmente critiche. Tale modello, strutturato sia come documento prescrittivo che di registrazione, permette di gestire l'acquisizione delle competenze ed il loro mantenimento e di definire la modalità con cui gli operatori sanitari, in relazione allo specifico contesto lavorativo, acquisiscono e mantengono specifiche competenze riguardanti attività e/o processi.

Il modello si struttura in 3 items:

- le competenze: conoscenze teoriche e abilità di base, attitudini e motivazioni di un operatore sanitario necessarie per garantire la qualità dei processi, unitamente a ulteriori competenze richieste per attività complesse, e che si declinano nel "sapere", "saper fare" e "saper essere"
- i requisiti: ciò che è necessario soddisfare al fine di sviluppare una determinata competenza, che si declinano ad esempio nella conoscenza di specifica documentazione, nella partecipazione a corsi di formazione, nell'affiancamento e nell'esecuzione di una determinata attività, individuandone i volumi minimi
- le evidenze: elemento oggettivo che supporta e dimostra il soddisfacimento dei requisiti e quindi il raggiungimento della competenza

Il modello prevede inoltre che il progressivo raggiungimento delle competenze si traduca nell'acquisizione di livelli di qualificazione crescenti per l'operatore:

- I = Ha bisogno di ulteriore training per effettuare l'attività specifica
- II = E' competente per effettuare l'attività specifica ma con supervisione
- III = E' competente per effettuare l'attività specifica in maniera autonoma senza supervisione
- IV = E' competente per effettuare l'attività specifica e per formare altri professionisti

CONCLUSIONI

Il modello di AOUI Verona si propone di offrire uno strumento standardizzato e replicabile per la definizione, gestione, acquisizione e mantenimento delle competenze degli operatori e il monitoraggio del relativo livello di qualificazione degli stessi.

La correlazione tra progressiva acquisizione delle competenze attese e il raggiungimento di crescenti livelli di qualificazione consente di avere contezza e tracciabilità del percorso di qualificazione degli operatori nonché di orientare i percorsi di progressione in modo mirato.

Il modello risulta quindi un vero e proprio strumento di governance per il monitoraggio delle competenze e la garanzia di un'assistenza finalizzata a garantire un più elevato standard di qualità.

Percorso multidisciplinare integrato per vittime di violenza nei Pronto Soccorso di ASST Sette Laghi

Li Bassi A. (1a: Dir. Medico), Iadini A.M. (1a: Direttore FF), Ferronato R. (1b: Dir. Medico), Vinciguerra G. (1a: Psicologa Psicoterapeuta), Carbone F. (1d: Dir. Medico), Bellani M.L. (1c: Responsabile; 2: Prof. Associato), Salzillo A. (1a: Direttore Sanitario), Pavesi R. (1a: Dir. Medico), Manfredi L. (1a: Dir. Medico), Miglia I. (1a: Dir. Medico), Micale M. (1a: Dir. Medico), Molinari A. (1a: Dir. Medico), Pini E. (1a: Dir. Medico), Ghezzi F. (1b: Direttore; 2: Prof. Ordinario), Trotti E. (1a: Dir. Medico; 2: Prof. Aggregato)



1) ASST dei Sette Laghi:

- 1a) SC Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri
- 1b) SC Ostetricia e Ginecologia
- 1c) SSD Psicologia Clinica Ospedaliera e del Territorio
- 1d) SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
- 1e) Direzione Sanitaria

2) Università degli Studi dell'Insubria

Introduzione

Parole chiave: violenza, pronto soccorso, rete

La violenza di genere rappresenta un problema di sanità pubblica ed il personale sanitario si trova in una posizione unica per intercettare e rispondere alla domanda di salute fisica e psico-sociale delle vittime.

La ASST Sette Laghi ha recepito le Linee guida nazionali approvate con DPCM 24 nov. 2017, implementando specifici protocolli operativi di presa in carico multidisciplinare integrata delle vittime di violenza presso tutti i Pronto Soccorso aziendali.

I protocolli per le vittime di violenza di genere e sessuale che si rivolgono ai PS aziendali descrivono ruolo e compiti del personale sociosanitario coinvolto, articolandosi schematicamente nelle seguenti quattro fasi:

FASE 1. TRIAGE:

si raccolgono informazioni per un tempestivo riconoscimento di *ogni segnale* di violenza, anche non dichiarata, verificando *precedenti accessi*.

Alla vittima viene garantita una visita medica tempestiva per ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

FASE 2. ACCOGLIENZA:

assicura uno *spazio sicuro* per la tutela della vittima e, da parte del personale sociosanitario, un *approccio empatico*, rassicurante e disponibile all'ascolto. Un servizio di *mediazione linguistica e culturale* interviene per le vittime straniere.

Viene proposto nell'immediato il colloquio psicologico, garantito h. 24 dall'intervento di personale qualificato e appositamente formato.

Attraverso il 112 viene richiesto l'intervento delle *Forze di Polizia* se non già presenti, al fine di un confronto sulla procedibilità del reato e per l'attivazione del Pubblico Ministero di turno.

	N.° (TOT=193)	%
VIOLENZA SESSUALE	Si	29 15.02
	No	164 84.97
VIOLENZA da PARTNER	Si	119 61.66
	No	74 38.34
INTERVENTO PSICOLOGO	Si	106 54.92
	No	87 45.07
INTERVENTO FORZE DI POLIZIA	Si	84 33.16
	No	129 66.83
ESITO	Domicilio	174 90.15
	Ricovero	14 27.02
	Struttura protetta	5 2.59

FASE 3. ACCERTAMENTI:

prevede la *visita medica* e l'eventuale *consulenza psicologica*, assicurando un'assistenza adeguata alle vittime secondo un modello bio-psico-sociale.

Il Medico di PS dovrà poi inoltrare all'Autorità Giudiziaria competente, senza ritardo e con precisione, la comunicazione di reato. Il *Medico Legale*, ove richiesto, presiede le operazioni di acquisizione degli elementi di potenziale rilievo probatorio.

La *consulenza psicologica* ha lo scopo di fornire accoglienza, ascolto, supporto e contenimento emotivo e collaborare con il medico per la *valutazione del rischio di reiterazione e letalità*. Viene compilato il DA5, strumento di screening raccomandato dalle Linee Guida.

Il *Servizio Sociale* valuta il rischio sociale, in particolare per vittime con disturbi psichiatrici, tossicodipendenti, non autosufficienti.

FASE 4. DIMISSIONE, PROTEZIONE E AVVIO AI SERVIZI DI COMPETENZA DELLA RETE TERRITORIALE:

prevede che alla vittima vengano fornite tutte le informazioni sui *servizi di assistenza territoriale* disponibili perché sia *messa in protezione*, sostenuta nel percorso di uscita dalla violenza e presa in carico dalla rete territoriale. Nei casi ad alto rischio (DA5 \geq 3) la messa in sicurezza della vittima avviene con la collaborazione delle Forze di Polizia ed eventualmente delle Case Rifugio.

Nelle zone di triage e nello Spazio Sicuro è presente *materiale informativo*, disponibile anche sui canali informativi aziendali tradotto in 7 lingue.

Conclusioni

Il percorso è modulato, in tutte le sue fasi, su prassi rispettose della vulnerabilità delle vittime e delle loro capacità di autodeterminazione. In accordo con le Linee Guida nazionali, esso promuove la presa in carico multidisciplinare integrata e favorisce la gestione coordinata degli interventi tra l'area sociale, sociosanitaria e giudiziaria. Le *tabelle 1 e 2* riportano alcuni dati relativi agli interventi eseguiti nel 2023.

Presidio	N.°	%
PS STRADATE	15	8.29
PS CIRCOLO - VARESE	96	49.74
PRGOG PEDIATRICO DEL PONTE - VARESE	28	14.51
PS DEL PONTE - VARESE	18	9.32
PS ANDERA	10	5.18
PS LUINO	51	26.42
PS CITTIGLIO	24	12.43
TOTALE COMPLESSIVO	193	100.00
Genere		
Femmine	170	91.19
Maschi	17	8.81
Fascia Età		
Maggiorani	124	64.24
Minori	28	14.50
Maggiorani con Minori	41	21.24
Nazionalità d'origine		
Italiana	114	59.07
Straniera	79	40.93



OSPEDALE
EVANGELICO
INTERNAZIONALE
Ente ecclesiastico civilmente riconosciuto



Formazione come in-formazione e ruolo socio-sanitario

Dr Marinella Fulgheri *, Dr Alessio Parodi **, Barbara Oliveri Caviglia ***

* Dirigente Medico Ospedaliero - Responsabile Struttura Semplice Direzione Sanitaria - Ospedale Evangelico Internazionale di Genova (OEI)

** Direttore Generale - Ospedale Evangelico Internazionale di Genova

*** Presidente - Ospedale Evangelico Internazionale di Genova

Introduzione

OEI oltre alla Sede storica di Castelletto gestisce dal maggio 2011 il Presidio di Voltri, Ospedale per acuti in precedenza a gestione diretta ASL metropolitana, con attività sanitaria in emergenza urgenza e programmata.

L'adesione a differenti protocolli regionali, ha evidenziato necessità di promuovere in alcuni ambiti sociosanitari, specifica attività formativa con oggettivazione pratica oltre alle necessarie nozioni teoriche, per sviluppare migliore adesione da parte del Personale interessato e sempre più coinvolto.

Specifica esperienza attivata con la psicologa è dedicata a progetto Finestra Rosa OEI - Otto per Mille Tavolde, indirizzato al contrasto alla violenza donna, vittime fragili. Si è rilevata negli anni necessità da parte del personale di avere formazione come informazione utile operativamente, nell'immediatezza, oltre la dovuta assistenza sanitaria, al fine di corretto supporto alla vittima, empowerment per operatori: ruolo socio sanitario non scontato in argomento.

Contenuti

Punto di partenza: formazione sul campo con psicologa definita itinerante (a.2013), approccio operativo di supporto al personale, sensibilizzazione formata ed informata, finalizzata alle possibilità utili alla via d'uscita; spesso, la vittima accede presso le strutture ospedaliere anche al di là dell'accaduto correlato alla violenza subita.

Di rilievo non perdere la possibilità di aiutare nei casi di richiesta non espliciti, rivolgendosi al personale informato-formato. Capire i segnali, ascolto non giudicante: l'operatore adeguatamente sensibilizzato, formato, informazione recepita, è supporto a quanto la vittima intraprenderà eventualmente in seguito.

Supporto psicologa, attività sul campo aumentano competenze operatori sanitari, con attenzione alta ed approccio "ambituale", operatori e vittima.

L'inizio formativo sul campo, inizialmente articolato, ha portato a snellire i processi utilizzati per inizio di sostegno sanitario, clinico assistenziale, concreta attivazione in rete con i servizi esterni di tutela, nell'interesse della vittima.

Individuare precocemente il potenziale rischio per vittima, percepire segnali nascosti, ad uso vittima, intercettare i segnali celati significa presa di coscienza della possibile fragilità e la possibile prevenzione verso fatti delittuosi, con ruolo sanitario.



Accoglienza/formazione
Sensibilizzazione /in-formazione
Contrasto/ruolo sociosanitario



Conclusioni

La formazione con psicologa itinerante procede con minore frequenza operativa, rispetto inizio, in strutture di degenza/ PS, come rafforzamento dei percorsi appresi dal personale: è parte attiva nel divulgare la sensibilizzazione non scontata anche in ambito sanitario, contribuendo a superare stereotipi e pregiudizi, non ancora lontani dalla percezione comune.

Le segnalazioni di casi negli anni sono risultate implementate, per recepimento applicato di formazione-informata.

Sensibilizzazione, informazione-formata ha portato a corsi e seminari correlati annuali: come passaparola per interesse alla vittima, soggettivo, aperta a famigliari, conoscenti a significare ampia sensibilizzazione possibile.

Non disgiunto ma parte integrante, il riferimento formativo basilare alla rete di collaborazione, supporto, informazione e formazione degli attori coinvolti nell'iter di Accoglienza, sanitari e non sanitari, coloro che a vario titolo partecipano al "ruolo" sanitario allargato, non disgiunto e sempre più concretamente indirizzato al sociale, come cultura sanitaria per meglio rispondere alle esigenze del Cittadino Utente, supportare le fragilità.



49° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

Le Dimissioni Protette Ospedaliere nel triennio 2021-2023. L'esperienza del D.S.S. n. 4 di Altamura - ASL BA

R. Guerra*, M.A. Colasanti**, S. Loverre***, I. Fortunato*, R. Fiore*, R.S. Priore*, M. Palasciano**, C. Lavacca**, F. Torres****

* Dirigente Responsabile U.O.S. Assistenza Sanitaria di Base - D.S.S. 4 - ASL BA

** Dirigente Responsabile U.O.S. Cure Domiciliari - D.S.S. 4 - ASL BA

*** Dirigente Responsabile U.O.S. Assistenza Specialistica - D.S.S. 4 - ASL BA

**** Direttore D.S.S. 4 Altamura - ASL BA

* Ass. Sociale - D.S.S. 4 - ASL BA

** CPS Infermiere - D.S.S. 4 - ASL BA



ASL Bari

PugliaSalute

INTRODUZIONE

Il Distretto Socio Sanitario n. 4 comprende i comuni di Altamura, Santeramo in Colle, Gravina in Puglia e Poggiorsini; si estende per 940 km², conta circa 140 mila abitanti ed all'interno del suo territorio insistono due Ospedali (un Ospedale di I livello in capo alla ASL BA e un Ospedale Generale Regionale Ecclesastico).

Si definisce dimissione ospedaliera protetta (DOP) la dimissione da un reparto ospedaliero di una persona non autosufficiente, prevalentemente anziano o disabile, bisognoso di una continuità di cura ed assistenza nel passaggio dal ricovero al rientro a domicilio o ad altro setting assistenziale.

In ASL BA, in vista dell'aggiornamento del regolamento aziendale sulle DOP, i medici della Unità Operativa ospedaliera di degenza del paziente, in concomitanza con la sua dimissione, compilano la Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano (SVA/MA, nelle sue parti sanitarie e sociali) e la inviano al Distretto di competenza. L'equipe multidisciplinare distrettuale si interfaccia con il medico proponente, effettua la valutazione dei bisogni dell'assistito in Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), con conseguente elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). L'UVM, svolta di norma entro 3 giorni, vede coinvolti il Medico di Medicina Generale, il Dirigente delle Cure Domiciliari (delegato del Direttore del Distretto) e l'Assistente Sociale del Comune di residenza e/o del DSS oltre che, se necessario, lo specialista competente per branca. Generalmente nel PAI viene anche programmato il primo accesso del MMG con l'eventuale supporto degli specialisti competenti del caso, coinvolti per accesso diretto al Servizio di Assistenza Specialistica, per una più immediata presa in carico.

CONTENUTI

Utilizzando la piattaforma informatizzata regionale EDOTTO sono state monitorate tutte le DOP afferenti al Distretto 4 per il triennio 2021-2023, sulla base della presenza all'interno del PAI della voce "paziente in dimissione protetta" e suddivise in funzione del setting della destinazione del paziente (domicilio o residenziale).

Il numero di dimissioni protette nei tre anni analizzati è stato pressoché stabile, attestandosi su una media di 45 DOP/anno. È indicativo che nel 2023 sia risultato maggiore il numero di dimissioni di tipo "residenziale" (25) rispetto all'invio a domicilio del paziente (19), soluzione che invece era stata preferita negli anni 2021 e 2022 (26 e 30) e che prefigura un incremento della complessità assistenziale dei pazienti avviati a DOP.

I tempi di evasione delle procedure, così come dai registri presenti in Direzione, si sono attestati in media in 2 giorni.



CONCLUSIONI

I risultati positivi verificati dal lavoro svolto in questo studio hanno focalizzato l'attenzione sull'importanza della collaborazione e della sinergia tra figure professionali (specialisti ospedalieri, personale socio-sanitario del distretto, MMG, Servizio Sociale comunale), importantissime ai fini di una corretta valutazione socio-sanitaria del paziente e di una presa in carico globale dello stesso da parte del territorio dopo la dimissione ospedaliera ed esempio lampante della continuità ospedale-territorio prevista dalla normativa vigente. L'auspicio è quello di creare sempre di più percorsi di integrazione che pongano in relazione le diverse professionalità, al fine di mettere al centro del percorso l'assistenza e la cura del paziente, senza che si configuri alcuna soluzione di continuità nel percorso di cura.

Parole chiave: Dimissioni protette, UVM, Continuità Ospedale-Territorio



IL DIPARTIMENTO MEDICINA DI AREA CRITICA: L'OFFERTA FOCALIZZATA SUI FABBISOGNI DELLA DOMANDA

Alessandro Callegaro¹, Lucio Brugioni², Giovanni Pinelli³, Chiara Ognibene⁴, Ottavio Alessandro Nicastro⁵, Claudio Vagnini⁶

1. Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
2. Direttore Medicina Interna e Area Critica e Direttore Dipartimento Medicina di Area Critica
3. Direttore Medicina Interna e D'Urgenza
4. Medicina Interna e Area Critica
5. Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
6. Direttore Generale Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Parole chiave: complessità, marketing, ricovero

Introduzione

La linea culturale che considera l'uomo come "animale sociale" (Aristotele) vede uno sviluppo nel concetto di "uomo come individuo con un progetto" (C.Rugarli). La nostra posizione ci permette di considerare l'Ospedale quale espressione della comunità a favore di chi è malato e quindi di interpretare l'Ospedale come la massima espressione di evoluzione sociale.

Contenuti

Nell'estate 2023 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha attivato il Dipartimento Medicina di Area Critica, costituito da due storiche Unità Operative di medicina interna, orientate alla gestione dei Pazienti critici provenienti dal Pronto Soccorso con necessità di ricovero in degenza ordinaria (Tabella 1). Una struttura è collocata al Policlinico di Modena (Medicina Interna Area Critica) e l'altra all'Ospedale Civile di Modena (Medicina Interna D'Urgenza) nell'ambito della stessa Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Pur rendendoci conto che il termine *complessità* viene usato come parola *passo-partout*, sottolineando l'incapacità di definire qualcosa che appare indefinibile (A.Bobbiese), il Dipartimento Medicina di Area Critica vuole fornire un contributo competente e strutturato ai molteplici fabbisogni determinati dalla complessità dei pazienti che si rivolgono all'ospedale con necessità di *ricovero* e con problemi di salute che non rientrano nelle specificità di Unità Operative specialistiche convenzionali.

Le categorie di seguito elencate sviluppano piccoli numeri da un punto di vista quantitativo ma possono determinare una crisi del sistema se non adeguatamente prese in carico.

Sono Pazienti "No Covid" che hanno trovato una gestione elettiva ed esclusiva all'interno del Dipartimento. Sono stati considerati i dati dal 1 luglio 2022 al 31 dicembre 2022 -Dipartimento non attivo- e quelli dal 1 luglio 2023 al 31 dicembre 2023 -Dipartimento attivo- (Tabella 2).

I dati dei primi due mesi del 2024 confermano il trend in incremento della casistica trattata.

Sede	DIPARTIMENTO MEDICINA DI AREA CRITICA		
	struttura complessa	struttura semplice	ambulatori
Policlinico	Medicina Interna Area Critica (MIAC) 39 posti letto	USI	Divisionale, Scompenso Cardiaco, Angiologia, Coagulazione, Telemedicina
Ospedale Civile	Medicina Interna D'Urgenza (MIU) 32 posti letto 20 monitorati 1° livello	Aczi 12 monitorati 2° livello	Divisionale, Scompenso Cardiaco
		Centro coagulazione	Coagulazione
	71pi	24pi	/

Tabella 1

Pazienti	PAZIENTI A GESTIONE ELETTIVA ED ESCLUSIVA		
	2° semestre 2022	2° semestre 2023	due mesi 2024 (trend)
MEDICINA INTERNA AREA CRITICA (MIAC)			
Pazienti critici trasferiti da Rianimazione	13	17	13
Pazienti urgenti inviati da altri Pronto Soccorso	26	32	6
Pazienti con problemi Neuroginebrici conati a Medicina di Transizione	1	4	4
MEDICINA INTERNA D'URGENZA (MIU)			
Pazienti critici trasferiti da Rianimazione	34	29	18
Pazienti tracheostomizzati in uscita da Terapia Intensiva ventilo dipendenti "weaning"	13	17	3
Pazienti per depurazione renale acuta in insufficienza multiorgano	11	16	5
Pazienti totali	e 34 trattamenti	e 48 trattamenti	e 28 trattamenti
	91	128	49

Tabella 2

Conclusione

L'attività del Dipartimento è focalizzata sui fabbisogni spesso *atipici* ma *critici* dei Pazienti e quindi gli obiettivi sono orientati al soddisfacimento della *domanda* e non alla sola analisi dell'*offerta*.

Coinvolgimento, motivazione e responsabilizzazione dei professionisti risultano fondamentali affinché diventino essi stessi protagonisti nella realizzazione di processi assistenziali atipici ma erogati in una logica pragmatica di rete e di interdipendenza.



Museo Tattile Statale Onere, Ancona



"Moderno è lo spirito del tempo, ma la forma non può essere che classica" Dino Gavina, Bologna (1922-1997)

Riferimenti bibliografici

- «Andrea Bobbiese, Editoriale MIT Sloan Management Review Italia, *Progettare nella Complessità*, (settembre/ottobre 2023)
- «Giuseppe Scaratti, *I fili di Arianna: abitare i labirinti organizzativi complessi in sanità -Community of Practice-*, (2023/2024)
- «Angelo Tanese, *Il ruolo del management nel Servizio Sanitario. Una storia in tre atti*, (2018)
- «Claudio Rugarli, *Medici e metè. Quel che manca nella relazione di cura*, (2017)
- «Alessandro Callegaro et al., *Pazienti autodimessi o clienti insoddisfatti?* Tendenze Nuove n°6 (2007)
- «Gerald Zaltmann, *Come pensano i consumatori, Quello che il cliente non dice e la concorrenza non sa*, (2003)

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



Prospettive per dimissioni protette tra Ospedali e Cure Domiciliari nel Distretto di Ancona.

Dr. Mazzacchera A.¹, Dr.ssa Bizzarri S.¹, Dr.ssa Rosati S.¹, Dr.ssa Rotili R.²,
Dr.ssa Mannello L.³.

¹ Medico in formazione specialistica : Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica; Università Politecnica delle Marche, Ancona
² Dirigente Medico U.O.S. Cure Primarie, Distretto Sanitario Ancona, AST Ancona
³ Dirigente Medico U.O.S. Cure Domiciliari, Distretto Sanitario Ancona, AST Ancona



PAROLE CHIAVE

Cure domiciliari, Dimissione protetta, Aziende ospedaliere

INTRODUZIONE

Le Cure Domiciliari sono garantite dal SSN come Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12/1/2017 art. 22) e sono normate dalla DGR Marche 791 del 30/06/2014e tra gli obiettivi del Piano Socio Sanitario Regionale a tutela delle persone affette da malattie croniche.

Il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 indica il potenziamento delle Cure Domiciliari “affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell’assistenza” e prevede l’obiettivo di prendere in carico progressivamente il 10% della popolazione over 65 entro il 2026.

CONTENUTI

Il Distretto Sanitario di Ancona è il più popoloso (250.000 ab.) e densamente abitato tra i Distretti marchigiani, con tre Ambiti territoriali Sociali: un’anomalia rispetto agli standard normativi; nasce dalla fusione di tre distretti e mantiene a livello organizzativo molti aspetti della strutturazione precedente in tre zone.

La UO Cure Domiciliari è organizzata in tre zone, con case mix simile tra le tre zone, a oggi copre il 4% della popolazione over 65.

Sul territorio del Distretto di Ancona sono presenti l’Ospedale Regionale di secondo livello AOU Ospedali Riuniti e due sedi dell’IRCCS geriatrico INRCA, mentre è assente un Presidio Ospedaliero dell’Azienda Sanitaria Territoriale. Tale assetto ha ripercussioni organizzative per la UO Cure Domiciliari, pesando sulla dimissione dall’Ospedale verso il domicilio: a oggi la maggior parte delle richieste pervenga alla Segreteria Organizzativa Cure Domiciliari da parte dei familiari a dimissione ormai avvenuta.

Al contrario la DGR Marche 1237 del 18/10/2021 “Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta” prevede la notifica al territorio con 72 ore di anticipo rispetto alla dimissione tramite il programma informatico.

Nei reparti con i quali è stata implementata questa collaborazione, come la Clinica Oncologica, tutti i pazienti segnalati ricevono assistenza domiciliare tempestiva rispetto alla dimissione.

CONCLUSIONI

L’obiettivo del 10% di over 65 assistiti a domicilio è raggiungibile all’interno del complesso di interventi e modelli organizzativi previsti dal DM77 per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale e da progetti PNRR, in collaborazione con gli Ambiti Territoriali Sociali per una presa in carico di equipe.

In questa direzione appare strategico implementare il modello organizzativo della Centrale Operativa Territoriale COT per assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell’assistenza socio-sanitaria, anche coordinando le transizioni di setting assistenziale.

Si auspica che la COT superi i limiti incontrati finora con le dimissioni protette con le Aziende Ospedaliere, centrando l’interesse comune di prevenire ri-ospedalizzazioni, assistendo la cronicità sul Territorio e affidando l’acuzie all’Ospedale.



AST Ancona: formazione ospedaliera dei medici di medicina generale garanti dell'Assistenza Primaria

Dr.ssa Bizzarri S.¹, Dr.ssa Rosati S.¹, Dr. Mazzacchera A.¹, Dr.ssa Mannello L.², Dr.ssa Rotili R.³

¹ Medico in formazione specialistica - Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica; Università Politecnica delle Marche, Ancona

² Dirigente Medico U.O.S. Cure Domiciliari, Distretto Sanitario Ancona, AST Ancona

³ Dirigente Medico U.O.S. Cure Primarie, Distretto Sanitario Ancona, AST Ancona



Confederazione Associazioni Regionali di Distretto Società Scientifica delle attività Socio-sanitarie Territoriali

PAROLE CHIAVE

MMG, Tutor Ospedaliero, Formazione

INTRODUZIONE

A partire dal 1999, col D.L. n° 368, si è sancita l'obbligatorietà del possesso di un diploma di formazione specifica in medicina generale per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale (MMG) nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Nella Regione Marche, a partire dal 2023, si è assistito ad una fase di sviluppo del territorio complessa e strategica. Questo cambiamento ha visto il passaggio da Azienda Sanitaria Unica Regionale alle 5 Aziende Sanitarie Territoriali (AST) afferenti al territorio provinciale, secondo Legge Regionale 19/22, con la conseguente necessità di provvedere ad una riprogrammazione che prevedesse in modo coerente sia l'applicazione del DM n. 77/22, con il nuovo assetto territoriale, sia la strutturazione di quanto previsto dal PNNR ovvero l'istituzione delle Aggregazione Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse Cure Primarie, previste dai vigenti ACN della medicina generale, in applicazione della Legge n. 189/12.

CONTENUTI

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base il Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) garantisce attraverso i propri medici ed i pediatri convenzionati la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e tutela globale della salute.

Il MMG svolge quindi un ruolo di "collegamento", di punto di contatto e di filtro tra il cittadino e il S.S.N., rappresentando la prima figura di riferimento in materia di salute.

Il corso di formazione specifica per MMG, di durata triennale, si articola in attività didattiche teoriche e pratiche per un minimo di 4800 ore formative. Il gruppo che sovrintende l'organizzazione, l'attivazione, la realizzazione ed il coordinamento di tale attività è curato da un team composto da un MMG referente, dal Direttore amministrativo e dal Direttore del Distretto dell'AST che ha individuato nell'U.O.S. Cure Primarie le migliori competenze gestionali.

Attualmente l'AST Ancona vede in essere 4 corsi di formazione ed 1 appena terminato.

CONCLUSIONI

Ogni medico in formazione specifica in medicina generale dovrà trascorrere in reparti Ospedalieri, quasi metà dell'iter in questione, (TAB 1). E' pertanto fondamentale il ruolo che il tutor ospedaliero ha nell'educazione ed istruzione dei giovani medici che opereranno nel territorio per le cure primarie. Questo concetto deve essere diffuso anche oltre le rotode Aziende Ospedaliere-Universitarie.

TAB 1. Esempio di gestione del corso di formazione offerto dalla Regione Marche ai propri futuri MMG (sottolineata la frequenza ospedaliera minima richiesta).

COGNOME	NOME	INIZIO	MAIL	CELL.	MED. CLINICA E LAB.	CH. GENERALE	DIP. MATERNO INFANTILI (PLS)	DIP. MATERNO INFANTILI ospedaliero	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	PS URGENZA EMERGENZA	STRUTTURA D BASE UNITA' SANITARIA LOCALE	MMG I semestre	MMG II semestre
					<u>(H)OSPEDALIERA</u>	<u>(H)OSPEDALIERA</u>		<u>(H)OSPEDALIERA</u>	<u>(H)OSPEDALIERA</u>	<u>(H)OSPEDALIERA</u>			
					<u>min 6 mesi (800h)</u>	<u>min 3 mesi (400h)</u>	min 2 mesi (200h)	<u>min 2 mesi (265h)</u>	<u>min 2 mesi (270h)</u>	<u>min 3 mesi (400h)</u>	min 6 mesi (800h)	min 6 mesi (800h)	min 6 mesi (800h)
XXXX	XXXX		XXXX@XXXX		dal 28/12/2023 al 27/06/2024	dal 28/10/2022 al 27/01/2023			dal 28/01/2023 al 27/03/2023	dal 28/09/2023 al 27/12/2023	dal 28/03/2023 al 27/09/2023	dal 28/04/2022 al 27/10/2022	
XXXX	XXXX		XXXX@XXXX		dal 28/07/2023 al 27/01/2024			dal 28/01/2024 al 27/03/2024	dal 28/03/2024 al 27/05/2024	dal 28/04/2023 al 27/07/2023	dal 28/10/2022 al 27/04/2023	dal 28/04/2022 al 27/10/2022	
...	...	...	...	...	dal 28/04/2023 al 27/10/2023	dal 28/10/2023 al 27/01/2024	dal 28/12/2022 al 27/02/2023	dal 28/02/2023 al 27/04/2023	dal 28/10/2022 al 27/12/2022	dal 28/01/2024 al 27/04/2024	dal 28/04/2024 al 27/10/2024	dal 28/04/2022 al 27/10/2022	
...	...	...	...	...	dal 28/05/2023 al 27/11/2023	dal 28/11/2023 al 27/02/2024	dal 28/10/2022 al 27/12/2022	dal 28/02/2023 al 27/04/2023				dal 28/04/2022 al 27/10/2022	dal 28/02/2024 al 27/08/2024
SOPRANUMERARI													
XXXX	XXXX		XXXX@XXXX			dal 28/08/2023 al 27/11/2023	dal 28/10/2022 al 27/12/2022	dal 28/12/2022 al 27/02/2023	dal 28/11/2023 al 27/12/2023	dal 28/01/2024 al 27/04/2024	dal 28/04/2024 al 27/10/2024	dal 28/04/2022 al 27/10/2022	dal 28/02/2023 al 27/08/2023
...	...	...	...	...	dal 28/05/2023 al 27/11/2023	dal 28/11/2023 al 27/02/2024	dal 28/10/2022 al 27/12/2022	dal 28/02/2023 al 27/04/2023				dal 28/04/2022 al 27/10/2022	dal 28/02/2024 al 27/08/2024
MEDICI MILITARI													
XXXX	XXXX		XXXX@XXXX		dal 28/05/2023 al 27/11/2023	dal 28/11/2023 al 27/02/2024	dal 28/10/2022 al 27/12/2022	dal 28/12/2022 al 27/02/2023	dal 28/02/2023 al 27/04/2023			dal 28/04/2022 al 27/10/2022	dal 28/02/2024 al 27/08/2024



Lo screening dell'HCV nell'AST Ancona: dalla prossimità del Territorio all'Ospedale.

Dr.ssa Rosati S.¹, Dr.ssa Bizzarri S.¹, Dr. Mazzaecchera A.¹, Dr.ssa Pascucci L.¹, Dr.ssa Mannello L.²

Dr.ssa D'Alleva A.³, Dr.ssa Sciarra I.⁴, Dr.ssa Lumachini T.⁵, Dr.ssa Morettini M.⁶

¹Medico in formazione specialistica, Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona.

² Dirigente Medico, U.O.S. Cure Domiciliari, Distretto Sanitario Ancona, AST Ancona.

³ Dirigente Medico, Distretto Sanitario di Jesi, AST Ancona

⁴ Dirigente Medico, U.O.C. L.S.P. Screening Oncologici, AST Ancona

⁵ Dirigente Medico, U.O.S. Tossicologia, Dipartimento Dipendenze, AST



PAROLE CHIAVE

Screening HCV, Percorsi, Servizi di Prossimità

INTRODUZIONE

Il Ministero della Salute ha promosso, con Decreto Legge del 14/05/2021, l'esecuzione dello screening gratuito per l'eliminazione dell'infezione da virus dell'epatite C (HCV), destinando risorse per la ricerca delle infezioni da HCV non diagnosticate, migliorare la possibilità di diagnosi precoce ed avviare i pazienti al trattamento.

Lo screening è stato rivolto:

- una tantum a tutta la popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria nata tra il 1969 ed il 1989, inclusi gli Stranieri temporaneamente presenti, con chiamata attiva attraverso un servizio gestito ed organizzato dal Servizio di Prevenzione Territoriale;
- ai soggetti seguiti dai Servizi Pubblici per le Dipendenze ed ai soggetti ristretti in carcere, indipendentemente dalla coorte di nascita e dalla nazionalità.

MATERIALI E METODI

La Regione Marche ha recepito il DL ministeriale nel 2021 (D.G.R. 936/2021) programmando lo screening HCV a livello di Azienda Sanitaria Unica Regione (ASUR) Marche. Da gennaio 2023, col passaggio da ASUR alle 5 Aziende Sanitarie Territoriali (AST), la campagna per la popolazione generale è stata implementata da ciascuna AST in autonomia.

L'AST Ancona, suddivisa in 4 Distretti Sanitari, ha una popolazione di 473.512 abitanti. La popolazione da invitare allo screening conta 146.996 persone.

La Direttrice della U.O.C. Screening Oncologici (Dipartimento di Prevenzione AST AN), per motivi logistico-strategici e per favorire l'adesione, ha organizzato la campagna in sedute di prossimità, sperimentando un nuovo modello di screening con processi e percorsi non consolidati a differenza dei 3 screening oncologici da tempo offerti dalla Regione Marche (tumore al seno, al colon-retto, alla cervice uterina). Questa strategia ha integrato le attività proprie dello screening con quelle dei punti prelievo, dei Laboratori analisi e del Distretto inserendo nel contesto anche l'attività della Protezione civile /volontari C.C./C.R.I.. Ciò ha permesso la gestione ordinata dell'affluenza massiva, arrivando a 600 utenti in 4 ore.

L'iter ha previsto la ricerca HCV-Ab su prelievo ematico seguito, in caso di positività, da ricerca HCV-RNA su medesimo campione. Gli HCV positivi sono stati centralizzati al reparto di Gastroenterologia dell'Ospedale di Senigallia (AST AN) con esenzione D01 offrendo loro tutto il percorso diagnostico terapeutico gratuito.

L'U.O.S. Ristretti in carcere (Distretto Sanitario AST AN) ed i 4 Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche (Dipartimento Dipendenze AST Ancona) hanno svolto autonomamente la ricerca dei positivi all'HCV, rispettivamente dal 2020 e dagli anni novanta, con percorsi ormai stabili ed efficaci. Vista la "specificità" degli utenti, l'alta incidenza di coinfezioni virali (HBV, HIV) e la difficile gestione degli spostamenti dell'utenza in questione, la logica collaborazione è stata col reparto di Malattie Infettive dei Presidi Ospedalieri dell'AST AN e dell'Azienda "Ospedali Riuniti" di Ancona.

CONCLUSIONI

Lo screening dell'HCV svolto dall'AST Ancona è un percorso innovativo di collaborazione Territorio → Ospedale: invio programmato e concordato di casi positivi individuati attraverso la prevenzione secondaria di prossimità.

L'integrazione e la collaborazione tra Distretto, Dipartimento ed Ospedale è quindi sempre più importante anche nei percorsi di Promozione della Salute avendo permesso un'alta partecipazione (media al 20%) in tempi brevi (6 mesi) grazie anche all'adesione di personale incentivato da un progetto extra lavorativo.

I PRINCIPI DI *LEAN MANAGEMENT* NELLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ AMBULATORIALE: IL VALORE DEL TEAM

Autori

Carobolante B. 1, Drusian M. 1, Masarin S. 2, Menoncello S. 1, Milana M. 1, Simeoni M. 1, Fusco M. 3

1) Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Ospedale Cà Foncello – Treviso – AULSS2

2) UOSD Attività specialistiche – AULSS2

3) Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, Ospedale Cà Foncello – Treviso – AULSS2

Parole chiave: Lean Management, Liste attese, Teamworking



Introduzione

Le liste d'attesa di specialistica ambulatoriale rappresentano una delle maggiori e attuali criticità da risolvere per il SSN nell'era postpandemica. La Regione Veneto nell'ultimo biennio ha finanziato prestazioni aggiuntive (DGR 162/22, DGR 822/2023) per il recupero delle liste d'attesa, tuttavia affinché l'offerta incontri la domanda di salute in condizione di carenza di risorse e personale è necessario ristrutturare il processo di assistenza specialistica aumentandone l'efficienza.

Presso l'Ospedale di Treviso, hub aziendale, l'attività ambulatoriale di area chirurgica è gestita in modo decentrato nelle diverse UU.OO. con modalità eterogenee, con distinte segreterie e locali ambulatoriali.

Al fine di ottimizzare il processo di erogazione dell'assistenza ambulatoriale chirurgica, garantire il recupero delle prestazioni in lista d'attesa, nonché migliorare la qualità del servizio per il paziente, la Direzione medica di presidio ha avviato un progetto di riorganizzazione ed efficientamento della filiera di offerta, basato sui principi della *lean healthcare*.

Contenuti

È stato creato un Gruppo di lavoro multidisciplinare guidato dalla Direzione medica, con referenti e collaboratori dei seguenti UU.OO./servizi: Attività specialistica, Controllo di gestione, Qualità, Servizio Tecnico, Innovazione e sviluppo, Servizio amministrativo, Direttori e Coordinatori delle UU.OO. interessate. Come previsto dal metodo *lean*, il Team ha:

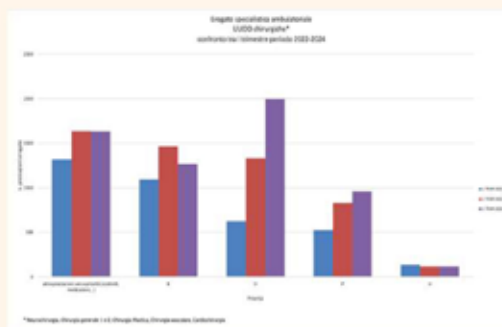


- identificato ciò che genera valore per il paziente;
- mappato il processo in essere presso ogni UU.OO. individuando le attività che non generano valore;
- ristrutturato il percorso, mantenendo o inserendo le attività di valore ed eliminando quelle non efficaci in due step temporali: 1) standardizzazione ed efficientamento delle modalità funzionali e organizzative di generazione e erogazione dell'offerta; 2) centralizzazione di tutta l'offerta di specialistica ambulatoriale chirurgica in una piastra multidisciplinare con risparmio di personale, apparecchiature, spazi e massima valorizzazione del potenziale produttivo del servizio;
- promosso il miglioramento continuo, attraverso l'inserimento degli obiettivi del Progetto nelle schede di budget e la programmazione di incontri periodici tra Direzione medica, CUPManager e UU.OO.

Conclusioni

Sebbene il progetto sia ancora in corso, i primi risultati ottenuti appaiono incoraggianti (+62% erogato I trimestre 24 vs. I trimestre 22).

Il percorso finora intrapreso ha dimostrato che l'applicazione degli strumenti di *lean management* nei processi sanitari complessi come l'assistenza ambulatoriale, dove più soggetti aziendali concorrono a garantire il servizio, deve necessariamente essere affrontata in una logica coordinata e multidisciplinare, di modo da analizzare e ristrutturare il processo individuando aspetti passibili di miglioramento da tutti i punti di vista (amministrativo, sanitario, informatico, tecnologico e strutturale) consentendo di avviare un efficientamento del sistema nella sua totalità.



Passato, presente e futuro della DMP dell'AOU di Alessandria tra continuità e cambiamento

Penna C.¹, Alberti F.^{1,2}, Bard A.³, Franceschetti G.¹, Canevari A.¹, Maan T.¹, Odone A.², Maconi A.⁴

¹ Azienda Ospedaliera Universitaria di Alessandria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italia
² Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli studi di Pavia, Pavia, Italia
³ Dipartimento di Medicina Tradizionale, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Novara, Italia
⁴ Dipartimento Interaziendale Attività Dirigente Ricerca Innovazione, Alessandria, Italia

INTRODUZIONE

Il ruolo della Direzione Medica dei Presidi (DMP) ha assunto nel tempo un crescente carattere "manageriale" con necessità di assicurare alla sempre più complessa organizzazione ospedaliera non solo funzioni igienistiche, caposaldo costante nel tempo, ma anche competenze più ampie con capacità di collaborazione con professionalità diverse per garantire modelli organizzativi flessibili.

Al fine di assicurare cure di alta qualità e promuovere ricerca ed innovazione, si è reso necessario evitare la cristallizzazione, improntando organizzazione, competenze ed attività alla duttilità

CONTENUTI

Sono stati analizzati i mutamenti nel tempo della DMP della AOU di Alessandria attraverso atti aziendali ed organigrammi dal 2008 al 2024 e le relative relazioni annuali di valutazione. Gli eventi che hanno maggiormente caratterizzato il mutamento nel tempo della DMP sono rappresentati dal ritorno, occorso nel 2008, ad una DMP Unificata, comprendente Presidio Civile, Presidio Infantile e Presidio Riabilitativo.

Nel medesimo anno, inoltre, è stato introdotto in seno alla DMP il risk management, settore che nel tempo ha acquisito rilievo crescente sino a raggiungere l'autonomia nel 2015 come Struttura Semplice, diretta da uno specialista in medicina legale, in staff alla Direzione Generale e organizzativamente svincolata dalla DMP. Alla luce delle forti intersezioni con la DMP, soprattutto per quanto attiene la necessità di garantire la sicurezza della cure, è stato instaurato ed intensificato un rapporto di stretta collaborazione, frequentemente declinato in progettualità condivise.

Nell'anno 2011 sono state realizzate una struttura amministrativa ed una struttura sanitaria con necessità di identificare nuove sinergie per garantire l'indispensabile interoperatività dei due settori al fine di perseguire obiettivi strategici sempre più articolati.

Nel 2015 l'atto aziendale ha sancito un importante cambiamento a livello di organigramma: la DMP non si è più configurata come struttura sovraordinata ai dipartimenti sanitari ma di fatto "in line" con essi e con una forte correlazione alla Direzione Sanitaria.

Questa profonda rimodulazione organizzativa ha portato la DMP ad accrescere i rapporti di collaborazione con altre professionalità, in particolare DIPSA, Controllo di Gestione e ICT, al fine di garantire percorsi di cura evidence-based e adeguati ai bisogni di salute.

Parallelamente si è progressivamente accresciuta la vocazione aziendale alla ricerca scientifica culminata con l'istituzione, sancita dall'atto aziendale del 2020, del Dipartimento Attività Integrate - Ricerca e Innovazione (DAIRI), struttura in staff al Direttore Generale deputata a individuare e promuovere sinergie tra la ricerca scientifica e l'attività assistenziale, attraverso il percorso di riconoscimento ad IRCSS, l'integrazione con l'ASL AL e la sinergia con l'Università degli studi del Piemonte Orientale. Il legame con l'Università si è progressivamente accresciuto sino al riconoscimento ad Azienda Ospedaliera Universitaria (DPGR n. 62 del 28.12.2023), mutamento tradottosi anche in una importante rimodulazione strategica: obiettivi di budget integrati con attività accademica e attività di ricerca scientifica.

CONCLUSIONI

L'esperienza della DMP dell'AOU di Alessandria nel tempo evidenzia che duttilità e flessibilità rappresentano due capisaldi essenziali per garantire alla DMP di essere adeguatamente reattiva ai cambiamenti epidemiologici ed organizzativi



Femore-obiettivo 48h: studio di tempi e criticità presso l'AOU SS Antonio e Biagio di Alessandria

Alberti F.^{1,2}, Franceschetti G.², Penna C.², De Tullio V.², Traversa D.², Odone A.¹, Maconi A.²

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Fisiologia, Università degli studi di Pavia, Pavia, Italia
² Azienda Ospedaliera Università di Alessandria SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italia
³ Dipartimento Interaziendale Attività Ingegneria Ricerca Innovazione, Alessandria, Italia

Parole chiave: frattura di femore, PNE, percorsi terapeutici.

INTRODUZIONE

Questo progetto ha l'obiettivo di mappare i tempi del percorso del paziente over 65 con frattura di femore dal triage all'intervento chirurgico, in modo da identificare criticità e margini di miglioramento nel percorso di presa in carico. Il fine è garantire l'espletamento dell'intervento chirurgico entro 48h dall'accesso in DEA ad almeno il 60% dei pazienti che rientrano nei criteri di eleggibilità. La raccolta dati è avvenuta dal 01/07/2023 al 31/12/2023 da parte della SC DMPO rilevando quanto segue: 1° SDO relativa all'episodio di ricovero; sesso; età; giorno ed ora di:

- triage
- visita medica in DEA
- esecuzione RX
- visita ortopedica in DEA
- richiesta e refertazione visita anestesiologicala
- richiesta e refertazione di eventuale visita cardiologica
- inizio intervento chirurgico

CONTENUTI

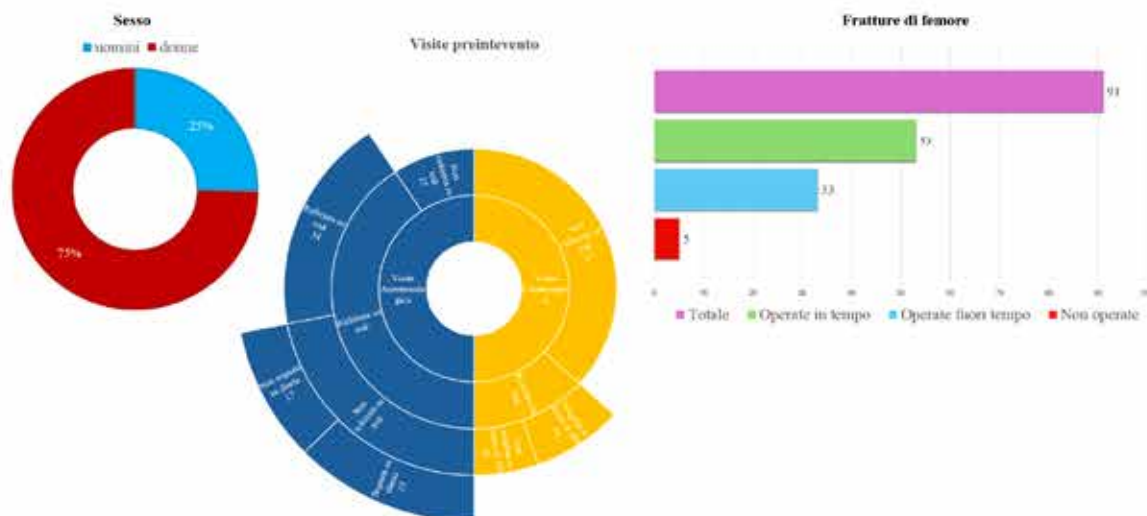
In base ai criteri di inclusione/esclusione dettati dal PNE sono stati selezionati 91 casi (75% donne) con età media di 83,7 anni. Sono stati trattati chirurgicamente 86 pazienti di cui 53 entro le 48h dal triage, pari al 58,70% del totale (% primo semestre 2023=41%)

Sono state quindi indagate le possibili cause del ritardo con una prima distinzione tra cause cliniche e fattori organizzativi. Sotto il profilo clinico è emersa la necessità di:

- Sospensione della terapia con anticoagulante orale almeno 3-7 giorni prima dell'intervento in anestesia spinale ed intervento in anestesia generale spesso sconsigliato (pazienti polipatologici)
- Consulenze specialistiche per la valutazione anestesiologicala

Sotto il profilo organizzativo si segnala:

- Timing di esecuzione e tracciabilità della visita anestesiologicala, redatta sempre su cartella anestesiologicala cartacea ma scarsamente tracciata a livello informatico: 74 richieste informatiche, 30 referti informatizzati e in 4 casi refertazione occorsa con 2 giorni di ritardo
- Timing di effettuazione e refertazione delle consulenze specialistiche, soprattutto per la visita cardiologica (24 richieste totali evase con una latenza media di 20 ore)
- Gestione delle sedute operatorie:
 - o Carenza di organico sia infermieristico, soprattutto specialisti ortopedici e personale di sala operatoria con difficile sostenibilità di sedute notturne
 - o Codifica codice urgenza di sala sfavorevole (codice verde) rispetto a patologie specialistiche di altra branca con maggiore priorità (codici gialli e rossi), con conseguente difficoltà di gestione delle fratture di femore al di fuori delle sedute ordinarie. Per contro, è emersa la difficoltà di programmazione in seduta ordinaria per via della imprevedibilità della casistica e della insostenibilità economica ed organizzativa di slot di sala operatoria non utilizzati in caso di assenza di fratture di femore.



CONCLUSIONE

In conclusione, rispetto al primo semestre dell'anno 2023 i casi trattati chirurgicamente entro le 48h dal triage sono incrementati del 17%.

Dal monitoraggio si è riscontrata la necessità di migliorare in toto la tracciabilità informatica delle consulenze anestesiologicalhe ed è emersa l'importanza di migliorare la collaborazione tra specialisti: da un lato tra ortopedici ed anestesisti, così da accelerare la valutazione anestesiologicala ed ottimizzare l'organizzazione dell'attività operatoria, dall'altro con i cardiologi per ridurre i tempi di consulenza. Si auspica che l'implementazione della dotazione organica si traduca in un ulteriore miglioramento delle prestazioni.

Dalla penna alla tastiera: progetto di adoption clinica presso l'AOU di Alessandria

Franceschetti G.¹, Bard A.², Alberti F.^{1,3}, Penna C.¹, Ricci D.¹, Cunietti G.¹, Zanelli C.¹, Maan T.¹, Gambarini L.¹, Odone A.³, Maconi A.⁴

¹ Azienda Ospedaliera Universitaria di Alessandria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italia

² Dipartimento di Medicina, Fisiologia, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Novara, Italia

³ Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Fisiologia, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia

⁴ Dipartimento Interdisciplinare Attività Integrative Ricerca Innovazione, Alessandria, Italia

Parole chiave: informatizzazione; cartella clinica; innovazione digitale

INTRODUZIONE

Il progetto di adoption clinica è scaturito dall'esigenza di consolidare ed ampliare il percorso di innovazione e trasformazione digitale della documentazione sanitaria al fine di incrementare trasparenza ed efficienza e semplificare l'accessibilità ai dati sanitari da parte dell'utente aumentando il fascicolo sanitario elettronico.

Il progetto ha visto la stretta collaborazione di DMP, DIPSA, ASSIO ed ICT con la Società Reply, system integrator, deputata a fornire le competenze tecniche e funzionali necessarie a disegnare l'architettura del sistema configurando i moduli applicativi, sviluppando le integrazioni e gestendo il progetto in base ai requisiti funzionali condivisi dai sanitari in accordo con il ciclo di Deming.

CONTENUTI

Si è svolta una prima fase di condivisione e analisi delle soluzioni applicative con referenti sanitari al fine di testarne la validità e raccogliere criticità e spunti di miglioramento. Successivamente sono stati introdotti prototipi applicativi testati in un primo momento su reparti pilota (SC Medicina Interna, SC Neurochirurgia, SC Neuroriabilitazione ed Unità Spinale, SC Pediatria e SC Chirurgia Pediatrica) e gradualmente estesi a tutte le Strutture Aziendali.

Nel corso dell'anno 2023 sono stati implementati e sottoposti a monitoraggio di compliance (attraverso il sistema di business intelligence aziendale, costantemente aggiornato) i seguenti moduli:

- **Anamnesi patologica prossima:** da gennaio a dicembre 2023 si è registrato un progressivo incremento della compilazione del campo sul gestionale aziendale passando dal 61% al 77% (Figura 1). Si evidenziano, tuttavia, disomogeneità: 15 strutture su 56 hanno registrato una aderenza del 100% mentre per 7 reparti la percentuale è stata al di sotto del 5%.
- **Esame obiettivo:** si è riscontrato un lieve miglioramento nel corso dell'anno passando dal 12 al 26% (Figura 2) ma permane un ambito di forte criticità per cui l'informatizzazione non è stata realizzata in circa 1/3 dei casi ed emerge notevole eterogeneità (40 strutture con una adesione inferiore al 10% e solo due strutture con il campo compilato in oltre il 90% dei casi)
- **Diario clinico:** Per quanto concerne il diario infermieristico è stato registrato un sensibile miglioramento nel corso dell'anno (da 29% a 94% Figura 3), esteso anche al diario medico (Figura 4) in cui si è passati dal 50% al 88% (19 strutture con aderenza superiore al 90%).

Tali indicatori, sono stati inseriti anche tra gli obiettivi di budget dipartimentali, a evidenza del forte commitment della Direzione sul tema



Figura 1. Andamento compilazione anamnesi patologica prossima



Figura 2. Andamento compilazione esame obiettivo



Figura 3. Andamento compilazione diario infermieristico

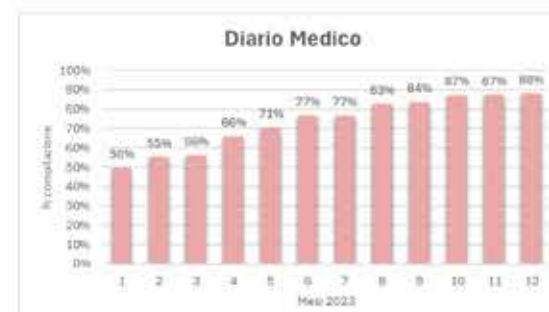


Figura 4. Andamento compilazione diario medico

CONCLUSIONI

Complessivamente è emersa una buona adesione al processo di cambiamento (change management) con un atteggiamento proattivo e propositivo da parte dei sanitari.

Dall'analisi delle cartelle cliniche è emerso che i primi due indicatori (anamnesi patologica prossima e esame obiettivo) vengono in realtà riportati in diario medico al momento dell'ingresso e non inseriti nelle voci dedicate ed è emersa anche la tendenza a non aggiornare l'esame obiettivo in caso di trasferimenti tra strutture.

Gli step successivi prevederanno l'attivazione della gestione della farmacoterapia, sia in termini di prescrizione sia a livello di somministrazione, all'interno del gestionale aziendale nonché l'attivazione della documentazione clinica specialistica affinché la digitalizzazione sia sempre più aderente alle peculiarità cliniche e organizzative delle diverse strutture aziendali.

L'esperienza dei Gruppi Multidisciplinari presso la Fondazione IRCCS Policlinico

Sgueglia Alice Clara^{1,2}, Bossi Eleonora², Gentile Leandro^{1,2}, Cutti Sara², Grugnetti Giuseppina³, Muzzi Alba^{2,4}, Odone Anna^{1,4}

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia

² Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia

³ Direzione Professioni Sanitarie, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia

⁴ Direzione Sanitaria, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia



Multidisciplinarietà



Organizzazione trasversale



Personalizzazione

Un **approccio multidisciplinare** al paziente è ormai imprescindibile nel trattamento delle patologie complesse, ma rappresenta anche una grande sfida sia clinica che organizzativa. La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia da tempo supporta interazioni virtuose tra Dipartimenti, attuando un modello organizzativo a rete in cui gli interventi trasversali delle diverse professionalità ricevano un coordinamento logistico e temporale fondamentale per implementare la qualità dei processi di cura e rispettare gli standard richiesti da linee guida e normativa.

La crescente complessità dei casi clinici richiede strategie che si concretizzano in **Gruppi Multidisciplinari (MDT)**, nell'ambito dei quali i diversi specialisti si incontrano con cadenza periodica per discutere collegialmente il percorso diagnostico e terapeutico del paziente, garantendone una presa in carico olistica e personalizzata. Nella costituzione dei MDT rientrano le professionalità direttamente correlate alla patologia in oggetto (**Core Team**), unitamente ad altri specialisti il cui intervento si renda necessario per casi specifici, nonché all'**infermiere case manager**. Nel contesto dei MDT, l'infermiere case manager valuta i bisogni del paziente da una prospettiva multidisciplinare e sviluppa un piano assistenziale specifico, collaborando con familiari e caregiver e coordinando le risorse per un trattamento domiciliare efficace e sicuro. I MDT attivi presso il Policlinico San Matteo sono suddivisi in **tre macrocategorie**: per le **patologie oncologiche**, di particolare interesse sono la Breast Unit e la Pancreas Unit, nonché i MDT ematologici ed oncoematologici pediatrici; per l'**ambito non oncologico**, sono attivi oltre 20 MDT, che spaziano dalla chirurgia bariatrica alla reumatologia, nonché alla neurologia e alla diagnostica prenatale; per le **patologie tempo dipendenti**, infine, sono operativi il gruppo trauma, quello stroke e l'aortic team. Di recente, per i MDT operanti in Fondazione si è anche configurata la possibilità di sottoporre casi particolarmente rilevanti al **Molecular Tumor Board** regionale, garantendo un ulteriore livello di revisione specialistica. Le modalità di gestione dei MDT sono uniformate e regolate da un'istruzione operativa redatta da un tavolo di lavoro multiprofessionale appositamente predisposto. Infine, a partire dal 2023, la Fondazione ha intrapreso il percorso di accreditamento come Comprehensive Cancer Center secondo gli standard di OECD, rafforzando la modalità organizzativa dei MDT e implementando la tracciabilità delle decisioni cliniche, grazie all'uso di piattaforme informatiche avanzate.

La standardizzazione degli MDT all'interno della Fondazione ha migliorato significativamente la qualità delle cure. La **sinergia tra specialisti** facilita una migliore interpretazione dei dati, un rigoroso rispetto degli standard internazionali e l'applicazione delle linee guida, nonché la produzione di **indicatori di esito e processo** fondamentali per valutare e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria. Inoltre, il costante confronto tra professionisti contribuisce al miglioramento delle prassi mediche, promuovendo una **gestione ottimale del rischio clinico**. La prosecuzione di questa strategia multidisciplinare è cruciale per il futuro dell'assistenza sanitaria, garantendo che ogni paziente riceva il miglior trattamento possibile grazie a un approccio realmente olistico e integrato.



Sistema Socio Sanitario



Somministrazione di farmaci salvavita in ambito scolastico: un nuovo modello formativo del Personale scolastico Morgante A.S.*,Faraoni *F.,Pizzoli ^M.,Cavalli E.*

UOSD Pediatria/Neonatologia Ospedale S. Camillo de Lellis, UOC Risk management ASL Rieti,*UOC Tutela della salute Mat. Inf. ASL Rieti

Parole Chiave : farmaci, scuola

Introduzione

La somministrazione di farmaci salvavita in ambiente scolastico risponde all'esigenza di garantire due diritti fondamentali dell'individuo: il diritto alla salute ed il diritto allo studio. Le prime linee guida per la "definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico" sono state emanate nel 2005 dai Ministeri dell'Istruzione e della Salute, e forniscono indicazioni valide su tutto il territorio nazionale, lasciando, però, la facoltà alle diverse Regioni di promuovere accordi tra le istituzioni scolastiche, gli Enti locali e le AUSL competenti per individuare la modalità formativa. Successivamente si fa riferimento al Decreto legislativo n. 9 aprile 2008, n. 81 (d.lgs. n. 81/08 artt. 15 e 37, comma 9. La nostra esperienza si colloca nella Regione Lazio e quindi ha fatto riferimento al : Protocollo d'Intesa tra MIUR- Ufficio scolastico regionale per il Lazio e Regione Lazio "Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico" (deliberazione giunta regionale 1710/2017, n 649). Sulla base di queste disposizioni nel 2021 è stata emanato dalla nostra ASL Rieti un Protocollo d'Intesa tra ASL di Rieti e USR Lazio- Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito e in orario scolastico (26/10/2021)rtt. 15 e 37, comma 9. Gli interventi sono stati effettuati in presenza e per via telematica utilizzando piattaforme utilizzando tutorial e filmati.

Contenuti

Nell'ambito del periodo interessato 2022-2024 sono state effettuate totalmente 67 interventi di formazione in via telematica e 7 in presenza dallo staff di pediatri del Consultorio e dell'Ospedale S.Camillo de Lellis Nella Fig 1 vengono mostrati le percentuali degli interventi effettuati per ogni patologia per la quale è stata richiesta la formazione.



Fig 1

Conclusioni

Considerando che il territorio della Provincia di Rieti è prevalentemente montano, con difficoltà d'intervento per la presenza di Istituti scolastici in aree difficilmente raggiungibili, lo staff formativo ha proposto un nuovo modello di "formazione in situazione", che si realizza attraverso una modalità telematica. Prevede un modulo teorico sulle principali patologie per le quali la scuola ha richiesto la formazione in ambito scolastico, ed una seconda fase, operativa, in cui vengono riprodotti dei video-tutorial che spiegano, in maniera essenziale, e pratica, la modalità di somministrazione del farmaco specifico e che restano sempre disponibili per la consultazione dei docenti. Tale modalità, basata sulla simulazione piuttosto che sulla sola formazione teorica, permette, sia, di garantire una più corretta e standardizzata modalità di esecuzione delle procedure, sia, di correggere attraverso la conoscenza il senso di inadeguatezza del personale non sanitario in presenza di un'emergenza medica in particolare riguardo a situazioni collegate al Diabete Mellito e alle crisi convulsive.



Lo sviluppo e l'efficacia della Breast Unit del P.O. Vittorio Emanuele di Gela

Salvatore Pane, medico di specializzazione igiene e medicina preventiva università di Catania
 Longo Alberto, studente in specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva presso Dipartimento di Medicina Università degli Studi di Udine
 Longo Arianna Grazia, studentessa di medicina e chirurgia presso l'università Dunarea De Jos din Galați con sede ad Enna.
 Cirrone Cipolla Alfonso, direttore sanitario ospedali riuniti area sud asp cl

PAROLE CHIAVE: *Breast Unit, Donna, Tumore.*

INTRODUZIONE

Con l'espressione Breast Unit si intende un modello di assistenza con lo scopo di attuare delle diagnosi mediante screening o diagnostica clinico-strumentale, seguito da cura e riabilitazione a livello psicologico di pazienti affette da carcinoma mammario.

Nel 2003 il Parlamento europeo ha emanato un accordo per la necessità di assicurare l'accesso allo screening, alle terapie e a controlli periodici follow up con lo scopo di ridurre la mortalità causata da tumore al seno e garantire questo aiuto a tutte le donne nonostante le differenze tra le diverse nazioni.

Nel 2006 il Parlamento Europeo ha adottato una seconda soluzione, ovvero spronare gli Stati membri per assicurare la presenza di Centri di Senologia multidisciplinari, in conformità alle linee guida europee, entro il 2016.

Il 18 dicembre 2014, in Italia, è stata siglata l'intesa Stato-Regioni che ha stabilito la nascita dei Centri di Senologia.

Secondo questa intesa, ogni Regione deve munirsi di un centro di senologia multidisciplinare ogni 250.000 abitanti.

Ogni centro deve trattare almeno 150 nuovi casi ogni anno.

Nel Dicembre del 2019 è stata istituita la Breast Unit nel presidio ospedaliero Vittorio Emanuele di Gela completa con un'equipe multidisciplinare che svolge periodicamente il suo compito aiutando e sostenendo sotto ogni punto di vista tutte le pazienti con molta professionalità e diligenza.

CONTENUTI

Lo scopo della Breast Unit è quello di creare un percorso personalizzato e approfondito per poter garantire al paziente tutto ciò di cui ha bisogno, ovvero:

- Avere la possibilità di trovare tutti gli specialisti, con esperienza nell'ambito della senologia, in un unico centro senza doversi preoccupare di cercarli uno per uno;
- Disporre di strutture di alto livello, con un organizzazione che segue dei criteri scientifici con standard validi su tutto il territorio italiano;
- Accedere alle terapie innovative e a studi clinici multicentrici che seguono lo stesso protocollo anche se vengono svolti in diverse sedi.

La Breast Unit deve possedere un core team di 6 professionisti:

1. Oncologo
2. Radiologo
3. Chirurgo
4. Radioterapista
5. Data manager
6. Patologo.

È importante sottoporsi a controlli periodici con ecografia mammaria e consulenza senologica, ovvero gli screening, che vengono eseguiti:

- Ogni anno tra i 40 e 50 anni;
- Ogni due anni tra i 50 e 70 anni.

RISULTATI

Ogni Breast Unit, per potersi definire tale, deve rispettare determinate competenze:

- Assicurare una buona tempistica per le diagnosi;
- Svolgere delle riunioni multidisciplinari settimanali per discutere di ogni singolo caso sia prima dell'intervento che dopo con tutte le figure professionali interessate;
- Coinvolgere continuamente le associazioni di volontariato che si occupano delle pazienti con carcinoma mammario.

Con l'introduzione della Breast Unit, ogni donna con tumore al seno o in procinto di fare controlli inerenti ad esso, ha ottenuto l'aiuto, supporto medico e psicologico di cui aveva bisogno. Grazie ad essi si è osservato un miglioramento della qualità di vita delle pazienti affette da carcinoma mammario grazie anche all'aumento della prevenzione con screening e visite anche per quelle donne che non presentano alcuna familiarità del carcinoma mammario o con età inferiore ai 40 anni che non rientrano nell'età degli screening, in modo tale da poter prevenire e poter intervenire in maniera immediata per evitare trattamenti chirurgici invasivi e trattamenti farmacologici che portano la paziente ad avere effetti collaterali causati da cure che possono evitare.





ASP DI CALTANISSETTA "PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA"

A. Longo, A. Longo, A. Cirrone Cipollas

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

INTRODUZIONE

Il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza "P.T.P.C.T.", relativo al triennio 2024/2026, rappresenta la prosecuzione del precedente piano con un'ottica di continuità evolutiva e l'impostazione generale riferita alle iniziative strategiche già adottate in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Il piano viene adottato sulla base di tutte le norme emanate, ed è coerente con il P.N.A. ed i suoi aggiornamenti nonché le linee guida A.N.A.C., così fornendo una valutazione del livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione, indica interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio con procedure per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione. L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta è un Ente con personalità giuridica pubblica avente autonomia imprenditoriale costituita in forza dell'art. 8 della Legge Regionale n. 5 del 14/04/2009. Essa svolge le funzioni legislativamente assegnate di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nella provincia, mediante programmi, azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio-assistenziale nazionale e regionale. L'azienda è articolata territorialmente, ai sensi del Decreto presidenziale 22/09/2009, attuativo dell'articolo 12 della Legge regionale 5/2009, in distretti sanitari corrispondenti con gli ambiti territoriali dei distretti socio sanitari della provincia di Caltanissetta.

CONTENUTI

Con il presente piano l'azienda espone la strategia anticorruzione adottata, volta ad elaborare un sistema organico di azioni e misure ritenute idonee a prevenire il rischio di corruzione nell'ambito dei processi gestiti, concepite a presidio del rischio di corruzione e a tutela della trasparenza e dell'integrità dell'azione amministrativa.

Il P.T.P.C.T. dell'Azienda Sanitaria di Caltanissetta ha lo scopo di:

- Individuare le misure atte a prevenire episodi di corruzione all'interno degli uffici e servizi dell'azienda;
- Identificare gli attori dell'attività di prevenzione, cui spetterà il compito di mappare e monitorare i processi più "sensibili" e maggiormente esposti a rischio di comportamenti illeciti mediante il coinvolgimento dei direttori, dei dirigenti, dei referenti e, a cascata, di tutto il personale dell'Azienda Sanitaria di Caltanissetta, utilizzando gli strumenti previsti dal piano medesimo ed indicati dagli stessi responsabili in sede di rendicontazione sono garantire in raccordo del piano stesso con gli altri strumenti di programmazione dell'azienda.

I soggetti destinatari del piano sono: tutti i dipendenti della l'azienda, i collaboratori, i consulenti, i tirocinanti e tutti coloro che, a qualsiasi titolo e con qualsiasi tipologia di contratto od incarico, direttamente od indirettamente, in maniera stabile o temporanea, instaurano rapporti o relazioni.

Misure di prevenzione della corruzione:

- La trasparenza,
- Codice di comportamento,
- Rotazione del personale,
- Attività extraistituzionale,
- Inconvertibilità e incompatibilità,
- Conflitto di interessi, obblighi di astensione,
- Formazione del personale dipendente e affiancamento,
- WHISTLEBLOWING (la tutela del dipendente che segnala illeciti),
- Pantouflage (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro).

L'attività di valutazione del rischio ovvero "la misurazione dell'incidenza di un potenziale evento sul conseguimento degli obiettivi dell'amministrazione deve essere fatta per ciascun processo mappato.

Per valutazione del rischio si intende il processo di: identificazione, analisi e ponderazione del rischio.



Fig. 1 - Azienda Sanitaria di Caltanissetta

CONCLUSIONE

Il "P.T.P.C.T.", viene adottato dal Direttore Generale, su proposta del R.P.C.T., entro il 31 gennaio di ogni anno. Il P.T.P.C. ha una valenza triennale con aggiornamento annuale. In considerazione dell'ampiezza e della rilevanza delle funzioni e dei compiti scritti al responsabile, conseguenti alla complessità della struttura dell'azienda, sono stati individuati referenti per il piano prevenzione della corruzione e per la trasparenza il quale agiscono in collaborazione con il responsabile. Con l'individuazione dei referenti si ritiene di assicurare uniformità e coerenza all'interno del "sistema anticorruzione e trasparenza" allo scopo di garantire, nell'ambito dell'azienda, la puntuale attuazione della normativa.



IMPLEMENTAZIONE DEL PERCORSO NUTRIZIONALE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

*Integrazione Ospedale-Territorio
Nostra esperienza*

Milazzo M.*, Ferranti S.**

*Responsabile UOS Rischio Clinico e Qualità ASP CT; **Dir. Medico UOS Rischio Clinico e Qualità ASP CT

Parole chiave: Mini Nutritional Assessment, nutrizione oncologica, audit

Introduzione

La malnutrizione del paziente oncologico rappresenta una condizione clinica da affrontare attraverso una precoce valutazione e la conseguente attuazione di un percorso nutrizionale specifico che risponda all'aumentato fabbisogno e alle alterazioni della capacità di utilizzazione dei nutrienti da parte dell'organismo. L'ASP di Catania ha implementato un Piano aziendale per garantire l'attuazione del percorso nutrizionale ai pazienti oncologici per i quali il problema "malnutrizione" sia precocemente affrontato, e favorisce la qualità delle cure nutrizionali del paziente oncologico con criteri clinici uniformi ed omogenei su tutto il territorio ed orientare i processi decisionali degli operatori sanitari.

Metodi

Il metodo utilizzato è stato l'Audit clinico-organizzativo, attraverso l'applicazione del **Ciclo dell'Audit** per valutare l'attuazione del percorso nutrizionale del paziente oncologico, nelle fasi di ricovero ospedaliero nella UOC di Oncologia Medica della ASP di Catania e nel percorso di integrazione tra Ospedale e Territorio, in ottemperanza alla Normativa nazionale e regionale.

Gli Standard di riferimento sono stati:

- lo screening precoce dello stato di nutrizione del paziente attraverso la Scheda MNA*;
- la valutazione del Medico nutrizionista e la successiva redazione del Programma Nutrizionale;
- La prosecuzione dell'attuazione del Programma Nutrizionale dopo la dimissione ospedaliera, nel contesto della Integrazione Ospedale-Territorio

E' stata utilizzata una Check-List (Fig.1) per la ricerca delle evidenze oggettive relative ai requisiti previsti, che è stata eseguita su un campione randomizzato di 12 Cartelle Cliniche chiuse nel semestre precedente.

Al primo Audit del 13/03/2023 sono seguiti due Re-Audit (28/07/2023 e 19/12/2023) per il monitoraggio delle Azioni di Miglioramento individuate.

Risultati

Al primo Audit effettuato risultava la presenza della Scheda MNA solo nel 50% delle Cartelle Cliniche esaminate e nella loro totalità non era presente la valutazione del Medico nutrizionista, né la redazione di un programma nutrizionale.

Al primo Re-Audit risultava presente la Scheda MNA nel 100% delle Cartelle cliniche esaminate, sebbene in nessuna risultasse ancora presente la valutazione del Medico nutrizionista, né la redazione di un programma nutrizionale.

Il secondo Re-Audit evidenziava la presenza della Scheda MNA, la valutazione del medico nutrizionista e la redazione di un programma nutrizionale, e l'arrivo, alla dimissione, di detto programma al MMG e/o del M. Nutrizionista del Territorio, nel 100% delle Cartelle Cliniche esaminate.

Tav.1 Risultati

EVIDENZA OGGETTIVA	AUDIT	PRIMO RE-AUDIT	SECONDO RE-AUDIT
% di presenza della scheda MNA in Cartella Clinica	50%	100%	100%
% di presenza della valutazione del Medico Nutrizionista in Cartella Clinica	0%	0%	100%
% di presenza di Programma Nutrizionale in Cartella Clinica	0%	0%	100%
% di presenza, alla dimissione ospedaliera, di indirizzo al MMG e/o al M. Nutrizionista del Territorio del Programma Nutrizionale	N.A.	0%	100%



Fig.1 Check-List

Conclusioni

L'attività di Auditing svolta dalla UOS Rischio Clinico e Qualità sull'implementazione del percorso nutrizionale del paziente oncologico durante tutto il percorso terapeutico, ospedale - territorio, attraverso la rilevazione degli standard di qualità ricercati, la rilevazione delle non conformità e la verifica dell'attuazione delle azioni correttive, ha migliorato la qualità delle cure nutrizionali del paziente oncologico, determinando, verosimilmente, una ricaduta positiva sulla qualità di vita di questi pazienti.

Riferimenti normativi

- D.A. 145/2021 Approvazione del Documento di Indirizzo Regionale "Percorso nutrizionale del paziente oncologico", Cap 31, Allegato A.
- Piano Aziendale dell'ASP di Catania "Percorso nutrizionale del paziente oncologico", Allegato A.
- Direttorale dell'ASP di Catania n. 380 del 3/5/2023 "Implementazione percorso Nutrizionale Oncologico - Integrazione del Territorio Nazionale Ospedaliero e Territoriale di cui alla Del. n. 640 del 13/4/2023."
- *www.mna-italia.com
- Decreto del Ministro della Salute 23 Maggio 2022, n. 77, Regolamento recante le definizioni di standard e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio sanitario nazionale.

I primi 100 interventi robotici presso l'Ospedale Santa Maria del Prato di Feltre, ULSS1 Dolomiti



Parole chiave: accessibilità, precisione, qualità delle cure

- Dott.ssa Sabrina Marconato, Direttore Medico UOC Direzione Medica
- Dott. Giacomo Facchin, Dirigente Medico UOC Direzione Medica
- Dott. Federico Coppa, Direttore UOC Chirurgia Generale
- Inf. Walter De Carli, Coordinatore Gruppo Operatorio
- Dott.ssa Ilaria Pezzini, Direttore UOC Ginecologia e Ostetricia
- Dott. Roberto Bertoldi, Direttore UOC Urologia
- Dott.ssa Maria Caterina De Marco, Direttore Sanitario ULSS1 Dolomiti

INTRODUZIONE

La diffusione sempre più capillare della chirurgia robotica riflette il riconoscimento crescente dei suoi benefici tra cui precisione, minore invasività e tempi di recupero più rapidi. Questa tecnologia non è più esclusiva di un ridotto numero di centri, sta diventando sempre più accessibile con il diffondersi di competenze sul territorio, la standardizzazione delle metodiche operative e una progressiva riduzione dei costi. Il presente lavoro descrive i primi 100 interventi eseguiti con il robot Da Vinci presso il presidio ospedaliero di Feltre considerando tipologia, durata e degenza post-operatoria.



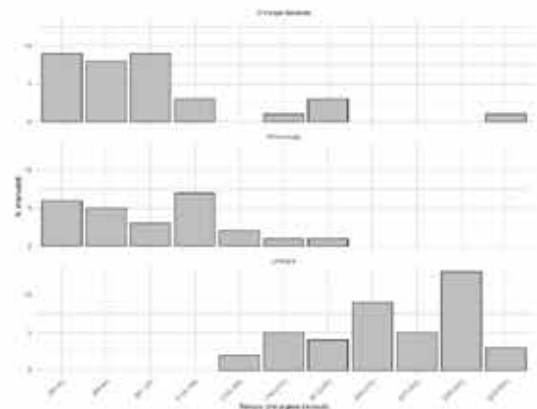
SPECIALITA'	TIPOLOGIA INTERVENTO	N° INTERVENTI
Ginecologia	Salpingo-ovariectomia	15
	Isterectomia	15
Chirurgia Generale	Gastrectomia	1
	Emicolectomia	4
	Colecistectomia	23
	Riparazione ernia inguinale	3
Urologia	Nefrectomie parziali per neoplasia	2
	Adenomectomia prostatica transvescicale	1
	Prostatectomia	36

CONTENUTI

Dopo un primo periodo per l'addestramento del personale presso i centri intuitive nazionali e in sede affiancati da uno specialist, sono iniziati gli interventi chirurgici pianificati in un'ottica di garantire la formazione e la confidenza con lo strumento (ottobre-dicembre 2023) prima di affrontare interventi a maggiore complessità (gennaio-marzo 2024). Le tipologie di interventi più frequenti sono state prostatectomia (36), colecistectomia (23) e isterectomia (15).

A fronte di tempi di utilizzo della sala più lunghi rispetto al corrispettivo laparoscopico si osservano tempistiche di degenza più brevi. Confrontando la media dei giorni di degenza per i DRG generati con chirurgia robotica con la media nazionale del 2021, senza distinzione per tecnica chirurgica utilizzata si riporta: 335 - Interventi maggiori sulla pelvi maschile (3,6 vs 5,9); 359 - interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne (1,3 vs 3,2); 494 - colecistectomia laparoscopica (1,1 vs 3,1)

La durata media degli interventi è stata di 172 minuti per intervento con un'occupazione media della sala di 230 minuti. La tipologia di interventi eseguita dall'urologia risulta significativamente più lunga (269 min.) rispetto alla durata degli interventi di chirurgia (107) e ginecologia (104).



CONCLUSIONI

I primi interventi eseguiti presso il presidio Ospedaliero di Feltre sembrano confermare le evidenze sui vantaggi della chirurgia robotica mini-invasiva. La presenza del robot in un ospedale spoke rappresenta un beneficio per il cittadino, in quanto rende facilmente accessibile una chirurgia vantaggiosa sul piano tecnico e clinico. Questa nuova metodica è stata anche uno stimolo di crescita per il personale. L'utilizzo verrà esteso ad altre specialità chirurgiche e i risultati verranno monitorati nel tempo in un'ottica di miglioramento continuo.



Monitoraggio e implementazione dell'attività chirurgica: l'esperienza dell'ASL ROMA 4

Carbone A.* (1), Forcella C.*(2), Pelagagge K.*(3), Grizzuti M.A. (4), Bononati A.(5), D'Arrigo C.(6), Ricci F.(7), Turci C.(8), Ursino S. (9), Matranga C. (10)

(1)Direttore Sanitario Polo Ospedaliero, ASL ROMA 4, (2)Direzione Sanitaria Aziendale, ASL ROMA 4, (3)Direzione Generale, ASL ROMA 4, (4) Responsabile Risk Management, ASL ROMA 4, (5) Direttore UOC Tecnologie Biomedico e Sistemi Informativi, (6) Direttore UOC Ortopedia, Responsabile GAPAC, ASL ROMA 4, (7) Direttore UOC Anestesia e Rianimazione, ASL ROMA 4 (8) Direttore DAPSS, ASL ROMA 4, (9)Direttore Sanitario Aziendale, ASL ROMA 4, (10) Direttore Generale, ASL ROMA 4

PAROLE CHIAVE: attività chirurgica, sale operatorie, implementazione

INTRODUZIONE

In accordo con gli obiettivi regionali, durante il 2023, la Direzione Strategica dell'ASL ROMA 4 in collaborazione con la Direzione Sanitaria Ospedaliera del Polo Unico S. Paolo di Civitavecchia e Padre Pio ha iniziato un processo di monitoraggio dell'attività chirurgica attraverso degli incontri settimanali tra tutti i membri del GAPAC (Gruppo Aziendale per la Programmazione Chirurgica). L'analisi dell'attività chirurgica ha avviato dei processi di miglioramento in ogni fase: preospedalizzazione, programmazione, tempi di sala operatoria e governo delle liste di attesa.

CONTENUTO

In primo luogo, è stato avviato un processo di digitalizzazione che ha previsto l'informatizzazione del registro di sala operatoria e delle liste di attesa chirurgiche; sono stati resi obbligatori alcuni campi del registro operatorio in maniera da poter calcolare una serie di indicatori in modo retrospettivo [Tabella 1]. I responsabili delle liste di attesa per ciascuna disciplina inviava settimanalmente tramite mail la programmazione effettuata per la settimana successiva. Parallelamente a questo monitoraggio è stato elaborato e revisionato il nuovo regolamento del GAPAC.

Tabella 1

Indicatore	Come si calcola	Obiettivo
Late starts	ora inizio intervento – ora incisione programmata (ritardo)	<=0, max 10 min
Early finishes	uscita sala ultimo pz < orario chiusura sala (uscita anticipata)	accettabile 30 min
Late finishes	uscita sala ultimo pz > orario chiusura sala (uscita posticipata)	accettabile 30 min
Tempo di attesa intervento	ora incisione-ora ingresso blocco	< 45 min, accettabile 50 min
Turnaround time	inizio anestesia 2° paz – uscita sala 1° pz*	< 40 min RO (accettabile 45), < 10 min DH (accettabile 15)
Turnaround time medio	Turn around totale/ n. intervalli tra interventi	< 40 min
Theatre time	Tot ore sala a disposizione - late starts - early finishes - turnaround	70%

Ogni settimana la Direzione Strategica, la Direzione Sanitaria Ospedaliera e il GAPAC si riuniva in presenza o in modalità online per discutere l'analisi dei tempi di sala operatoria e il rispetto della programmazione effettuata. L'attività giornaliera di ogni sala veniva presentata con un grafico waterfall [Immagine 1]. I componenti del GAPAC ed i singoli responsabili delle unità operative dei due Poli Ospedalieri venivano coinvolti attivamente nella discussione dei dati di attività.

Il periodo di monitoraggio ha portato ad un miglioramento dei tempi di sala operatoria con un aumento del theatre time, una riduzione dei tempi di turn around ed una netta riduzione del late start, nonché un aumento della programmazione chirurgica per singola UO. Nei mesi di Novembre 2023-Marzo 2024 gli interventi effettuati da ogni singola UO sono stati superiori rispetto allo stesso periodo del 2022.

CONCLUSIONI

La programmazione e la gestione dell'attività chirurgica è un processo dinamico e complesso che spesso viene considerato attività ordinaria e non suscettibile di miglioramento. Il coinvolgimento del GAPAC, della Direzione del Polo Ospedaliero e della Direzione Strategica mediante riunioni che prevedevano un coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo e l'analisi dei dati è stato sicuramente un elemento vincente per il miglioramento dell'attività chirurgica presso l'ASL ROMA 4.

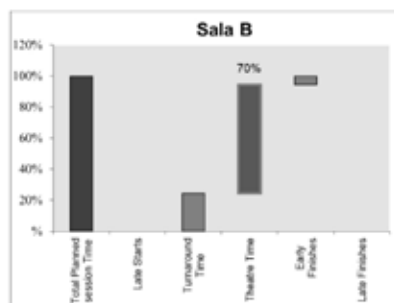


Immagine 1



L'approccio alla cura di Sodexo: riconoscere i bisogni e prendersi cura, a partire dai menu per patologie specifiche

Nei servizi di ristorazione e assistenza ai pazienti, il prendersi cura è fondamentale per arrivare ad avere un impatto positivo sulla qualità di vita durante la degenza. Sodexo, declina la cura unendo il riconoscimento del bisogno con il rispetto, la vicinanza e la passione, intervenendo concretamente sul benessere del paziente, sul suo comfort e sul suo recupero. Questo avviene attraverso i menu proposti, la relazione e il contatto, operando in team integrati con gli operatori sanitari e il personale del cliente. La gentilezza del personale, la qualità del cibo, la varietà dei menu, sono alcuni dei fattori

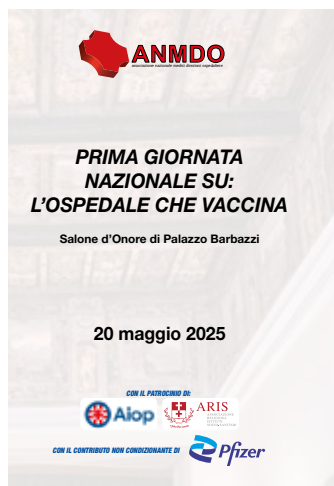
più menzionati nelle indagini di soddisfazioni dei pazienti, per un'esperienza positiva. La sfida di una proposta alimentare che sia in linea con le prescrizioni mediche e sia soddisfacente per il paziente è particolarmente elevata nel caso di certe patologie che possono causare effetti come la perdita di appetito. Nel caso ad esempio dei pazienti oncologici, il rischio "anoressia" può arrivare al 60-80% negli stadi avanzati, tramutandosi in malnutrizione, compromettendo il recupero. Gli studi e le proposte degli esperti Sodexo per contrastare questi effetti puntano sulla stagionalità e la freschezza



degli ingredienti, preparazioni e cotture semplici e un uso limitato di grassi per favorire la digeribilità. Porzioni piccole, anche finger food, per stimolare l'assaggio e che possano essere mangiate senza l'uso di posate evitando così il contatto con il metallo, mal sopportato da questi pazienti. Secondi piatti proteici con opzioni morbide e facili da deglutire. Propo-

ste anche salate a colazione per offrire un'alternativa quando il gusto dolce non è accettato. Queste soluzioni supportano il recupero del paziente, aiutando a contrastare la nausea e ridurre gli effetti collaterali delle terapie.

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



Le vaccinazioni rappresentano uno degli strumenti più efficaci nella prevenzione delle malattie infettive, riducendo significativamente la morbilità e la mortalità associate a numerose patologie. Inoltre, negli ultimi anni, la consapevolezza dell'importanza della vaccinazione è cresciuta significativamente, soprattutto alla luce delle recenti emergenze sanitarie

Prima Giornata Nazionale su: L'ospedale che Vaccina

globali. Si è presa la consapevolezza che la vaccinazione non è solo un atto medico legato alla sanità pubblica, ma anche un'opportunità per migliorare l'accessibilità alle cure e per garantire la protezione delle fasce più vulnerabili della popolazione. L'ospedale, tradizionalmente considerato un luogo di cura per le patologie acute e croniche, può e deve svolgere un ruolo attivo nella promozione della prevenzione vaccinale, non solo per i pazienti ricoverati ma anche per il personale sanitario e la comunità. La "Prima Giornata Nazionale su: L'Ospedale che Vaccina", rappresenta un'importante occasione di confronto e approfondimento sul tema, con l'obiettivo di delineare strategie operative per l'integrazione delle vaccinazioni nei percorsi assistenziali ospedalieri.

L'evento si propone di:

- Promuovere il ruolo dell'ospedale come centro vaccinale, non solo per i pazienti fragili, ma anche per gli operatori sanitari e la popolazione generale.
- Analizzare modelli pratici e best practices di ospedali che hanno già implementato programmi vaccinali, condividendo esperienze e risultati.
- Approfondire le raccomandazioni scientifiche sulle vaccinazioni essenziali, con particolare attenzione ai pazienti fragili e alle persone con patologie croniche.
- Discutere le responsabilità e i ruoli degli operatori sanitari nella gestione delle vaccinazioni, esaminando gli aspetti normativi, medico-legali e organizzativi.
- Sensibilizzare gli operatori sanitari sulla formazione continua e sull'aggiornamento in

materia vaccinale, evidenziando il ruolo strategico della prevenzione all'interno del sistema sanitario. La "Prima Giornata Nazionale su: L'Ospedale che Vaccina" rappresenta un momento chiave per promuovere il passaggio da una visione ospedaliera incentrata esclusivamente sulla cura delle patologie a una visione più ampia che includa la prevenzione vaccinale come elemento essenziale dell'assistenza sanitaria. Attraverso la condivisione di esperienze, la definizione di linee guida operative e il confronto tra i diversi attori del sistema sanitario, l'obiettivo è costruire un modello ospedaliero innovativo che integri in modo strutturale la vaccinazione nei percorsi clinico-assistenziali, contribuendo così al miglioramento della salute pubblica.

27th EDITION

ISSA[®] PULIRE

12
PAD./HALL

27 28 29 2025
MAGGIO | MAY
FIERA INTERNAZIONALE DELLA PULIZIA
E SANIFICAZIONE PROFESSIONALE
INTERNATIONAL EXHIBITION FOR THE PROFESSIONAL
CLEANING AND SANITIZATION INDUSTRY

8
PAD./HALL



UNDER THE PATRONAGE OF:



ORGANIZED BY:



LOCATION:



CONTACT:

ISSA PULIRE NETWORK
info@issapulire.com
issapulire.com

CERTIFIED BY:



issapulire.com

Ogni giorno
al tuo fianco
con un sorriso

sodexo

It all starts with the everyday



it.sodexo.com



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